

Andreas Heller und Reimer Gronemeyer

Palliative Praxis

Auf dem Weg zu einem anderen, sorgenden Umgang mit dem Lebensende

Fünf Thesen zur Palliativen Praxis

1. Es gibt keine neue palliative Praxis ohne eine Gesellschafts-Theorie: Die Veränderungen der Gesellschaft, in der wir leben, die Situation der Alten und Hochbetagten, der Wandel der Familie und ihre Ausdifferenzierung in neue, auch globale Lebensformen müssen reflektiert werden, wenn eine neue Praxis nicht nur kurzfristige Projektemacherei sein soll. Und wir müssen darüber nachdenken, was es für das Themenfeld Palliative Praxis bedeutet, dass wir in einer Gesellschaft leben, in der die Reichen immer reicher und die Armen immer ärmer werden.¹ Sterben und Altern in der ausdifferenzierten Gesellschaft ist heute auch eine Frage des Geldes, der mehr oder weniger gerechten Zugänge zu Gesundheitsleistungen und Versorgungsangeboten. Oder anders gesagt: Die zunehmend neoliberal formierte Gesellschaft ordnet die Menschen auch am Lebensende in Klassen, sodass wir bei genauer Betrachtung sehen können, wie sich vor unseren Augen ein Mehrklassensterben entwickelt. Das Finanzierungssystem im Krankenhaus ist so gebaut, dass unrentable Langlieger, deren Budget verbraucht ist, in Pflegeheime und Hospize „abgeschoben werden“, werden müssen, aus rein finanztechnischen Gründen. So haben ältere, alleinstehende Frauen, am Existenzminimum, mit formell schwacher Bildung, womöglich noch mit Migrationshintergrund, wenig Chancen 1. Klasse (d.h. z.B. in einem Hospiz) zu sterben. Und fast alle Menschen ahnen, dass es bestimmte Orte gibt, in denen sich Sterben entfremdet, sozial isoliert und fremdbestimmt vollzieht, dass also „gestorben wird“ und zwar der Tod, der an der Klinik angestellt ist wie es Rainer Maria Rilke schon formuliert hat. Wir wissen zugleich, dass nur ein Prozent der Deutschen im Krankenhaus sterben will.

2. Besonders wichtig für das Nachdenken über palliative Praxis ist der Tatbestand, dass alte Menschen immer mehr von der Erfahrung geprägt sind, dass sie nicht mehr gebraucht zu werden und sich ihnen das Gefühl aufdrängt, Anderen zur Last zu fallen. Das Bemühen um eine Verbesserung der Lebenssituation älterer Menschen am Lebensende, das die zentrale Antriebsenergie für die Projekte der Robert Bosch-Stiftung bildet, korreliert mit einer Selbstabschaffungsbereitschaft bei den Personen und einer latenten Bereitschaft zu einer „Entsorgungspraxis“, die sich aus neuen gesellschaftlichen Bewusstseinslagen entwickelt. Das lässt sich nicht wegreden, schon gar nicht mit der Beschwörung der ‚Würde‘ des Alters, die in der Leistungsgesellschaft schwerer und schwerer auszumachen ist. Die jüngste Sterbehilfedebatte zeigt, dass sich die moralischen Standards verschieben, moralische Schwellen gesenkt werden. Ein schleichender Erosionsprozess kann dazu führen, Menschen mit Demenz, Schwerkranken, Wachkomapatienten, Würde, Lebenssinn und Lebensrecht abzusprechen. Man kann die Sterbehilfediskussion als eine Entwicklung verstehen, die auf die Erweiterung eines marktformigen Dienstleistungsangebots hinausläuft. Der Medikamentencocktail ist dann ein zusätzliches Produkt auf dem Markt der Möglichkeiten, das ein autonomes Sterben ermöglichen soll (‚Mein Sterben gehört mir‘). Darin verbirgt sich letztlich ein „assistiertes“ Selbstverständnis, dass das Sterben als einen im Grunde konsumistischen Akt der Wahlfreiheit versteht. Übersehen wird dabei, dass diese Wahl als Scheinwahl das gesellschaftlich erzeugte Ergebnis produziert, bei dem eine betriebswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Kalkulationen auf das Individuum übertragen wird und sein Sterben ein Akt der Rationalität wird: „Das lohnt sich nicht mehr!“ – was auf eine Selbstentsorgungsmentalität hinausläuft. Palliative Praxis, die diese Kernfrustration nicht bedenkt, ist in der Gefahr, oberflächliche Verbesserungen im Ablauf in den Vordergrund zu

schieben. Projekte dürfen nicht in einer „Optimierungspraxis“ von bestehenden Prozessen oder „bedürfnisorientierten Praxen“ enden. Sie müssen die Widersprüche aufnehmen und bearbeiten und den Blick kritisch weiten für die Sozialität des Lebens und des Sterbens. Und sie müssen eine Dimension des ethischen Widerspruchs enthalten, die sich gegen eine individuell verinnerlichte und soziale erzeugte Selbstentsorgungsbereitschaft richtet.

3. Eine neue palliative Praxis darf nicht nur als eine weitere bezahlte, professionell getragene Dienstleistung gedacht sein, weil die Gefahr besteht, dass daraus eine perfekte, aber kalte Technologie wird. Niemand will das, aber diese Kälte kann dem Sachzwang, der auf Optimierung fixiert ist, entspringen. Die Dynamik der von der Robert Bosch-Stiftung ausgelösten Projekt-Antragswelle zeigt: In Deutschland ist vieles in diesem ehemals völlig vernachlässigten Feld gesellschaftlicher sozialer und medizinisch-pflegerischer Arbeit in Bewegung geraten. In der Breite und Tiefe der Gesellschaft ist der Zusammenhang von Altern, Hochaltrigkeit, Sterben und angemessener und kompetenter, d.i. dann eine hospizlich-palliative Versorgung am Lebensende angekommen und aufgenommen. Die fachlichen Diskussionen in der hospizlich-palliativen Versorgung haben sich erweitert in dem Sinne, dass eine ausschließlich Fixierung auf Menschen mit Tumorerkrankungen weder sozial nach interdisziplinär der Hospiz- und Palliativ-Idee entspricht. Mehr noch: die Hospizidee ist demokratisiert worden. Hospiz- und Palliativversorgung wird von den Betroffenen her zu denken, zu entwickeln und zu praktizieren sein, eben „für alle, die es brauchen“.

4. Darum muss eine neue, zuversichtstiftende hospizlich-palliative Praxis kommunal eingebunden sein. Die Hospiz-Idee erinnert eben gegen jede Ökonomisierung daran, dass es immer wieder etwas gibt, das nicht geplant und nicht verrechnet werden kann, dass sich nicht alles in die Logik der Erbringung einer Summe von Einzeldienstleistungen, der Standardisierung, der Qualitätskontrolle, der Outcome-Messung usw. bringen lässt, sondern dass angesichts der „letzten Dinge“, vor die wir Menschen gemeinsam gestellt sind, sich Gespräche, Gedanken, Begegnungen ergeben, die „unbezahlbar“ sind, nicht „dokumentiert“ werden können, ja nicht einmal messbar „wirken“. Gegenüber einer drohenden Medikalisierung erinnert die Hospiz-Idee daran, dass nicht alles „Diagnose“ und „Symptom“ ist, dass Schmerz in seiner Vieldimensionalität („total pain“) nicht nur mit Medikamenten behandelt werden kann, sondern sich leidvoll ausdrückt in Fragen nach dem Sinn des Ganzen, einer unüberbrückbaren Einsamkeit, der Verzweiflung, einer verstummenden Sprachlosigkeit. Es muss mehr denn je erinnert werden, dass sich das Leben und das Sterben einer Logik des „Machen-Könnens“ entzieht. Die Herstellbarkeitsphantasien der Moderne erobern kolonialistisch natürlich auch die Krankenzimmer und die Sterbebetten. Aber: wenn wir es mit Sterben und Tod zu tun haben, mit der definitiven Endlichkeit und Zerbrechlichkeit menschlichen Lebens, dann gibt es in einem technisch-handwerklichen Sinne kein Problem zu lösen. Wir stehen vielmehr vor einem Mysterium menschlicher Existenz. Deshalb stoßen die planende Vernunft, die pathway-Orientierung und die Haltung des „Machenkönnens“ an ihre Grenzen. Es braucht eine andere Vernünftigkeit, Haltung nennt man dies schon seit langem in der Hospizbewegung. Es ist eine Haltung der „leeren Hände“, des „offenen Herzens“, der Bereitschaft zur eigenen Verwundbarkeit. Wir können den Gegensatz zwischen der Logik des Planens und Machenkönnens, zu der Logik einer empfänglichen Kunst der Haltung in die Terminologie des Auf- und Abrüstens übersetzen. Während professionelles Versorgen auf jegliches „Problem“ sich mit (technischen) Instrumenten aus- und aufrüsten muss, so bedeutet hospizliche Sorge, dem Anderen völlig „abgerüstet“ zu begegnen, sich in gewisser Weise „entwaffnen“ zu lassen, sich seiner eigenen professionellen und operativen Panzerung und Hektik zu entledigen. Insofern ist Hospizarbeit auch „Friedensarbeit“. Aus dieser Haltung heraus entsteht „Würdigung“, Anerkennung der Anderen um ihrer selbst willen, die Offenheit zu erkennen, dass der Andere etwas zu sagen und zu geben hat und dass ich selbst

nicht etwas gebe, sondern mich selbst geben kann und das als ein „abgerüstetes“ Selbst. Diese Haltung des Gebens und Empfangens erfordert das Risiko eines „Aufs-Spiel-Setzen“ der eigenen Souveränität und all der Maskeraden, die benutzt werden, um diese Begegnungen zu vermeiden. Die eigentliche Haltung des hospizlichen Sorgens ist eine „fragende Haltung“, aus der sich etwas ergeben, er-eignen kann, dass nämlich der vermutlich Schwache aus seiner Schwäche „gibt“, dass diejenige, die scheinbar nichts mehr zu sagen hat, sich „beredt“ ausdrückt und verstanden wird, dass wer als „Fall“ abgestempelt ist, in seiner Einzigartigkeit erkannt wird. In diese Zusammenhänge gehören daher Überlegungen zur Ermunterung zu ehrenamtlicher, freundschaftlicher, nachbarschaftlicher Tätigkeit, sollen sie nicht in billiger Weise missbraucht werden, um Finanzierungsengpässe der Versorgung zu kompensieren.²

5. Eine neue palliative Praxis wird vom Gedanken des ‚Daseins für andere‘ getragen sein oder sie wird nur eine Optimierung gewohnter Verfahren sein. Damit wird die Frage nach der Zeit zu einer zentralen Angelegenheit. Mögen die Professionellen auch ‚die von draußen‘ als zusätzliche Belastung empfinden, angesichts ihrer angespannten Zeitbudgets werden sie mehr und mehr auf Hilfe von Außen angewiesen sein. Zugleich kulminiert am Lebensende das Prinzip einer durch und durch ökonomisierten Gesellschaft, die alle Beziehungen vergeldlicht. Eine palliative Praxis, die sich in Techniken und Therapien erschöpft, bestätigt diese Grunderfahrung und überlässt die Menschen am Lebensende dieser Tristesse, die eigentlich Verzweiflung hervorrufen muss: Dass nämlich Geld der letzte wirkliche Sterbebegleiter ist. So schwierig das auch ist: Eine gute palliative Praxis muss im Kern dieser trostlosen Grunderfahrung widersprechen und etwas, besser jemanden entgegensetzen. Darin liegt der tiefe Humanitätscharakter der Idee.

Prof. Dr. theol. Dr. rer. soc.

Reimer Gronemeyer

- Geboren 1939 in Hamburg.
- Studium der Theologie in Hamburg, Heidelberg und Edinburgh
- 1971 Promotion mit einem Thema zu den Paulusbriefen
- Pfarrer in Hamburg
- Studium der Soziologie
- 1973 Promotion zu Fragen der betrieblichen und gesellschaftlichen Partizipation
- Assistent an den theologischen Fakultäten in Mainz und Bochum
- Seit 1975 Professor für Soziologie an der Justus-Liebig-Universität in Gießen
- Forschungsaufenthalte in Afrika (Sudan, Zimbabwe, Namibia, Botswana, Senegal, Südafrikanische Republik) und Osteuropa (Polen, Ungarn, Tschechien, Slowakei, Estland, Lettland, Litauen)

Mitgliedschaften

- Gastprofessor am IFF Wien der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt
- Doktoratsbeirat beim Doktorandenkolleg des IFF, Wien
- Aktion Demenz e.V. – Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Vorsitzender des Vorstands, Giessen
- Pallium – Forschung und Hilfe für soziale Projekte e.V., Vorsitzender des Vorstands, Gießen
- Mitglied im Stiftungsrat der Deutschen Hospiz- und Palliativstiftung, Berlin

- Mitglied im Vorstand der Stiftung Con Vivial, Wiesbaden
- Mitglied im Beirat der Stiftung DiaDem des Diakonischen Werkes in Hessen
- Mitglied im Herausgeberbeirat der Hospiz Zeitschrift
- Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des DHPV (Deutscher Hospiz- und Palliativverband)
- Mitherausgeber der Zeitschrift Demenz
- Mitherausgeber der Zeitschrift Palliative Praxis
- Mitglied in der Unterarbeitsgruppe "Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen des Hessischen Sozialministeriums"
- Mitglied des Kuratoriums im Hospiz Mittelhessen, Wetzlar

Univ. Prof. Mag. Dr. Andreas Heller M.A.

- **Arbeitsschwerpunkte**
- Vorstand des Instituts Palliative Care und OrganisationsEthik
- Leiter des *Internationalen Universitätslehrgangs/MAS(Palliative Care)* und der Universitätslehrgänge *Organisationsethik* sowie *Alte Menschen und Sorgeskultur* und Leiter des interdisziplinären DoktorandInnenkollegs
- Hauptherausgeber der Buchreihe Palliative Care und OrganisationsEthik im Lambertus - Verlag (1999ff), Freiburg
- Geschäftsführender Herausgeber der Zeitschrift *Praxis Palliative Care* (2009 ff.), im wissenschaftlichen Beirat der Zeitschrift *Spiritual Care*, des *European Journal of Palliative Care*
- Gastprofessuren, Lehraufträge, Gastvorlesungen an Universitäten und Hochschulen im In- und Ausland
- Internationale Gutachtertätigkeit, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats und des Stiftungsrates des *DHPVs*, Berlin, des Beirats der *Robert Bosch Stiftung*, "Projekte für ältere Menschen", Schirmherr von *Omega*
-
- Aktuelle Buchpublikationen:
- Martin W. Schnell/Christian Schulz/Andreas Heller/Christine Dunger: *Palliative Care und Hospiz. Eine Grounded Theory*, Wiesbaden 2015 (Springer)
- Reimer Gronemeyer/Andreas Heller: *In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann*, München 2014 (Pattloch/Droemer-Knaur)
- Birgit Heller/Andreas Heller: *Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse*, Bern 2014 (Huber)
- Andreas Heller/Sabine Pleschberger/Michaela Fink/Reimer Gronemeyer (2. überarb. Aufl.): *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland*, Ludwigsburg 2013 (der hospiz verlag)
-
- **Kurzbiographie**
- geb. 1956; verheiratet mit Univ.-Prof.DDr. Birgit Heller, zwei Töchter
- Studium und Schwerpunktstudien der Theologie, Philosophie, Soziologie, Neuere Deutsche Literaturwissenschaft, der Gesundheits- und Pflegewissenschaften in Bonn, Würzburg, Passau, Bogotá, Manila und Wien. Magister der Theologie 1980, Magister der Soziologie 1984, Promotion 1988, Habilitation 1999,
- Organisationsberater
- Berufung zum Professor auf den ersten Lehrstuhl für Palliative Care und OrganisationsEthik in Europa 2007

¹ Zygmunt Bauman, *Retten uns die Reichen?*, Freiburg: Herder 2015.

² Vgl. zum Gesamtzusammenhang Andreas Heller, Patrick Schuchter: *Sorgeethik. Die Hospizidee als kritische Differenz im Gesundheitsmarkt*, in: Giovanni Maio (Hg.), *Ethik der Gabe. Humane Medizin zwischen Leistungserbringung und Sorge um den Anderen*, Freiburg: Herder 2014, S.271-314, und Reimer Gronemeyer, Andreas Heller: *In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann*, München: Pattloch 2014.