

Was braucht ein Mensch am Lebensende? Hospiz und Palliativarbeit in Deutschland, Polen und Litauen im Vergleich

Adrianna Rosa, Europa Universität Viadrina Frankfurt (Oder)
Seminar: Sterben und Tod in Kunst und Kultur, Prof. Dr. Hartmut Schröder

Einführung

„Wie ist ein Sterben in Würde heute möglich? In einer Zeit, in der die Medizin über bisher ungeahnte Möglichkeiten der Diagnose und Therapie verfügt und in der die Erwartungen an ihre Möglichkeiten der Heilung und Leidminderung fast ins Utopische gestiegen sind, werden Krankheit, Leiden und Sterben weitgehend aus der gesellschaftlichen Realität verdrängt.“ (Arnold 2004: 30).

Der Wissenschaftler Norbert Arnold beschäftigt sich am Anfang seines Textes über Hospizdienste mit dem Prozess der Tabuisierung des Todes. Gerade daher ist es wichtig sich damit auseinanderzusetzen, wie Sterben in Würde gestaltet werden soll. Medizin sollte nicht auf den kurativen Aspekt beschränkt werden. Wissenschaftler*innen wie z.

B. Ralf J. Jox oder Gian Domenico Borasio bestätigen, dass die Palliativmedizin und Hospizbewegung einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von sterbenden Menschen beigetragen hat. Aus diesem Grund wird sich diese Arbeit mit dem Thema „Was braucht ein Mensch am Lebensende? Hospiz und Palliativarbeit in Deutschland, Polen und Litauen im Vergleich“ beschäftigen. Es ist zu beachten, dass Einstellungen zum Tod kulturell geprägt sind – weswegen die Strukturen der Palliativ- und Hospizarbeit in drei Ländern verglichen werden. Der Vergleich in Zahlen, dem die unten genannte Literatur zugrundeliegt, kann der Tabelle entnommen werden.

Als erstes soll der Unterschied zwischen Kurativ- und Palliativmedizin, sowie der Hospizbewegung dargestellt werden.

Palliativmedizin (lat. pallium = Mantel) konzentriert sich im Gegensatz zur **Kurativmedizin** nicht auf das Heilen sondern auf Betreuung und Unterstützung von sterbenden Patienten. (Vgl. German National Academy of Sciences Leopoldina and Union of German Academies of Sciences and Humanities 2015: 3). Für Gian Domenico Borasio ist eine **Palliativstation** eine Akutstation innerhalb eines Krankenhauses, die unter ärztlicher Leitung steht, wobei es im **Hospiz** keine ständige Arztpräsenz gibt. (Vgl. Borasio 2011: 45).

Deutschland

Deutsche Wissenschaftler*innen sehen, ähnlich wie Borasio, ebenfalls einen deutlichen Unterschied zwischen Palliativstationen und Hospizen. Ursula Strecklein schreibt „Für Deutschland halten Klatsch und Nauck fest, dass Schmerztherapie, Symptomkontrolle im Allgemeinen und medizinisch-pflegerische Betreuung eher im Zentrum der Aufgabe von neu geschaffenen Palliativstationen stehen, die Krankenhäusern angegliedert sind; dagegen liegt der Schwerpunkt der Hospizarbeit bei Pflege und Begleitung [Klatsch/Nauck 1992, 56]“ (Strecklein 2001: 98-99). Laut Ralf J. Jox begann eine schnellere Entwicklung der Palliativversorgung in Deutschland erst in den 1980er Jahren. Das bedeutet, dass es etwas später als im Mutterland der Palliativmedizin, in Großbritannien, war. (Vgl. Jox 2011: 214-215). Ab den 1980er Jahren ist beobachtet, dass immer mehr sterbende Menschen Zugang zu Palliativmedizin oder Hospizen haben.

Was braucht ein Mensch in Deutschland am Lebensende? Als besonders großer Erfolg in Deutschland gilt die Einführung des Teams für Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV-Teams). Sie ermöglichen mehr Menschen als früher, würdig und unter besseren Bedingungen die letzten Tage ihres Lebens zu verbringen. Dadurch, dass die SAPV-Teams sehr komplexe Hilfe leisten können, erfüllen sie viele der von Borasio genannten Aspekte. Die Sterbenden haben nicht nur einen besseren Zugang zu speziell qualifizierten Ärzt*innen, sondern auch zu Pfleger*innen, Sozialarbeiter*innen oder Psycholog*innen.

Die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. und die Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e.V. haben sich mit den Untersuchungen und dem Vergleich der Palliativversorgung in der Welt beschäftigt und weisen auf weitere Verbesserungsmöglichkeiten in Deutschland hin. Laut einiger ihrer Studien belegt Deutschland den achten Platz, wenn es um die allgemeine Entwicklung der Palliativmedizin geht. Setzt man aber die Kosten der Palliativversorgung und deren Qualität in ein Verhältnis, platziert sich Deutschland hinter u. a. Polen, Ungarn und USA. Des Weiteren ist zu beobachten, dass Deutschland sehr fortgeschritten im Bereich Forschung und Struktur der Palliativmedizin ist, aber in der Praxis im europäischen Vergleich dieses hohe Niveau nicht halten kann. (Vgl. German National Academy of Sciences Leopoldina and Union of German Academies of Sciences and Humanities 2015: 21).



Bild 1. www.pexels.com



Bild 2. Logo – Hospiz in Vilnius

Aspekte

Wenn man sich mit der Frage „Was braucht ein Mensch am Lebensende?“ beschäftigt, ergeben sich daraus Fragen unterschiedlicher Disziplinen. Sollte man das Thema lieber verschweigen? Knoblauch und Zingerle, Wissenschaftler, die sich mit der Thanatosozologie beschäftigen, stellten fest, dass die Gesellschaft in verschiedenen Epochen den Tod verdrängt. (Vgl. Knoblauch; Zingerle 2005: 11-13). Dieses Problem sieht auch der italienische Mediziner und Professor für Palliativmedizin – Gian Domenico Borasio. In seiner wissenschaftlichen Arbeit versucht er mit diesem Tabu zu brechen und formuliert eine konkrete Liste mit Aspekten, die für sterbende Patient*innen eine besonders wichtige Rolle spielen.

Zunächst nennt Borasio die **Kommunikation**, die in jeder Begegnung zwischen Arzt*in und Patient*in eine wichtige Rolle spielt. Bei der Sterbebegleitung ist diese besonders bedeutend. Es ist natürlich nicht nur der Kontakt mit den Kranken Menschen, sondern auch mit deren Familien gemeint. Empirische Beobachtungen von Borasio haben gezeigt, dass die Ärzte nicht ausreichend ausgebildet werden, um mit den Patient*innen angemessen kommunizieren zu können. Der dänische Philosoph Søren Kierkegaard sagte „Wenn wir jemandem helfen wollen, müssen wir zunächst herausfinden wo er steht. Das ist das Geheimnis der Fürsorge.“ (Vgl. Borasio 2011: 60). Das sollte den Mitarbeiter*innen in den Palliativstationen und im Hospiz bewusst sein.

Als weiteren wichtigen Aspekt nennt Borasio die **medizinische Therapie**. Borasio zufolge ist eine solche Therapie im Bereich der Palliativmedizin alleine nicht ausreichend, aber trotzdem unverzichtbar. (Vgl. Borasio 2011: 67). Die Ärzt*innen sollten alles machen um die Lebensqualität von sterbenden Patient*innen zu verbessern. Dafür können nicht nur Medikamente dienen, sondern auch alternative Medizin. Musiktherapie, Aromatherapie und ähnliche Behandlungsmethoden können wesentlich helfen, um Schmerzen zu lindern. Solche alternativen Behandlungsmethoden werden in Deutschland bisher stärker als in Polen und Litauen angewandt. (Vgl. Rosa 2017: 34). Weiterhin ist zu beachten, dass der Kampf gegen den Schmerz im Körper, nicht alle Schmerzen heilen kann. Klaus Feldmann schreibt dazu, dass Individualität und Tod verknüpft seien (Feldmann 1997: 41). Das bedeutet unter anderem, dass jeder Mensch, der krank ist, anders mit dem Tod umgehen wird. Sehr viel passiert auf der psychosozialen Ebene. Es ist also nicht nur wichtig, dass die Patient*innen keinen Schmerz empfinden, sondern auch entsprechende psychologische und soziale Unterstützung bekommen. Oft passiert es, dass die Familie komplett von dem Einkommen der sterbenden Person abhängig ist. Deswegen betont Borasio auch den Aspekt der **psychosozialen Betreuung**.

Der letzte Aspekt, den Borasio nennt, wird oft nicht ganz ernst genommen, obwohl **spirituelle Betreuung** vor allem in den letzten Momenten des Lebens sehr bedeutend ist. Es ist zu beobachten, dass in Polen und Litauen, also in den Ländern, wo der Glaube eine wichtigere Rolle spielt, größerer Wert auf Spiritualität im Krankenhaus gelegt wird. Beispielsweise besteht die Möglichkeit jederzeit mit einem Priester zu sprechen und die letzte Ölung zu bekommen. Die Spirituelle Betreuung ist nicht nur für die Gläubigen wichtig, sondern auch für die Menschen, die ihr ganzes Leben nicht gläubig waren. Hubert Windisch beschreibt in seinem Essay die Momente kurz vor dem Tod als Spitze der Hoffnung, dass nach dem Tod noch etwas kommen wird. Das könne helfen, Ängste zu überwinden. (Vgl. Windisch 2000: 146-148).

Polen

Mirosław Górecki beschreibt in seinem Buch „Hospicjum w służbie umierających“ (dt. Das Hospiz im Dienst für Sterbende) die Geschichte der Entstehung und die aktuelle Situation der Palliativ- und Hospizarbeit in Polen. Als besonders charakteristisch ist zu bemerken, dass eine sehr nahe Beziehung zur katholischen Kirche besteht. Die Hospize werden meistens durch unterschiedliche Institutionen betreut – Staat, Städte, Kirche und Stiftungen. Górecki stellt fest, dass das erste Hospiz mit Hilfe und Unterstützung der Diözese in Krakau gegründet worden ist. Obwohl die Idee, ein Hospiz zu gründen, bereits im Jahr 1977 entstand, wurde sie erst im Jahr 1991 umgesetzt (Vgl. Górecki 2000: 76-78). Das Ministerium für Gesundheit hat im Jahr 1993 das erste Gremium berufen, welches sich mit der Palliativmedizin und Hospizarbeit beschäftigen soll. Seit dieser Zeit ist eine weitere Entwicklung und Finanzierung dieser Disziplinen viel einfacher. Dr. Aleksandra Ciałkowska-Rysz – eine führende polnische Wissenschaftlerin auf dem Gebiet der Palliativmedizin, definiert die Begriffe Palliativ- und Hospizarbeit anders als Borasio. Sie bezieht sich auf die Erklärung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die beide Begriffe im Jahr 2002 gleich gestellt hat. (Vgl. Ciałkowska-Rysz 2015: 9). Das bedeutet aber nicht, dass Palliativstationen und Hospize in Polen gleiche Institutionen sind. Beide arbeiten sehr interdisziplinär und dienen der Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Phase des menschlichen Lebens.

Was braucht ein Mensch in Polen am Lebensende? Alle von Borasio genannten Aspekte der Hilfe im Bereich Palliativmedizin und Hospizarbeit sind sehr bedeutend und werden ständig weiter entwickelt und verbessert. Polnische Wissenschaftler*innen und Ärzt*innen betonen, dass es viele gute Perspektiven für die Entwicklung der Palliativarbeit in Polen gibt, vor allem im Bereich der Kommunikation und medizinischen Therapie. Besonders wird in Polen die **spirituelle Betreuung** betont. Priester Antoni Bartoszek weist darauf hin, dass die Hospizarbeit niemals eine spirituelle Bewegung war, aber das Sterben als transzendentes Erlebnis immer sehr nah an der geistigen Dimension des Menschseins gewesen ist. (Vgl. Bartoszek 2015: 377).

Litauen

Meine persönlichen Erfahrungen aus dem Auslandssemester sind der Grund der Beschäftigung mit der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Litauen. Aufgrund fehlender Sprachkenntnisse stützt sich die Untersuchung nur auf englische und polnische Literatur.

Es ist zu beobachten, dass die Palliativmedizin in Litauen erst seit kurzem eine intensive Entwicklung erlebt. Wissenschaftlerin Jolanta Masian, die unterschiedliche Untersuchungen in diesem Feld in Litauen durchgeführt hat, betont, dass die Gesellschaft für Palliativmedizin zwar sehr früh (1995) entstanden ist, aber die Regierung Palliativmedizin erst viel später (2007) anerkannt hat. (Vgl. Masian 2017: 147). Trotz der mangelnden Finanzierungsmöglichkeiten versuchen viele Institutionen und NGOs dazu beizutragen, die Lebensqualität von sterbenden Patient*innen zu verbessern. Arvydas Seskevicius, Professor an der Medizinischen Universität in Kaunas, beschreibt das Engagement und die Zusammenarbeit mit der WHO in den ersten Palliativstationen – vor allem im Universitätskrankenhaus in Kaunas.

Was braucht ein Mensch in Litauen am Lebensende? Man kann gerade in Litauen beobachten, wie interessant die Entwicklung der Hospizarbeit ist. Erst im Jahr 2013 öffnete das erste stationäre Hospiz. Das Hospiz wurde von einer polnischen Ordensschwester gegründet. Jolanta Masian beschreibt den interessanten Prozess der Einführung des Wortes „Hospiz“ – lit. „Hospitas“ ins Litauische, welches vorher nicht in der Sprache existierte. (Vgl. Masian 2017: 151). Besonders charakteristisch in Litauen ist, dass die Palliativ- und Hospizarbeit sehr viel auf **Hilfe von Ehrenamtlichen** basiert und viel Unterstützung von **freiwilligen Akteuren** bekommt. Die breite Unterstützung ehrenamtlicher Helfer*innen machte es möglich in Vilnius nach dem stationären Hospiz das erste Kinderhospiz aufzubauen.

Schlussfolgerung

Was braucht ein Mensch am Lebensende? Obwohl die Palliativ- und Hospizarbeit stark individuell und kulturbedingt im Umgang mit den Patient*innen ist, kann man feststellen, dass die Bedürfnisse und Aspekte, die für die sterbenden Menschen wichtig sind, in allen drei Ländern – Deutschland, Polen und Litauen – sehr ähnlich sind. Die Zahlen in der Tabelle weisen auf Unterschiede hin, es gibt aber in jedem Land bestimmte Merkmale, die besonders beachtet werden sollten.

In Deutschland ist besonderer Fortschritt im Bereich **medizinische Therapie** zu nennen – hervorzuheben dabei ist die Bildung von SAPV-Teams. In Polen liegt der Fokus auf der **spirituellen Begleitung** der sterbenden Patient*innen. In Litauen kann die erfolgreiche **Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und NGOs** genannt werden. Laut Wissenschaftler*innen, die sich mit allen drei Ländern beschäftigen, ist eine bessere Finanzierung für die Entwicklung der Palliativmedizin und Hospizarbeit nötig, damit die bestehenden Potenziale ausgenutzt werden. Niemand weiß, ob man die Hilfe einer Palliativstation oder eines Hospizes eines Tages benötigen wird...

	Deutschland	Polen	Litauen
Gesellschaft für Palliativmedizin – Gründung (Jahr)	1994	2004	1995
Anzahl Palliativstationen	300	85	60
Anzahl stationärer Hospize	240	115	1
Anzahl ambulanter Hospize	1500	839	4
Prozent der Finanzierung aus Krankenkasse (Hospiz)	90-95%	35-45%	30%
Bezeichnung für die Personen, die sich im Hospiz befinden	Gäste	Patienten	Patienten

Table 1. Unterschiede zwischen den Ländern

Literatur:

- Arnold, Norbert (2004): Hospizdienste – Sterbebegleitung als Lebenshilfe. In: Beckmann, Rainer; Löh, Mechthild; Schätzle, Julia (Hrsg.) (2004): Sterben in Würde. Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe. Krefeld: SINUS-Verlag GmbH.
- Bartoszek (2015): Opieka duchowa w opiece paliatywnej. In: Ciałkowska-Rysz, Aleksandra; de Walden-Galusko, Krystyna (Hrsg.) (2015): Medycyna paliatywna. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Borasio, Gian Domenico (2011): Über das Sterben. Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen. München: C. H. Beck. S. 9-97.
- Ciałkowska-Rysz, Aleksandra; de Walden-Galusko, Krystyna (Hrsg.) (2015): Medycyna paliatywna. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Feldmann, Klaus (1997): Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse. Opladen: Leske + Budrich.
- Górecki, Mirosław (2000): Hospicjum w służbie umierającym. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Zak”.
- German National Academy of Sciences Leopoldina and Union of German Academies of Sciences and Humanities (2015): Palliative care in Germany – Perspectives for Practice and Research. Halle (Saale).
- Jox, Ralf J. (2011): Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens. Hamburg: edition Körber-Stiftung.
- Klatsch, Eberhard; Ostighe, Christoph (2004): Palliativmedizin – aktive Lebenshilfe. In: Beckmann, Rainer; Löh, Mechthild; Schätzle, Julia (Hrsg.) (2004): Sterben in Würde. Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe. Krefeld: SINUS-Verlag GmbH.
- Knoblauch, Hubert; Zingerle, Arnold (2005): Einleitung: Thanatosozologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. In: Knoblauch, Hubert; Zingerle, Arnold (Hrsg.) (2005): Thanatosozologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Berlin: Duncker & Humblot.
- Masian, Jolanta (2017): Organization and functioning of the palliative care in Lithuania. In: Zeitschrift: Medycyna Paliatywna w Praktyce (2017); 11, 4, 147–152.
- Pfeifer, Christine (2005): >> Ich hab' gar nicht gemerkt, wie ich da reinzugehen wurde<<: Zur Dynamik von Individualisierung und Nähe in der Pflegearbeit stationärer Hospize. In: Knoblauch, Hubert; Zingerle, Arnold (Hrsg.) (2005): Thanatosozologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Berlin: Duncker & Humblot.
- Rosa, Adrianna (2017): Musiktherapie und Klangtherapie in der Palliativmedizin und Sterbebegleitung im deutsch-polnischen Kontext. Bachelorarbeit. Frankfurt (Oder): Europa Universität Viadrina.
- Seskevicius, Arvydas (2002): Lithuania: Status of Cancer Pain and Palliative Care. In: Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 24 No. 2 August 2002.
- Strecklein, Ursula (2001): Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie. Opladen: Leske + Budrich.
- Windisch, Hubert (2004): Der Tod – Tor zum Leben? Ein theologischer Essay. In: Beckmann, Rainer; Löh, Mechthild; Schätzle, Julia (Hrsg.) (2004): Sterben in Würde. Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe. Krefeld: SINUS-Verlag GmbH.

- https://eapnet.wordpress.com/2014/02/06/a-first-for-lithuania-first-doctoral-dissertation-on-palliative-care/
- http://nuld.org/index.php/current-projects/19-the-first-hospice-for-the-dying-in-lithuania
- https://eapnet.wordpress.com/2012/07/25/hospice-palliative-care-in-poland-more-reflections/
- https://www.dhp.de/service_zahlen-fakten.html