

# **Das Bündnis zwischen Arzt und Patient am Ende des Lebens**

**Otto Meyer zu Schwabedissen**

**Gehalten vor der NGaT in Malente am 15.2.2003**

Das Thema, das Sie mir gestellt haben, hat mir einiges Kopfzerbrechen bereitet. Was meinen Sie mit „am Ende des Lebens?“. Meinen Sie damit den Sterbeprozess, jenen letzten Teil des Lebens, der für manche eine Einbahnstraße, für andere eine Sackgasse und für einige gar eine Durchgangstraße ist? Warum haben Sie mich dazu eingeladen, einen Geriater, der sich eigentlich um die letzten Jahre im Leben eines Menschen kümmert, die zwar todesnah sind, in denen es aber doch darum geht, das Leben lebenswert zu gestalten. Geht es um die Besonderheiten des Bündnisses zwischen Arzt und geriatrischen Patienten oder sind die letzten zwei Jahre im Leben eines jeden Menschen gemeint, in denen der größte Teile der Gesundheitskosten verbraucht wird, oder haben Sie das Thema vielleicht gar so weit ausgelegt, dass Sie mit den Stoikern sagen: Heute ist der erste Tag vom Ende meines Lebens?

Nach Rückfrage bei Frau Hollub hat diese mir mit einer Formulierung geantwortet, die sicherlich typisch für tiefenpsychologisch orientierte bzw. therapeutisch Tätige ist: Sagen Sie einfach das, was Sie selbst für wichtig halten. So haben wir, Matthias Leibl und ich, uns aufgeteilt, er wird über den Sterbensprozess und ich über die Besonderheiten der Medizin in den letzten Jahren des Lebens sprechen.

Somit möchte ich Ihnen im Folgenden einen Einblick geben, wie sich für mich das Bündnis im hohen Lebensalter gestaltet. Sie sollen erfahren, was sich bei mir und wie ich mich verändert habe durch diese Konzentration auf die Behandlung von alten Menschen und ich möchte Sie gerne aufrufen, sich an der Versorgung dieser Gruppe zu beteiligen, weil ich glaube, dass durch Ihre Beteiligung eine ganze Menge Not abgewendet werden könnte.

Fangen wir also an. Nicht bei Adam und Eva, sondern bei der Kulturgeschichte der Menschheit. Ich tue dies, weil ich sicher bin, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient abhängig ist von der Einschätzung der Gesellschaft gegenüber den Alten. In den Stammesgesellschaften war es

notwendig, da schriftliche Aufzeichnungen fehlten, die Erfahrungen des Stammes bei bestimmten Personen zu konzentrieren und sie in schwierigen Lebenssituationen zu befragen. Noch heute gibt es viele Reste dieser Kultur z. B. auch in den Kirchen. Presbyter heißt nichts anderes wie der Älteste, auch haben wir Reste in der nordischen Sprache, z. B. enthält das dänische „gamle“, für alt das wir z.B. aus „gamle dansk“ kennen das Wort gamalon und das wiederum bedeutet lehren. Auch das Wort „alt“ in seinem lateinischen Ursprung bedeutet ja hoch, hochgewachsen oder Reife und beinhaltet die Wertschätzung, die man dem Wissen und der gesellschaftlichen Funktion der Alten entgegengebracht hat. Z. B. wird noch heute der Bundestag vom Alterspräsidenten des Bundestages eröffnet. Die Position der Alten war aber nie unbestritten: Schon in den Stammesgesellschaften hat es Kämpfe zwischen den „Königsdynastien“ und den „Alten- bzw. Priesterdynastien“ gegeben.

Die abendländische Geschichte mit ihrem Kampf Kirche gegen Staat aber auch die ägyptische und die arabische Geschichte ist voll von Beispielen dafür.

Eine andere Möglichkeit für den Umgang mit dem Alter sehen wir in China. Unter dem Einfluss der Lehren des Konfuzius ist dort der so genannte Beaufsichtigungspatriarchismus entstanden, eine ausgesprochen lang anhaltende und dauerhafte und wohl auch recht harmonische Möglichkeit Priestertum und Königtum zu vereinheitlichen. Es ist ein Zeichen von Klugheit und Überlebensfähigkeit alt zu werden. Chinesische Familien, denen es gelingt mehrere Alte in ihren Reihen zu haben, gelten als besonders produktiv und erfolgreich im Daseinskampf. Mit den Alten wächst damit auch das Ansehen der Familien.

Für Buddhisten bedeutet das Alter die Nähe zum Himmel, Entsagung vom Weltlichen und Konzentration auf das Wesentliche.

All das sind Wertesysteme und Wertschätzungen gegenüber den Alten, wie wir sie bei uns häufig vermissen. Die Frage ist nun, was hat das christliche Abendland. Besonderes, dass die Wertschätzung der Alten bis auf einige Reste verloren ging?

Ich möchte hier eine These wagen: Im Gegensatz zu den anderen Religionen ist das Christentum die Einzige, in dem die Erlösung auf der Gnade (Gottes) beruht, d. h. nicht langes Leben, langes Dienen oder hierarchischer Lebenslauf führen zur Erlösung, sondern allein die Gnade Gottes und die trifft oder kann jeden treffen, egal welchen Alters.

Es gibt im neuen Testament zahlreiche Beispiele dafür, wie entschlossen Jesus Christus gegen die Pharisäer und deren Vorstellungen von der Erlösung gekämpft hat. In den meisten anderen

Religionen bedeutet Alter Nähe zu Gott, und auch wenn Gott in bildlichen Darstellungen meist als alter Mann dargestellt wird, so ist das Bekenntnis zu ihm unabhängig vom Lebensalter.

Wir haben im Christentum andere Übereinkünfte, wie wir mit der Gruppe der Kranken, Alten und Schwachen umgehen.

Hierzu gibt es zwei Möglichkeiten, die eine ist das Samaritertum, das Dienen, das Helfen aus Barmherzigkeit und die andere möchte ich Ihnen mit einem Märchen verdeutlichen, welches Sie vielleicht kennen. Es gehört zu Grimm's Märchen und geht kurz gefasst so: Vater, Mutter, Großvater und Enkelsohn sitzen um den Tisch und essen. Der Großvater mit gebeugten Knien, gebeugtem Rücken, schwachem Augenlicht und zitternden Händen verschüttet die Suppe zum wiederholten Male auf dem Tisch. Die Kinder fordern ihn auf, sich hinter den Ofen zu setzen und geben ihm ein Holzschüsselchen mit, damit sie das Elend nicht mehr mit ansehen müssen. Hierauf beginnt der Enkelsohn ein Schälchen zu schnitzen und als die Eltern fragen, was er denn da mache sagt er fröhlich: „Das ist für euch, wenn ihr mal alt seid und ich am Tisch das Sagen habe“. Daraufhin holen die Kinder den Großvater zurück und wenn er nicht gestorben ist, dann lebt er sicherlich noch heute.

Meine Großmutter hatte für solche Moral den Spruch parat: Nächstenliebe ist Christenpflicht. Das ist nicht weit weg von I. Kant, der die Liebe als „Wohlgemessenheit aus Pflicht“ definierte. Klar wird, dass es einer hohen Disziplin und kulturellen Reife bedarf um ein solches Gebot gegen sozialdarwinistische Vorstellungen durchzuhalten.

Ärzte sind Teil der Kultur ihrer Länder und können sich dem Zeitgeist nur schwer entziehen. Ich habe im Internet auf Ihrer Seite gesehen, dass Sie Herrn Wächtler hier hatten und er schon einiges über die negative Alterstheorie der Psychoanalyse gesagt hat. Aber auch die anderen Disziplinen, gerade die Innere Medizin, waren und sind stark geprägt von einem negativen Altersbild.

Der weise Alte gilt als Glücks- und nicht als Regelfall. Lange Zeit war die Medizin bestimmt von der Lebenskraftaufbrauchtheorie, Reste von dieser haben sich bis in die 70iger Jahre, z. B. bei der Behandlung des Herzinfarktes gehalten. Sie besagt, dass das Menschenleben gleich einer Kerze bei Geburt gesetzt werde, diese dann langsam abbrenne und je mehr sie im Zug stehe und je mehr Wind an sie herankomme, um so schneller würde sie und so auch das Leben verlöschen. Dieses Bild wird sehr eindrucksvoll beschrieben im Märchen vom Gevatter Tod: Hier will der jugendliche Held das Leben seines Kindes retten, indem er dessen abbrennende Kerze durch eine kräftigere ersetzt. Leider ist es seine eigene und damit erhält er das Leben seines Sohnes und verliert sein eigenes.

Diese Theorie hat dazu geführt, dass man im Alter wie auch nach schweren Krankheiten immer Schonung empfahl, man solle sich nicht aufregen, man sei ja alt, solle sich nicht bewegen, das Herz sei schwach und solle genießen, man brauche, müsse und solle nicht mehr aktiv sein. Sexuelle Aktivität, eh unpassend im Alter, würde zu vorzeitigen Erschöpfungskrankheiten führen. Auch die Geriatrie ist von solchen Bildern nicht frei. In der englischen Geriatrie wurden die Patientin mit den „4 I’s“ beschrieben, diese bedeuteten Immobilität, Intelligenzabbau, Instabilität und Inkontinenz.

Manche Alten haben sich an solche Schemata nicht gehalten. Sie selber, aber auch neue Konzepte und Denkansätze in der Medizin haben dazu geführt, dass das Altersbild revidiert wurde. Wichtig wurde das Konzept der Salutogenese, also die Frage: Wie gelingt es so vielen Menschen bis ins hohe Alter gesund und zufrieden zu sein, was sind die Kompetenzen, die sie trotz eines körperlichen Handicaps in die Lage versetzen, sowohl in physischer wie in psychischer Hinsicht zufrieden zu sein. Umfragen zeigten, dass die meisten Alten zufrieden sind, es zeigte sich, dass die Attribute, die Jüngere den Alten zuwiesen, wie z. B. Langeweile und Einsamkeit, von diesen überwiegend positiv gewertet wurden und sie die Einsamkeit als Unabhängigkeit empfanden und was wir Jüngere Langeweile nennen interpretieren sie als: „Ich kann tun und lassen, was ich möchte“. Es ist der Verdienst der Berliner Altersstudie, herausgefunden zu haben, dass die meisten Negativattribute für das Alter nicht zutreffen. Die Kombination arm und krank trifft im Alter z. B. weniger häufig zu, als in jungen inkompletten Familien.

Neben diesen soziologischen Untersuchungen gibt es Ergebnisse aus der Hirnforschung, die belegen, dass ein Lernen lebenslang möglich ist. Die Fähigkeit, neue Synapsen zu bilden, bleibt bis zum Schluss erhalten. Wir wissen, dass z. B. die Stellen auf dem Gyrus präcentralis, die nach der Amputation einer Gliedmaße freigeworden sind, wieder neu besiedelt werden um kompensatorische Leistungen zu ermöglichen und wir wissen, dass nach dem Schlaganfall die gegenüberliegende Hirnhälfte Tätigkeiten neu ins Programm übernehmen kann, die verloren gegangen sind. Die Voraussetzung dafür ist allerdings ein Training, das sich funktional gestaltet, d. h. Bewegungsabläufe können wieder neu trainiert werden, wenn sie tatsächlich gewollt werden. Dieses Letztere möchte ich besonders unterstreichen, weil wir nur dann lernen, wenn der Lernakt selbst positiv besetzt ist und dies ist er nur dann, wenn das Ergebnis des Lernens uns ein höheres Maß an Befriedigung gibt.

Darum ist die Frage bei jeder Therapieplanung nach dem „Was möchten Sie gerne“ die Wichtigste überhaupt.

Noch eindrucksvoller als die Untersuchungen über das immer lernbereite Gehirn sind Untersuchungen über die Trainierbarkeit des muskuloskelettalen Systems. Schon vor 30 Jahren wurde an der deutschen Sporthochschule in Köln nachgewiesen, dass untrainierte Sechzigjährige innerhalb von 12 Wochen so fit gemacht werden können, dass sie den Stand untrainierter Vierzigjähriger erreichen. Selbst bei einer Gruppe über Neunzigjähriger konnte ein deutlicher Kraftzuwachs nach entsprechendem Training erzielt werden. Durch entsprechende physikalische Maßnahmen konnten bei Pflegeheimbewohnern die Anzahl der Stürze um über die Hälfte gemindert werden.

Wir wissen heute, dass Langlebigkeit in psychophysischem Wohlbefinden möglich ist und es entgegen der landläufigen Meinung sogar die Regel ist. Jede Abweichung davon muss wie in jedem anderen Lebensabschnitt auch als krankhaft angesehen werden und bedarf einer Behandlung. Da die Ziele im Alter anders sind als in der Jugend, hat die Behandlung auch anders zu sein.

Sie werden sich vielleicht fragen woher ich diese Sicherheit habe. Das hat etwas mit meinem persönlichen Erleben in meiner Familie zu tun. Mein Großvater, der im 102. Lebensjahr starb, hat sich tatsächlich dieses Wohlbefinden bis zum Schluss bewahrt und die vielen persönlichen Erschütterungen, wie Verlust seiner Heimat, seiner Ehefrau, das Versterben vieler Freunde und Anverwandter haben ihn zwar trauern und mitleiden lassen, ihn aber nicht in seinem Wohlbefinden beeinträchtigt. Übrigens hat er dafür nie die Hilfe eines Geriaters gebraucht und als er sich im 96. Lebensjahr den Schenkelhals brach, hat er die Behandlung in der Geriatrie abgelehnt mit den Worten: Da kommen doch nur solche hin, die den Ausgang nicht mehr finden. Er hat sich stattdessen in einer Klinik seines Johanniterordens rehabilitieren lassen.

Als Mediziner ist man es ja gewohnt sich an den Defekten und Störungen zu orientieren und wir sind auf der Suche nach Konflikten, posttraumatischen Störungen und Ähnlichem, um zu erklären, warum es einem Menschen so schlecht geht. Das Konzept der Salutogenese ist folgerichtig auch nicht in der Medizin entwickelt worden, sondern von Psychologen und Gesundheitsökonomern. Es war mir und ich glaube da für viele Mediziner sprechen zu können, erst mal fremd und ungewohnt.

Instinktiv war ich immer nur gegen diese 4 geriatrischen I's, weil sie irgendwie die Wahrheit dieser alten Menschen nicht abbildeten.

Hin zu kam, dass ich 1991 und 1992 an einem Kurs des Institutes für systemische Studien aus Hamburg teilnahm und so eine Menge Ideen erhielt, mit denen die Beziehung zu meinen Patienten neu gestaltet werden konnte. Schritt für Schritt gelang es mir, aber auch der Abteilung, sich vom defizitorientierten hin zum ressourcenorientierten Denken zu bringen. Das fiel den

Krankengymnasten und Ergotherapeuten sowie auch den Psychologen leicht, deutlicher schwerer war es für die klassischen Berufe Medizin und Pflege. Sie müssen sich einmal die morgendlichen Übergabeberichte der Pflege anhören: Er wimmelt nur so von eingekoteten, vollgepieschten und verwirrten, meist bettflüchtigen, aber auf jeden Fall schwierigen Patienten. Man kann und muss dabei das Gefühl haben, sich an einer Sisyphusarbeit zu beteiligen. Was ist es für ein großer Unterschied, wenn berichtet wird, der Patient sei tagsüber trocken und in der Nacht gelänge es ihm überwiegend sich die Urinflasche rechtzeitig vorzulegen. Leider habe er sie aber beim aus dem Bett bugsieren umgeschüttet. Meist heißt es: Das Bett schwamm heute Morgen wieder vollständig und ich musste es von oben bis unten neu beziehen.

Von Medizinern hörte man oft als Begründung dafür, wieso jemand gestürzt sei, er sei eben alt. Das ist auch so eine gedankenlose Negativzuschreibung. Darüber geht verloren, dass die meisten alten Menschen nicht stürzen und selbst wenn sie stürzen, sich meistens nichts brechen.

Nun komme ich aber zu Ihnen als Tiefenpsychologisch-Orientierte und -Tätige.

Wir Geriater antworten ja gerne auf die Frage wie wir tätig seien:

Multiprofessionell, d. h. wir selbst haben ja nur eine Profession, benötigen aber, um unsere Arbeit gut zu machen, viele Professionen, die im Team vereint sind. Ich möchte gerne, dass Sie teilnehmen an der Altersversorgung, da wo Sie es noch nicht tun und da wo Sie bereits tätig werden, ihre Aktivität noch verstärken.

Ich möchte nur kurz die psychiatrischen Krankheiten streifen. Ich möchte nicht Bekanntes wiederholen.

Sie wissen, dass die Gruppe der alten Männer am häufigsten einen erfolgreichen Suizid durchführt. In mehreren Untersuchungen hat sich gezeigt, dass weit über 90 % dieser Männer eine schwere psychiatrische Krankheit hatten, fast immer eine Depression. Meine etwas kühne These ist: Die alten Männer gehören zu der unterbehandelsten Gruppe überhaupt. Seit Entwicklung der modernen, nebenwirkungsärmeren und potenteren Anti-Depressiva werden zunehmend alte Menschen auch medikamentös behandelt, darunter aber nur wenige Männer. Alle Studien zeigen darüber hinaus, dass es kaum zu psychotherapeutischen Interventionen kommt. Wir haben die Erfahrung, dass viele Patienten, die bei uns behandelt werden, sich in den Gruppen mit Jüngeren wenig wohl fühlen und eher das persönliche Gespräch suchen. Meine Erfahrung ist, dass nur wenige Gespräche, die eher beratenden und aufklärenden Charakter haben, genügen um Not zu wenden und Hilfe zu geben.

Eine weitere These ist wichtig und in vielen Untersuchungen belegt: In keinem Alter hängen die psychische und die körperliche Gesundheit so wenig zusammen wie im Alter.

Trotz schwerer Handicap`s wie Schlaganfall, Parkinson oder Oberschenkelamputation, antworten Patienten auf die Frage wie es ihnen geht und wie sie sich fühlen mit: gut. Die Einschätzung von Ärzten über den Leidensdruck ihrer Patienten (das sog. Objektive) liegt oft weit entfernt von dem, was die Patienten als Leidensdruck angeben. Darum stimmt auch der Satz, dass es in keiner Altersgruppe eine größere Differenz gibt zwischen objektivem körperlichen Befund und dem subjektivem Empfinden!

Patienten mit psychischer Erkrankung aber nutzen ihren Körper als Ausdrucksorgan, können dann wegen der Knie nicht mehr gehen, wegen der Rückenschmerzen nicht mehr heben, wegen der Herzschmerzen das Haus nicht mehr verlassen. Die Ängstlichkeit findet genügend Locus minoris resistentiae, die glaubhaft vorgewiesen werden können. Die so genannten großen 7, wie wir es früher in der Psychosomatik gelernt haben, treten im Alter so gut wie nicht auf, der Zusammenhang zwischen körperlichem Handicap und psychischer Erkrankung ist umso enger. Als Beispiel mag Ihnen noch einmal die Arthrose dienen, die dazu führt, dass der Patient Schmerzen hat, er sich wegen der Schmerzen nicht mehr bewegt und sich nun entscheidet, diese Schmerzen als naturgegeben, altersbedingt oder schicksalhaft anzunehmen und sich dementsprechend passiv verhält, dadurch die Osteoporose und der Abbau der Muskulatur beschleunigt wird, woraufhin der Gang instabiler wird, die Ängstlichkeit steigt. Dieser Kreis ergibt eine Karussellbewegung, die dann fast zwangsläufig zum Sturz führt. Wie wichtig ist es, die arthrotischen Beschwerden zu behandeln, dem Patienten Mut zu machen und ihn von der Notwendigkeit eines Trainings sowie der Einnahme von Analgetika zu überzeugen. Der Schlüssel liegt in der Selbstbewertung und ich denke, dass ist Ihre Domäne.

Entscheidend wichtig halte ich Ihren Einsatz bei der Demenz. Die Demenz ist die Erkrankung, an der es sich zeigt, ob wir einen humanen Umgang miteinander pflegen. Die Krankheit selbst schreitet voran, führt bei dem Einzelnen zu Verhaltens- und Denkstörungen. Die Aufgabe der Umgebung ist es, auf diese Veränderungen der Persönlichkeit zu reagieren und dies nicht mit Ausgrenzung und Bestrafung zu tun, sondern mit Wertschätzung. Es gibt eine große Bewegung, die von der Pflege ausgegangen ist und erst langsam die Psychologen und Psychotherapeuten erreicht, die versucht zu einem menschlichen Umgang mit dieser Gruppe zu kommen. Validation, also Wertschätzung, ist heute eine anerkannte Methode, um mit diesen Kranken umzugehen. Dabei geht es im Wesentlichen um Verhaltensänderungen bei den so genannten Gesunden sowie bei den Pflegenden und Versorgenden.

Wenn man sieht, wie liebevoll und freundlich der Umgang dieser Pflegenden mit den Demenzkranken ist und wie diese in dieser Atmosphäre gedeihen und sich wohl fühlen, dann ist das der Lohn für die Neuordnung an Beziehung und der Ausdruck eines gelungenen Bündnisses.

Die Pflegeheime und die pflegenden Angehörigen suchen dringend nach Fachleuten, die sich mit Validation auskennen und die familientherapeutisch aktiv werden könnten. Ich weiß, dass einige von Ihnen schon tätig sind und wünsche mir, dass es noch mehr werden.

Eine Gruppe liegt mir noch sehr am Herzen: Es handelt sich dabei um die jetzt ca. 80jährigen Frauen, die während der Kriegs- und anschließenden Fluchtzeit traumatisiert wurden. Sie haben oft Furchtbares erlebt, wobei vor allem das Gefühl des Ausgeliefertsein und der existentiellen Angst vorherrschend war. Das Problem dieser Frauen lag nach dem Krieg darin, dass sie über ihre Leiden nicht sprechen konnten. Die political correctness verlangte nach Aufarbeitung der Grausamkeiten in den Konzentrationslagern, das eigene Leid durfte und konnte diesem gegenüber nicht einmal erwähnt werden oder wurde als Teil der „Sühne“ angesehen.

Während des Bosnienkrieges wurden viele dieser Traumatisierungen reaktiviert. Ich selbst hatte damals in einer Flüchtlingsunterkunft, die überwiegend von Frauen und Kindern bewohnt wurde, die med. Versorgung mit übernommen und bekam einen Eindruck von der persönlichkeitszersetzenden Kraft dieser Störungen.

Ich empfehle Ihnen das Buch der Holländerin Tessa de Loo, es beschreibt die Lebensläufe von Zwillingen aus Köln, die nach dem frühen Tod der Eltern getrennt wurden und von denen die eine in Deutschland und die andere in Holland aufwuchs. Sie treffen sich beide in einem belgischen Seebad, zufällig, und erzählen sich ihre Geschichte. Für die Holländerin ist es unerträglich die Leiden ihrer Schwester mit anzuhören, sie macht sie für ihr eigenes Leid mitverantwortlich und „gönnt“ ihr ihre Leidensgeschichte nicht. Die Tragik dieser deutschen Frauen ist darin, wenn auch nicht literarisch sehr wertvoll aber doch genau erfasst.

In unsere Klinik kommen diese Frauen häufig wegen chronischen Schmerzen, haben fast immer einen Tranquilizerabusus und sind depressiv. Im Klinikslang liefen sie unter „ostpreußischer Jammerdepression“. Manchmal fielen sie nur auf wegen unerklärlicher Verhaltensweisen: z. B. wollte eine Patientin partout nicht ins Bewegungsbad. Beim Gespräch mit der Psychologin stellte sich dann heraus, dass sie den Ratzeburger See während des Beschusses durch die Russen durchschwimmen musste und viele ihrer Mitflüchtlinge dabei ertranken.

Nun aber möchte ich zu dem kommen, was sich die meisten Menschen mit Endes des Lebens vorstellen, mit dem Sterben und dem Tod.

Das Krankenhaus war lange Zeit ein eher ein ungeliebter Ort des Sterbens. Wir alle wissen, wie ungeschickt mit Sterbenden umgegangen wurde, wenn sie in ein Badezimmer geschoben wurden oder in einem 6-Bett-Zimmer starben, wenn die Angehörigen nicht auf den nahen Tod vorbereitet wurden, wenn dem Patienten selbst seine Situation verheimlicht wurde. Da hat sich sehr, sehr viel getan.

Meiner Meinung nach ist aus dieser Unkultur geradezu eine Kultur des Sterbens entstanden, die Entstehung des Hospizes, z. B. in Flensburg, ist meiner Meinung nach höchster Ausdruck dieser Kultur. Heute ist es so, dass wir versuchen diese Kultur auch in den Familien zu unterstützen. Das Wichtigste am Hospizgedanken ist nicht mehr das Hospiz selbst, sondern die Hospiztätigkeit in den einzelnen Familien, am Bett des Kranken in seinem Haus oder auch im Pflegeheim.

Wir wissen, dass der Sterbeprozess viel aufrührt und dass es manchmal außen stehender Dritter bedarf, um Ästhetik und Harmonie zu entwickeln. Jedes Jahr werden alleine in Flensburg ungefähr 50 ehrenamtliche Mitarbeiter im Hospizgedanken geschult, die dann in die Familien gehen und die Patienten zwischen Krankenhaus, Hospiz und Zuhause begleiten. Auch werden jedes Jahr etwa 50 Ärzte in Palliativ-Medizin in Schleswig-Holstein weitergebildet, davon sind bereits etwa die Hälfte Hausärzte.

Ich glaube, dass wir noch ganz am Anfang einer großen Entwicklung stehen, die unsere Gesellschaft ein Stück humaner werden lässt, indem sie den Tod nicht mehr verdrängt, sondern als Teil des Lebens akzeptiert.

Nun aber möchte ich an den Seelsorger übergeben. Nicht, weil ich jetzt hier nichts mehr tun könnte, sondern weil er besser wie jeder Andere in der Lage ist, in seiner Position als Ombudsmann und Mitarbeiter in unserem Krankenhaus wie im Hospiz, die Erwartungen zu formulieren, die Patienten an uns Ärzte haben.