

Sterben als Regelungsbedarf, Palliative Care und die Sorge um das Ganze

Helen Kohlen¹

Online publiziert: 11. Januar 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Der Deutsche Bundestag hat im Herbst diesen Jahres an zwei aufeinander folgenden Tagen jeweils ein neues Gesetz verabschiedet: am 5. November 2015 in 2. und 3. Lesung das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland und am 6. November 2015 das neue Sterbehilfegesetz.

Die Forderung nach einer Stärkung von Palliative Care entstand durch die Debatte um einen Regelungsbedarf der Beihilfe zur Selbsttötung. Palliative Care beinhaltet eine umfassende Versorgungskonzeption und Praxis der Begleitung, die auf Bedürfnisse und Wünsche von Menschen am Lebensende reagiert. Neben medizinischen und pflegerischen können auch spirituelle und psychosoziale Angebote in Anspruch genommen werden. Stimmen, die das Konzept Palliative Care (häufig reduziert als Palliativmedizin benannt) auf die Agenda riefen, betonten, dass eine gute Palliative Care nachweislich Suizidwünsche bei Schwerstkranken reduzieren könne. Sie müsse deshalb flächendeckend ausgebaut und angemessen finanziert werden. Somit kamen strukturelle und ökonomische Fragen der Sterbebegleitung ins Spiel, während Vertreter der Hospizbewegung und Palliative Care als Opposition gegen Liberalisierungsbestrebungen des Assistierten Suizids fungierten.

Die Regelung zur „geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“¹

Gut ein Jahr lang diskutierten die Abgeordneten, Experten und die Bevölkerung darüber, wie die Sterbehilfe gesetzlich geregelt werden soll und ob es überhaupt nötig ist, dass der Gesetzgeber eingreift. Vier Anträge lagen vor, mit denen die letzten Stunden vor dem Tod geregelt werden sollten. Zum Schluss kam noch ein fünfter hinzu, der für keinerlei

¹ § 217 Strafgesetzbuch, neue Fassung (StGB nF).

✉ Univ. Prof. Dr. Helen Kohlen
hkohlen@pthv.de

¹ Pflegewissenschaftliche Fakultät/Ethikinstitut, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV), Pallottistraße 3, 56179 Vallendar, Deutschland

Änderungen plädierte. Gemeinsam lehnten alle Abgeordneten die aktive Sterbehilfe ab. Schließlich entschied sich eine deutliche Mehrheit des Parlaments dafür, *geschäftsmäßige Sterbehilfe* unter Strafe zu stellen, und damit für den Antrag der Abgeordneten Michael Brand (CDU) und Kerstin Griese (SPD). „Geschäftsmäßig“ ist dem Entwurf zufolge jede auf Dauer angelegte, sich wiederholende Suizidförderung. Um ein Geschäft im umgangssprachlichen Sinn – nämlich um einen Erwerb oder Geldvorteil – geht es nicht. Verwerflich sei das Eigeninteresse des Anbieters, aus seiner Tätigkeit eine Art Dienstleistung machen zu wollen. Die sogenannte „Hilfe beim Sterben“, etwa durch Palliative Care im Krankenhaus oder im Hospiz, wird demgegenüber als „eindeutig nicht strafbar“ erklärt. Ebenso die Hilfe im Einzelfall aus altruistischen Motiven. Gegner des Gesetzes kritisieren eine angeblich unzureichende Präzision. Als heikel wird die Frage gesehen, ob Mediziner durch die neue Regelung nicht dennoch kriminalisiert werden könnten. Denn wer mehr als einmal im Leben altruistisch einem Patienten in verzweifelter Lage beim Suizid helfen will, könnte unter die „Geschäftsmäßigkeit“ fallen. Das Gesetz geht grundsätzlich davon aus, dass eine Unterstützung beim Sterben typischerweise nicht zum Arztberuf gehört, da das Heilen im Vordergrund steht. Mediziner, die sich in ihrer Arbeit auf Sterbehilfe konzentrieren, können mit dem neuen Gesetz deshalb in Konflikt kommen.

Das neue Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG)

Das HPG zielt darauf, Schwerkranken und sterbenden Menschen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung zu ermöglichen ([2], S. 1). Palliative Care als Konzept, das die medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Versorgung und Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase umfasst, kann diesem Anspruch gerecht werden. Flächendeckend soll palliative Praxis als Teil der Regelversorgung in deutschen Krankenhäusern, Pflegeheimen, Hospizen sowie zu Hause gestärkt und ausgebaut werden. Dabei gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Um Hilfsangebote besser bekannt zu machen, sollen Informationen und Beratungsangebote verbessert werden. Der Anspruch des neuen Gesetzes, die Palliativversorgung zuverlässig auszubauen und Sterbebegleitung als Bestandteil des Versorgungsvertrags der Sozialen Pflegeversicherung zu verankern, wird von Organisationen und einzelnen Akteuren des Gesundheitswesens gewürdigt.

Eine nähere Betrachtung des Gesetzes zeigt vor allem Unterschiede in den verschiedenen palliativen Versorgungssettings, wenn es um *Fragen der konkreten Ausgestaltung* geht. Gemessen am Grad der Konkretion sind die Gewinner die Akteure der spezialisierten Palliativversorgung sowie die Hausärzte, die mit finanziellen Anreizen bedacht sind. Für den Hospizbereich werden zukünftig deutlich mehr Leistungen aus der Krankenversicherung mobilisiert. Ambulante Hospizdienste erhalten künftig eine Vergütung der Personalkosten und Sachleistungen. Stationäre Hospizleistungen sind jetzt zu 95 % förderfähig.

Als ein aktuelles Problem benennt das Gesetz die nicht ausreichenden Angebote im ländlichen Bereich sowie die zu geringe *Vernetzung von medizinischer und pflegerischer Versorgung*. Zur Förderung einer *aktiven Koordination und Kooperation* sollen deshalb im vertragsärztlichen Bereich „zusätzlich vergütete Leistungen zur Steigerung der Qualität der Versorgung“ erbracht werden können ([2], S. 2). Der Vertragsarzt wird als „Gatekeeper“ für den Mitteleinsatz tätig. Die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und

koordinierende palliative Versorgung sind noch in einem Bundesmantelvertrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu vereinbaren. Welche Zuständigkeiten den Pflegenden als „NetzwerkerInnen“ zukommen soll, wird ebenfalls zu vereinbaren sein. Ob der Mitteleinsatz für die Pflegeleistungen ausreicht und was genau finanziert wird, ist bisher offen. Grundsätzlich ist es erforderlich, nicht allein die ärztlichen Leistungen in den Blick zu nehmen, sondern die Leistungen und Dienste aller, die sich an der palliativen Versorgung und Begleitung beteiligen. Dann kann durch die Interdisziplinarität die besondere Qualität von Palliative Care entstehen.

Sterbebegleitung gehört nun laut Gesetz zur *Pflege* in die letzte Lebensphase und wird als Versorgungsauftrag der sozialen Pflegeversicherung ins Gesetz aufgenommen. Der in § 28 Sozialgesetzbuch (SGB) XI neu eingefügte Abs. 5 lautet: „Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein“. An diese Aufgabe werden umfangreiche Informationspflichten und Beratungsleistungen gebunden. Unklar bleibt, inwiefern die finanzielle Unterstützung der pflegerischen Qualifikation für eine palliative Versorgung, Begleitung und Beratung vorgesehen ist.

Neue *Beratungsstrukturen*, die laut HPG bei der Krankenkasse und in Pflegeeinrichtungen einzurichten sind, sollen den Versicherten ermöglichen, sich über eine Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase zu informieren (Leistungen der palliativen Dienste, vorsorgende Verfügungen). Vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen sind aufgerufen, Beratungsangebote zu kreieren, um Ängste der Bewohnerinnen und Bewohner vor dem Sterben zu minimieren und für ihre Selbstbestimmung Sorge zu tragen. Konkret sollen finanzielle Anreize dafür gesetzt werden, dass die Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ein individuelles und ganzheitliches Beratungsangebot vorhalten und dieses in Kooperation mit anderen Versorgern und Leistungserbringern organisieren. Finanziert werden die Beratungsangebote von den gesetzlichen Krankenkassen. Wie das Beratungsangebot genau aussehen soll, bleibt den vollstationären Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen überlassen. Sie haben die Möglichkeit, es mit qualifiziertem Personal selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen zu organisieren, wie beispielsweise mit dem ambulanten Hospizdienst oder mit einem Palliative Care Team. Das klingt nach einer Gestaltungsaufgabe mit voraussetzungsvollem Koordinations- und Kommunikationspotential. Die Frage nach Personalressourcen, Kompetenzen und wer genau wofür verantwortlich sein soll, gilt es noch zu klären.

Die Frage nach Gerechtigkeit

Die aktuelle Situation zeigt Folgendes. In deutschen Pflegeheimen leben ca. 764.000 Menschen ([5], S. 5). Eine Statistik zu Sterbeorten fehlt. Aus den Angaben zur Verweildauer in Pflegeheimen leitet die Deutsche Stiftung Patientenschutz ab, dass in stationären Pflegeeinrichtungen jährlich ca. 340.000 Menschen sterben. Dabei handelt es sich um 38 % der 893.000 jährlich in Deutschland Sterbenden. Während die Sozialkassen für einen Hospizplatz ca. 6500 € im Monat zur Verfügung stellen, liegt dieser Betrag für Pflegeheime bei maximal 1621 € (Pflegestufe III, § 43 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB XI). In beiden Versorgungsformen ist die ärztliche sowie palliative Versorgung und Begleitung nicht enthalten und

muss gesondert hinzugezogen sowie vergütet werden. Für einen Hospizplatz wenden die Sozialkassen demnach jeden Monat knapp 5000 € mehr als für einen Pflegeheimplatz auf. Sollten die Bedürfnisse der schwerstkranken und sterbenden Menschen völlig anders sein? Ich denke nicht, sondern sie sind eher ziemlich identisch, wenn wir an die Grundbedürfnisse denken. Grundsätzlich bedarf es für Menschen in den letzten Wochen und Monaten des Lebens einer Anpassung der Grund- und Behandlungspflege sowie Betreuungssituation an die sich ändernden Bedürfnisse. Schmerzfreiheit, professionelle palliative Pflege und Begleitung stehen hier im Vordergrund. Dies sollte unabhängig vom Aufenthaltsort gelten.

Die Sorge um das Ganze

Die Hospizbewegung ist von ihren Wurzeln her eine basisdemokratische Bewegung, die weltweit überwiegend von Frauen initiiert wurde. Bekannt wurde sie durch ihre Begründerin Cicely Saunders. Ihr Anliegen war es von Anfang an, sich nicht als eine neue Institution für Sterbende zu verstehen, sondern im wahrsten Sinne des Wortes als eine Bewegung, die auf Missstände in der Versorgung Sterbender aufmerksam macht und durch das Konzept Palliative Care präzisiert, wie eine gute menschenwürdige Sterbebegleitung aussehen kann. Sie folgte einer Ethik der bedingungslosen Akzeptanz der anderen um ihrer selbst willen, mit dem Ziel, diese Idee für alle umzusetzen: unabhängig von Ethnizität, sozialer Lage und Geschlecht sowie in allen vorhandenen Einrichtungen, sei es zu Hause, im Hospiz, Krankenhaus oder Pflegeheim [3].

Angesprochen ist eine sorgende Gesellschaft, die alle Bürgerinnen und Bürger angeht [6]. Das Fernziel der Hospizbewegung war es, sich wieder überflüssig zu machen, nachdem sich eine humane Sterbebegleitung neu durchgesetzt hat. Letztlich speist sich die Hospiz- und Palliativarbeit aus der Haltung des Geschenks von Zeit, Da-Sein und Aushalten-Können. Diese Haltung lässt sich nicht durch finanzielle Anreize erlernen. Es kann innerhalb dieser Sorge-Logik auch keinen rechtlichen Anspruch auf hospizliche Begleitung geben, sondern höchstens auf technische Verfahrensregeln zur palliativen Versorgung [4]. Der Raum der Hospiz-Idee und ihre Praxis ist der Raum der Freiheit zur Sorge um und mit dem Anderen: Denken und Handeln ohne Geländer [1].

Literatur

1. Arendt H (2006) Denken ohne Geländer. Piper, München
2. Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland (2015) Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG). Drucksache 18/5170
3. Kohlen H (1999) Hospizbewegung. Alternative Praxis zur Sterbebegleitung und Gegenkurs zur Euthanasie-Debatte. In: Braun K (Hrsg) Life is a battle field. Offizin, Hannover, S 135–159
4. Kohlen H (2015) Troubling practices of control: re-visiting Hannah Arendt's ideas of human action as praxis of the unpredictable. Nurs Philos 16:161–166
5. Statistisches Bundesamt (2015) Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015
6. Tronto J (2013) Caring democracy. Markets, equality, and justice. New York University Press, New York