
Perspektiven der klinischen Sterbehilfe aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung

Gert Nachtigal

Der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe ist häufig eng verknüpft mit der Angst vor einem menschenunwürdigen Sterben. Es ist die Befürchtung, am Ende des Lebens ohnmächtig einem langen und schmerzhaften Sterbeprozess bei schlechter medizinischer Versorgung – vielleicht sogar aus Kostengründen – ausgeliefert zu sein. Die in unserer Verfassung verankerte Unantastbarkeit und Unverfügbarkeit des Lebens jedes Menschen, die uneingeschränkt auch für die letzte Lebensphase gelten, machen die Pflege und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen daher zu einer wichtigen sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderung unserer Gesellschaft.

Als Solidargemeinschaft haben wir Kassen durch das Sozialgesetzbuch den Auftrag, den Versicherten alle Leistungen zu bieten, die medizinisch notwendig sind. Das schließt aus, dass Patienten aus ökonomischen Gründen Leistungen vorenthalten werden. Einer Rationierung von Leistungen haben die gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland immer eine deutliche Absage erteilt. Und das gilt selbstverständlich, vielmehr gerade auch für Schwerstkranke und Sterbende.

Im Folgenden möchte ich Ihnen daher die Ansätze und Rahmenbedingungen der letzten Jahre in Deutschland vorstellen, die eine verbesserte medizinische und psychosoziale Versorgung sterbender Menschen zum Ziel haben

und die von den Krankenkassen unterstützt und mitfinanziert werden.

Ausgangspunkt für eine Verbesserung der Situation von Sterbenden ist die Forderung nach einer qualifizierten Sterbebegleitung. Sie meint eben nicht die Hilfe zum Sterben durch Töten, sondern die Begleitung des Sterbenden bis zu seinem Tod. Sie ist darauf ausgerichtet, dem Patienten durch Linderung von Schmerzen oder anderer Beschwerden so viel Lebensqualität wie möglich zu erhalten. Der sterbende Mensch und seine Angehörigen sollen umfassende Hilfe in körperlichen, emotionalen, sozialen und spirituellen Fragen erhalten. Dies ist natürlich nicht vorrangig eine Aufgabe der Kassen, sondern eine gesamtgesellschaftliche. Die Krankenversicherung unterstützt dies jedoch durch Mitfinanzierung.

Sterbebegleitung hat nicht das Ziel, dem Leben bei fortgeschrittener Erkrankung mehr Zeit, sondern der verbleibenden Zeit mehr Leben zu geben. Dies beinhaltet auch eine Veränderung der Therapie in Richtung palliativmedizinischer Maßnahmen: Ziel der medizinischen Behandlung ist nicht mehr die Heilung, sondern die bestmögliche Lebensqualität für den Patienten.

Sterbebegleitung gibt also eine Antwort auf den Wunsch nach menschenwürdigem Sterben. Sie ist dort besonders vonnöten, wo bloße Schmerzbehandlung nicht hinreicht oder wo eine Technologisierung der Medizin einen menschlichen Umgang mit dem Sterben zurückgedrängt hat.

Eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung und der konkreten Umsetzung der Idee einer Sterbebegleitung kommt der Hospizbewegung zu. Inzwischen gibt es in Deutschland ein Netz von ca. 900 ambulanten Hospizdiensten und ca. 80 stationären und teilstationären Hospizen, die sich um sterbende Menschen kümmern.

Die ambulante Hospizarbeit unterstützt den Wunsch vieler Menschen, zu Hause zu sterben. Daher gehört es

zum Grundsatz der Hospizarbeit, vor allem Möglichkeiten der ambulanten Betreuung von Sterbenden aufzubauen. Die ambulanten Hospizdienste ergänzen die Pflegedienste vor Ort, insbesondere durch eine psychosoziale Begleitung der Sterbenden in ihrer häuslichen Umgebung und durch Beratung und Unterstützung der Angehörigen. Sie sind außerdem ein unverzichtbarer Knotenpunkt für die regionale Vernetzung von palliativen Versorgungsangeboten, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie niedergelassenen Ärzten.

Die ambulante Hospizarbeit wird zum weitaus größten Teil von Ehrenamtlichen geleistet. Durch ihr qualifiziertes Engagement leisten sie einen für unsere Gesellschaft unverzichtbaren Beitrag, Sterbende und ihre Angehörigen in ihrer Situation zu unterstützen.

Die stationären Hospize ergänzen die ambulante Hospizarbeit. Ihnen kommt vor allem bei der Versorgung von Schmerzpatienten eine besondere Rolle zu. Bei den stationären Hospizen handelt es sich um kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter, die auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker und sterbender Menschen ausgerichtet sind.

Die gesetzliche Krankenversicherung unterstützt die qualifizierte Versorgung von Sterbenden maßgeblich: Die Behandlungs- und Pflegeleistungen werden durch die Kassen insbesondere im Rahmen der ärztlichen Behandlung und der häuslichen Krankenpflege sowie durch die Pflegeversicherung finanziert.

Seit Juli 1997 haben Versicherte einen gesetzlich verankerten Anspruch auf einen Zuschuss zu vollstationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht möglich ist. Der Zuschuss beträgt derzeit mindestens 140,70 Euro pro Tag. Zumeist sind die Versicherten, die in

einem Hospiz versorgt werden, auch pflegebedürftig. Dadurch erhalten sie zusätzliche Leistungen aus der Pflegeversicherung (SGB XI). Ist das Hospiz zugleich als Pflegeheim zugelassen, liegen die Pauschalbeträge je nach Pflegestufe zwischen 1.023 und 1.432 Euro pro Monat. Ist das Hospiz nicht als Pflegeheim zugelassen, können die Patienten Pflegegeld (je nach Pflegestufe zwischen 205 und 665 Euro) beantragen. Die AOKs beraten Betroffene und suchen mit ihnen gemeinsam nach einem geeigneten Hospiz, das auch als Pflegeheim zugelassen ist.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat allein an Zuschüssen für die Versorgung von Versicherten in stationären Hospizen im Jahr 2000 rund 38 Mio. DM ausgegeben.

Die rund 80 Einrichtungen mit etwa 700 bis 800 Plätzen decken weitgehend den Bedarf an stationären Hospizen ab. So werden in den städtischen Räumen Nordamerikas 25 Betten auf eine Million Einwohner als ausreichend erachtet. In den ländlichen Gebieten werden weit weniger Betten benötigt.

Seit Januar 2002 fördern die Krankenkassen auch die Arbeit ambulanter Hospizdienste mit einem Pauschalbetrag. Er beträgt 0,15 Euro pro Versichertem im Jahr 2002 und erhöht sich jährlich um 5 Cent bis auf 0,40 Euro im Jahr 2007. Auf der Basis von ca. 71 Mio. Versicherten liegt das Finanzvolumen im Jahr 2007 bei ca. 28 Mio. Euro. Die Förderung ist ein Zuschuss zu den Personalkosten der professionellen Hospizfachkraft, die die Ehrenamtlichen qualifiziert ausbildet und ihren Einsatz koordiniert und begleitet.

Gefördert werden soll ein ambulanter Hospizdienst mit qualifizierter ehrenamtlicher Sterbebegleitung, der zugleich mit palliativmedizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet und die ehrenamtlichen Mitarbeiter auch palliativpflegerisch beraten kann.

Da die Angehörigen und die Bezugspersonen des Sterbenden so weit wie möglich in die Begleitung mit einbezo-

gen werden sollen, bezieht sich das Beratungsangebot neben dem Patienten auch auf diese Personengruppe. Auch ambulante Hospizdienste verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem und arbeiten im lokalen und kommunalen Verbund mit Initiativen des sozialen Engagements eng zusammen.

Die finanzielle Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Kassen ist ein Beitrag zur Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements der Hospizgruppen.

Wo sehen wir noch Bedarf, um die Situation von Sterbenden weiter zu verbessern?

Im Gegensatz zu den stationären Hospizen sind Krankenhäuser und andere Einrichtungen, die auch sterbende Menschen versorgen, oftmals nicht auf das palliativmedizinische Behandlungsspektrum ausgerichtet. Das derzeitige Regelversorgungsangebot von ca. 60 Palliativstationen deutet vor dem Hintergrund einer relativen Häufung dieser Einrichtungen in drei Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, NRW) darauf hin, dass von einer flächendeckenden Versorgung noch keine Rede sein kann. Dies erfordert ein Umdenken sowohl der Einrichtungsträger als auch der Personen, die in den Einrichtungen arbeiten. Gerade in den Häusern, in denen der Tod zum Stationsalltag gehört, ist es wichtig, dass der Hospizgedanke mehr berücksichtigt wird.

Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass dieser Gedanke in der Ärzteschaft noch nicht durchgängig ins Bewusstsein gerückt ist. Medizinischer Taten- und Forschungsdrang muss aber unbedingt hinter Patienteninteressen zurückstehen. Nicht alles, was medizinisch machbar ist, ist auch sinnvoll oder notwendig. Patiententestament und Vollmacht für die Vertrauensperson können hier wichtige Hilfestellung bieten. Ich verkenne nicht, dass die konkrete Situation den Arzt überfordern kann. Er ist zum Heilen ausgebildet, und es wird häufig ein Gefühl des Versagens

aufkommen, wenn es nichts mehr zu heilen gibt. Deshalb muss dem Hospizgedanken bereits im Studium Raum gegeben werden.

Auch die ambulante palliativmedizinische Versorgungsstruktur ist – trotz erkennbarer Bemühungen zur Verbesserung – derzeit noch nicht ausreichend. Das betrifft insbesondere die Versorgung von Patienten mit starken Schmerzen, denen oft nur die adäquate Therapie fehlt. Deshalb muss es Ziel sein, die Palliativmedizin an den medizinischen Fakultäten und in den Pflegewissenschaften in Forschung und Lehre zu etablieren und sie zum verpflichtenden Bestandteil des Examens und der Weiterbildung zu machen.

Wir sehen es als Aufgabe an, uns mit den anderen Partnern im Gesundheitswesen, vor allem auch mit den Hospizdiensten, um die Pflege und Versorgung von Sterbenden zu kümmern. Doch das geht nicht ohne die Gesamtgesellschaft. Denn es muss Aufgabe einer solidarischen Gesellschaft sein, Sterbende und ihre Angehörigen nicht allein zu lassen und für Rahmenbedingungen zu sorgen, die menschenwürdiges Leben bis zuletzt ermöglichen.