

Alois Glück

**Redeskizze Kardinal-Höffner-Kreis
7. Mai 2014**

Leben bis zuletzt – Sterben in Würde

- I. Grundsätzliches zur Ausgangssituation
 Artikel 1 Grundgesetz: Die Würde des Menschen ist unantastbar.
 Anker unseres Grundgesetzes

Aufgabe in doppelter Weise:

1. Schutz der Würde
2. Die konkreten Bedingungen für die Würde des Menschen in den jeweiligen Lebenssituationen gestalten.
 Normative Debatte und Entscheidungen unverzichtbar.
 Ebenso unverzichtbar das Gestalten entsprechender Rahmenbedingungen!
 Sonst nur moralisieren!

Das ist auch die konkrete Situation mit der anstehenden Debatte und Entscheidung zum Themenkreis der sogenannten „Aktiven Sterbehilfe“, insbesondere der organisierten Sterbehilfe.

Politische Ausgangssituation

Nach Umfrageergebnissen befürworten ca. 70 % (!) der Deutschen gesetzliche Regelungen wie in den Niederlanden und Belgien.
 Die Menschen wollen sich diese Option offenhalten! Das müssen wir ernst nehmen!

Gründe:

1. Ängste
 die Angst vor dem Sterben kann uns niemand nehmen. Hier geht es aber um eine andere Form von Ängsten.
 Angst vor großen Schmerzen, vor Einsamkeit, Hilflosigkeit, der Automatik und den Abläufen der Hochleistungsmedizin, dass der Patientenwille nicht ernst genommen wird, anderen zur Last fallen ...
2. Grundsätzlicher Anspruch auf Selbstbestimmung auch im Hinblick auf die Beendigung des eigenen Lebens.

Eng verwoben mit einer wachsenden Tendenz der Unterscheidung zwischen „lebenswertes“ und „nicht lebenswertes“ Leben. Gefährliche Rutschbahn!

Grundsatzdebatte über die inhaltliche Ausgestaltung des Art. 1 GG immer wieder wichtig.

In diesem Zusammenhang besonders bemerkenswert, was Jan Roß, Redakteur bei der „Zeit“ in seinem Buch „Die Verteidigung des Menschen – Warum Gott gebraucht wird“, schreibt:

„Dass der Mensch als Gottes Ebenbild verstanden wird, ist eine letzte, höchste Garantie für diesen unauflöslichen Rest. Es soll die geistigen und praktischen Vergewaltiger des Menschen abschrecken. (...) Ohne den Schutz des religiösen Tabus wird der Mensch berechenbar für die Wissenschaft, kontrollierbar für die Macht, eine Funktion der biologischen, psychischen und sozialen Realität. Warum nicht versuchen, ihn zu verbessern oder abzuschaffen? Der geheimnislose Mensch ist der verfügbare Mensch.“

Was heißt dies unter den Bedingungen einer säkularen und offenen Gesellschaft in einer Zeit, in der die Mehrheit der Deutschen keine persönliche Beziehung mehr zum christlichen Glauben oder jedenfalls nicht eine Bindung zu den christlichen Kirchen hat?

Dies heißt in der Konsequenz, dass wir unsere Überzeugung so vermitteln müssen, dass auch solche Menschen erkennen, dass diese Werteposition generell für den Menschen, für seine Würde und seine Zukunft wichtig ist, unabhängig davon, ob der Einzelne eine entsprechende Bindung an Glauben oder Kirchen hat. Der Hinweis, es ist Tradition, es ist christlich, ist in der heutigen Zeit für die Mehrheitsbildung nicht mehr ausreichend. Die Argumentation muss aus sich selbst heraus überzeugend sein. Das ist die große Anforderung an die Qualität unseres Argumentierens.

II. Überzeugende Antwort auf die Ängste

Wir müssen eine überzeugende Antwort auf das Hauptmotiv der ca. 70 % Befürworter einer Regelung wie in den Niederlanden geben.

Das heißt eine überzeugende Antwort auf ihre Ängste!

Die Angst kann man nicht einfach wegargumentieren.

Um die Angst zu überwinden ist als Erstes die Erfahrung wichtig, dass meine Angst ernst genommen wird, damit ich ernst genommen werde.

Angst kann nur überwunden werden, wenn neues Vertrauen wächst.

Deshalb reicht es nicht, wenn wir vor allem wegen der Auswirkungen auf das Wertgefüge unserer Gesellschaft und den Bedingungen des Zusammenlebens die organisierte Sterbehilfe verbieten.

Das ist im Kern vor allem auch eine Glaubwürdigkeitsfrage für unser Handeln.

Leben bis zuletzt. Sterben in Würde.

Die Aufgabe der hospizlichen Begleitung und der Palliativmedizin beginnt mit der Situation, dass Heilung nicht mehr möglich ist.

Hier ist eine Weggabelung, an der häufig der fatale Satz gesprochen wird: „Ich kann für Sie nichts mehr tun.“

Das ist dann auch der Ausgangspunkt der Ängste.

Man kann sehr viel tun, aber in anderer Weise.

„Es ist oft sehr viel leichter etwas zu tun, als wie nichts mehr zu tun.“ (Professor Ostgathe, Palliativmediziner)

Eine schwierige Weggabelung für die Medizin, für die Ärzteschaft, für die Menschen in der Pflege.

Leben bis zuletzt. Sterben in Würde.

„Nicht dem Leben mehr Tage, sondern den Tagen mehr Leben geben.“ (Die erste Priorität ist also nicht Lebensverlängerung mit allen Möglichkeiten der modernen Medizin.)

Die bestmögliche Lebensqualität in dieser Situation und auf dieser Wegstrecke – das ist Aufgabe und Ziel von „Palliative Care“.

„Palliative Care“ ist die Verbindung der Hospizbegleitung im Sinne der Zuwendung zum Kranken und seinen Angehörigen, die aufmerksame Begleitung des Menschen in dieser Situation und den heutigen Möglichkeiten der Palliativmedizin.

Meine persönlichen Erfahrungen – mein persönlicher Weg:

1. Veranstaltungen im Landtag zu dieser damals neuen Entwicklung in der Sterbebegleitung
2. Besuch in einem stationären Hospiz
3. Besuch in der Palliativstation in Großhadern – interdisziplinär; erste Begegnung mit der Palliativmedizin
4. Sterben der Nachbarin
5. Initiative zur Gründung des Netzwerkes Hospiz Traunstein/Südostbayern

Tatsache ist:

Unendlich viele Menschen in Deutschland müssen auf ihrem letzten Lebensweg mehr leiden – körperlich und seelisch – als notwendig wäre.

Warum? Weil wir die heutigen Möglichkeiten der Hilfe und Begleitung in diesem Lebensabschnitt den Menschen nicht entsprechend zugänglich machen. (z.B. Schmerztherapie)

Das ist eine unerträgliche Situation!

In der üblichen Sprache der Politik ein „Skandal“! Nur – wer regt sich darüber auf?

Die Bringschuld der Politik – die angesichts der Debatte um die „Sterbehilfe“ eine besondere Aktualität und Dringlichkeit hat!

Palliativmedizin

- Hauptziel: bestmögliche Lebensqualität
- gute Symptomkontrolle einschließlich der Schmerztherapie
- die Integration der psychischen, sozialen und seelischen Bedürfnisse des Patienten, seiner Angehörigen und Freunde,
- die Akzeptanz des Sterbens als einen natürlichen Prozess,
- die Ablehnung aktiver Sterbehilfe.

Bedürfnisse am Lebensende

- Im Sterben nicht alleine gelassen zu werden, sondern an einem vertrauten Ort, möglichst Zuhause, im Kreise der Familie zu sein oder in einer anderen vertrauten Umgebung (wie im Pflegeheim).
- Im Sterben nicht unter starken körperlichen Beschwerden leiden zu müssen.
- Die Regelung der letzten Dinge (unerledigte Geschäfte).
- Das Stellen der Sinnfrage (z. B. nach dem Sinn des Lebens und des Sterbens) und das Erörtern der Frage nach dem „Danach“.

Angesichts der unterschiedlichen Lebenssituationen und Lebensräume braucht es ein Netzwerk der unterschiedlichen Angebote und Einrichtungen.

Etwas pauschal gesprochen eine zweigliedrige Struktur, deren Einrichtungen/Maßnahmen wie in einem Netzwerk miteinander verbunden sind.

Das sind einmal *die ambulanten* Angebote und Maßnahmen, z.B. für die Familiensituation und die Pflegeheime. Etwa 70 % der Menschen möchten im vertrauten sozialen Umfeld sterben.

Die andere Achse sind *die stationären* Angebote.

Die Palliativstationen in den Krankenhäusern und die stationären Hospize.

Dazu braucht es dann eine spezialisierte Struktur für die Kinder.

Von entscheidender Bedeutung ist die Vernetzung der verschiedenen Angebote und Strukturen!

Besonders dringlich ist der Ausbau der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung! Dafür sind die entsprechenden Leistungen der Krankenkassen wichtig, ja unabdingbare Voraussetzung. Dies gilt insbesondere für die Finanzierung entsprechend spezialisierter Palliativ- Pflegekräfte.

(Erfahrungen im Netzwerk Hospiz Südostbayern)

Bei der SAPV haben wir bereits eine positive Entwicklung – weil dies durch die Kas-
sen finanziert wird!

Es fehlen derzeit noch gesetzlich geregelte Angebote für

- Schwerstkranke und sterbende Menschen – die keiner spezialisierten – wohl aber einer allgemeinen – Palliativversorgung im ambulanten Bereich bedürfen
- Schwerstkranke und sterbende Menschen in Pflegeheimen allgemein
- Schwerstkranke und sterbende demenzerkrankte Menschen in Pflegeheimen
- Schwerstkranke und sterbende Menschen in Allgemeinkrankenhäusern, die keiner Versorgung auf einer Palliativstation bedürfen, sehr wohl aber palliativer Behandlung.

Für den Aufbau entsprechender Versorgungsnetze ist auch eine finanzielle Unterstützung der notwendigen organisatorischen und finanziellen Leistungen Voraussetzung. Angesichts des Umfangs der Aufgaben und des allgemeinen Versorgungsauftrags reicht es nicht aus, sich nur auf das ehrenamtliche Engagement zu stützen und zu verlassen.

„Wir sind in einer kritischen Phase des Übergangs aus der Pionierzeit mit ihren besonderen Bedingungen mit dem überdurchschnittlichen Engagement der Pioniere. Das gilt für den ganzen Bereich der ehrenamtlichen Hospizbewegung und es gilt für den Aufbau der Palliativmedizin.

Wenn es nur mit den Bedingungen, Anforderungen und Leistungen der Pionierphase funktioniert, ist das bestehende nicht dauerhaft und hat der Ausbau und die Weiterentwicklung nicht die notwendige Perspektive!“ (Aus einem Gespräch mit Palliativmedizinern)

Vorschläge für ein Aktionsprogramm Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

1. Hospiz- und Palliativversorgung ist eine gemeinsame Aufgabe von Staat und Gesellschaft. Damit auch aller politischen Ebenen und aller Akteure im Gesundheitswesen. Diese Aufgabe muss ein Schwerpunkt der Gesundheitspolitik werden. Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Er muss darauf vertrauen können, dass er in seiner letzten Lebensphase mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert wird und dass Entscheidungen unter Achtung seines Willens getroffen werden. Ein Sterben in Würde hängt wesentlich von den Rahmenbedingungen ab, unter denen Menschen miteinander leben. Einen entscheidenden Einfluss haben gesellschaftliche Wertvorstellungen und soziale Gegebenheiten, die sich auch in juristischen Regelungen widerspiegeln. Den Bestrebungen nach einer Le-

galisierung der Tötung auf Verlangen durch eine Perspektive der Fürsorge und des menschlichen Miteinanders entgegenzuwirken, ist oberstes Ziel.

2. Die Versorgung sicherstellen:

In Deutschland sollen in absehbarer Zeit ausreichend und flächendeckend Angebote der allgemeinen und spezialisierten ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativversorgung zur Verfügung stehen. Hierzu bedarf es präziser gesetzgeberischer Maßnahmen und planvollen Handelns. Die regionale Vernetzung bedarf der politischen Unterstützung vor Ort.

3. Die Finanzierung sichern:

Der Zugang zu den Leistungen der allgemeinen und spezialisierten ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativversorgung soll für alle Bürger unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status zur Verfügung stehen. Diese sind auf der Basis einheitlicher Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zu vergüten.

4. Das ehrenamtliche Engagement der Hospizbewegung ideell und finanziell verstärkt fördern:

Dazu gehört Aus-, Fort- und Weiterbildung gewährleisten. Die in der allgemeinen und spezialisierten ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativversorgung haupt- und ehrenamtlich Tätigen sollten über die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen und Zugang dazu haben. Im Rahmen der regionalen Vernetzung kommt der gemeinsamen, interdisziplinären Aus-, Fort- und Weiterbildung besondere Bedeutung zu.

5. Für den weiteren Ausbau sind entsprechende gesetzliche Regelungen notwendig:

- §§ 37 in Verbindung mit 132 a SGB V, damit in der häuslichen Krankenpflege ambulant Leistungen der Allgemeinen Palliativpflege abgerechnet werden können
- § 37 b SGB V müsste (aus Gründen der Systematik zu § 37 c SGB V) werden, der neue § 37 b SGB V sollte den Anspruch auf Allgemeine Palliativversorgung (ambulant und stationär) regeln
- In § 92 SGB V ist aufzunehmen, dass der GBA auch die Richtlinienkompetenz für die APV hat
- Neu geschaffen werden müsste § 87c SGB XI, der in Form eines Zusatzentgeltes (analog § 87 b SGB XI) die allgemeine Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in stationären Einrichtungen der Alten-, Behinderten- und Jugendhilfe regelt
- § 39 a SGB V: In Absatz 1 Mindestzuschuss für stationäre Hospize auf 9 v.H. erhöhen
- § 39 a SGB V: In Absatz 2 auch die Palliative Beratung und die Trauerbegleitung in der Finanzierung der ambulanten Hospizarbeit berücksichtigen

Eine ausführlichere Beschreibung steht zur Verfügung.

Die notwendigen inhaltlichen und organisatorischen Maßnahmen für einen systematischen Aufbau einer entsprechenden Versorgungsstruktur sind in der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ und in dem Projekt „Charta-Prozess schwerstkranker und sterbender Menschen“ beschrieben.

Mai 2014

Alois Glück

Präsident des Zentralkomitees der deutschen Katholiken

Vorsitzender des Netzwerkes Hospiz Südostbayern

Dr. Erich Rösch

Bayerischer Hospiz- und Palliativverband