

## Meldungen aus 2009

### IV. Quartal

Hannover (dpa/Ini) - Prozess gegen Krebsärztin ins neue Jahr vertagt: Der Prozess gegen eine wegen 13-fachen Totschlags angeklagte Ärztin ist am Montag in Hannover ohne weitere Anhörungen in das neue Jahr vertagt worden. Der Verteidiger Matthias Waldrapp sei aufgrund einer Grippe nicht verhandlungsfähig, begründete sein Vertreter am Landgericht den Antrag auf Unterbrechung der Hauptverhandlung. Eigentlich sollten medizinische Sachverständige gehört werden. Der Internistin wird vorgeworfen, mit hoch dosierten Schmerzmitteln 13 Menschen in einer Klinik bei Hannover getötet zu haben. Sie sagte kürzlich, die Therapie sei in jedem Fall medizinisch begründet gewesen. Der Prozess wird am 4. Januar fortgesetzt (dpa, 21.12.2009).

BERLIN - Heftiger Streit um Suizidbeihilfe entbrannt: Zwischen der Bundesärztekammer (BÄK) und der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz-Stiftung ist ein heftiger Streit darüber entbrannt, ob die gewerbsmäßige Beihilfe zum Suizid durch ein neues Gesetz verboten werden soll oder nicht. Der Präsident der BÄK, Professor Jörg-Dietrich Hoppe, stufte das geltende Strafrecht als ausreichend ein, um der kommerziellen Sterbehilfe einen Riegel vorzuschieben. Gewerbliche Beihilfe zum Selbstmord komme "praktisch" einer "Tötung auf Verlangen" gleich, sagte er vor Journalisten in Berlin. Die Tötung auf Verlangen sei nach Paragraph 216 Strafgesetzbuch (StGB) ausdrücklich untersagt. "Davon soll es auch keine Ausnahmen geben", betonte Hoppe. Töten dürfe auch in Zukunft nicht "zum Handwerkszeug der Medizin" gehören. Dass es auch in Zukunft einen Sterbetourismus aus Deutschland in Länder gebe, in denen die Beihilfe zum Suizid erlaubt sei, lasse sich nicht ausschließen. "Wer partout aus dem Leben scheiden will, dem wird man den Weg in die Schweiz wohl nicht verbieten können", sagte Hoppe. Die Deutsche Hospiz-Stiftung wiederholte dagegen ihre Forderung, die organisierte Suizidbeihilfe zu verbieten. "Davon zu sprechen, es sei gesetzlich bereits alles geregelt, ist falsch und fahrlässig", sagte der Geschäftsführende Vorstand der Organisation, Eugen Brysch. BÄK-Chef Hoppe bringe die "Kategorien durcheinander" und verwechsle den Straftatbestand der "Tötung auf Verlangen" mit der Beihilfe zum Suizid beziehungsweise der kommerziellen Suizidbeihilfe, so Brysch. "Die praktischen Erfahrungen der vergangenen 20 Jahre haben deutlich gezeigt: Um professionellen Selbsttötungsvereinen konsequent einen Riegel vorzuschieben, gibt es keine Alternative zu einer Änderung des Strafrechts. Einen "Tod aus den Gelben Seiten" dürfe es in Deutschland nicht geben. Brysch forderte die Bundesärztekammer auf, hier für die nötige Klarheit zu sorgen. Hintergrund des Streits sind Pläne der Bundesregierung, die "gewerbsmäßige Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung" unter Strafe zu stellen. So ist es im Koalitionsvertrag von Union und FDP festgehalten. Ein Strafmaß wird aber nicht genannt. In Deutschland hatten zuletzt viele Fälle von assistiertem Suizid durch die beiden Schweizer Sterbehilfe-Organisationen "Dignitas" und "Exit" sowie den früheren Hamburger Justizsenator Roger Kusch für öffentliches Aufsehen gesorgt (Ärzte Zeitung, 17.12.2009).

BERLIN - KBV- Ambulante Palliativversorgung in den Kollektivvertrag: Der Vize der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Dr. Carl-Heinz Müller hat scharfe Kritik an der noch immer schleppenden Umsetzung des Rechtsanspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) geübt. Nach wie vor gebe es keine flächendeckende und ausreichende Versorgung, sagte er auf der KBV-

Vertreterversammlung am Freitag in Berlin. Die SAPV wurde mit der Gesundheitsreform zum 1. April 2007 eingeführt. Todkranke GKV-Versicherte haben seitdem einen Anspruch auf eine interdisziplinäre häusliche Versorgung. 2009 standen hierfür 240 Millionen Euro zur Verfügung. Bis heute sind jedoch nur einige wenige Verträge geschlossen worden, da die alte schwarz-rote Regierung Einzelverträge zwischen Kassen und Anbietern vorgegeben hat. Nach Ansicht Müllers ist das jedoch ein schwerer Konstruktionsfehler. Die KBV plädiert daher für eine Einbeziehung der SAPV in den Kollektivvertrag (Ärzte Zeitung, 08.12.2009).

Dortmund – Hospize verlangen weiterhin Eigenanteil: Mehrere Hospize verlangen nach Angaben der Deutschen Hospiz Stiftung trotz einer Änderung der Rechtslage weiterhin einen Eigenanteil von ihren Patienten. Dies sei seit dem 1. August jedoch nicht mehr zulässig, berichtete die Stiftung am Dienstag in Dortmund. Laut der Neufassung des entsprechenden Gesetzes übernehme die Krankenkasse 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Die verbleibenden zehn Prozent trage das Hospiz, das diesen Betrag dem Patienten nicht in Rechnung stellen dürfe. Hospize sind Einrichtungen zur Pflege und Betreuung Sterbender. Die Stiftung sei wiederholt von Patienten, Angehörigen und Sozialhilfeträgern angesprochen worden, hieß es weiter. Wie viele Einrichtungen die Rechtslage nicht umsetzten, sei unklar. „Eine Internetrecherche hat ergeben, dass 53 der 163 Hospize in Deutschland auf ihren Webseiten nach wie vor behaupten, Patienten müssten einen Eigenanteil bezahlen“, sagte Stiftungsvorstand Eugen Brysch. Andere Hospize bäten bei der Aufnahme von Patienten um eine Spende. Schließlich gebe es Einrichtungen, in denen Rechnung und Spendenbitte miteinander verquickt würden. „Ein solches Vorgehen könnte nach Meinung von Rechtsexperten sogar den Straftatbestand des Betruges erfüllen“, so Brysch (dpa, 24.11.2009)

Halle – Krebskranke Frau verhungert: Bewährung für Ehemann: Er ließ seine krebserkrankte Ehefrau zu Hause verhungern und verdursten. Nun hat das Amtsgericht Halle am Montag einen 55 Jahre alten Mann zu einem Jahr und drei Monaten Haft verurteilt. Die Strafe wurde für zwei Jahre auf Bewährung ausgesetzt. Der arbeitslose Betonbauer aus Löbejün in Sachsen-Anhalt wurde der fahrlässigen Tötung durch Unterlassen für schuldig befunden. Er hatte über seinen Verteidiger gestanden, seine Frau mindestens vier Monate nicht ausreichend versorgt zu haben. Das sei allerdings auf ihren Wunsch hin geschehen. Als die 1,62 Meter große Frau im September 2008 starb, wog sie laut Gutachter nur noch 27 Kilogramm. Der Angeklagte hatte vor Gericht angegeben, dass seine Frau keinen Arzt gewollt habe. Dies habe er akzeptiert. „Er hätte auch gegen den Willen seiner Frau handeln müssen“, sagte Richter Hans Maynicke in der Urteilsbegründung. Der 55-Jährige nahm das Urteil regungslos auf. Sein Schwager sagte als einziger Zeuge in dem eintägigen Prozess aus, seine Schwester habe Hilfe abgelehnt. Laut Gutachter Manfred Kleiber führten Flüssigkeitsverlust und Nahrungsmangel zum Tod der Frau. „Sie ist verhungert und verdurstet.“ Die Frau habe mindestens ein Jahr lang an Krebs gelitten. „Sie war hochgradig abgemagert, eine erschreckend dünne Frau“, sagte der Professor für Rechtsmedizin von der Universität Halle. Das Paar war seit 1977 verheiratet, hatte einen gemeinsamen Sohn und eine Tochter aus der ersten Ehe der Frau. Der Mann war seit 1995 ohne Job. Das Paar lebte in dem kleinen Ort Löbejün bei Halle in sehr schlichten Verhältnissen, die geistig behinderte Tochter der Frau und ihr Bruder wohnten auf dem Grundstück (Ärzte Zeitung, 23.11.2009)

Rostock – Neue Palliativstation an Rostocker Uni-Klinik: Sozialministerin Manuela Schwesig (SPD) hat am Samstag eine neue Station zur Behandlung todkranker Patienten am Rostocker Uni-Klinikum eröffnet. Die für 350.000 Euro eingerichtete Abteilung mit zehn Betten ist nach Angaben des Krankenhauses das landesweit erste Palliativ-Zentrum an einer Universitätsklinik. Dort sollen künftig besondere Schmerztherapien für Schwerkranke angeboten werden. Der Medizinprofessor Christian Junghanß leitet ein Ärzteteam mit Spezialisten aus mehreren Fachdisziplinen. Auch Sozialarbeiter, Pfleger, Psychologen und Seelsorger kümmern sich um die Patienten. Auf der Station sollen zudem Medizinstudenten ausgebildet werden (dpa, 21.11.2009)

Halle – Mann lässt krebskranke Frau verhungern: Mehr als ein Jahr nach dem qualvollen Tod seiner krebskranken Frau muss sich ein Mann aus Löbejün in Sachsen-Anhalt wegen fahrlässiger Tötung vor Gericht verantworten. Er habe sich nicht um die Frau gekümmert und nicht verhindert, dass sie zu Hause auf einem Sofa verhungerte und verdurstete, teilte das Amtsgericht Halle am Donnerstag mit. Die Frau wog am Schluss nur noch 27 Kilogramm. Der 1955 geborene Angeklagte soll die ein Jahr ältere Frau vier Monate lang nicht ausreichend versorgt und gepflegt haben. Der Prozess beginnt am Montag. Seit Mai 2008 habe die Schwerkranke auf einem Küchensofa gelegen, seit Mitte September keine Nahrung und Flüssigkeit mehr zu sich genommen. Am 30. September 2008 starb sie. Laut einem Gutachten wäre eine stationäre Einweisung auch am Tag vor dem Tod „mindestens lebensverlängernd“ gewesen, hieß es (dpa, 20.11.2009)

Berlin – Antisemitismus von Dignitas-Chef unerträglich: Die Deutsche Hospizstiftung (DHS) wirft dem Chef der Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas, Ludwig Minelli, tiefsten Antisemitismus vor, mit dem er „die zynischen Machenschaften seiner Suizidorganisation rechtfertigen will“. Das sei unerträglich. In der britischen Tageszeitung „Guardian“ hatte Minelli gesagt: „Im Zweiten Weltkrieg haben wir an der Grenze Juden abgewiesen, die später im KZ gestorben sind. Jetzt zwingen wir Menschen, die ihr Leben in der Schweiz beenden möchten, weiterzuleben. Wo ist der Unterschied? Was ist grausamer?“ Der DHS-Vorstand, Eugen Brysch, forderte Bundesaußenminister Guido Westerwelle auf, sich einzuschalten und in der Schweiz diejenigen Kräfte zu stärken, die dem Geschäftemachen mit dem Selbstmord ein Ende machen wollen. Die Schweizer Regierung hatte Ende Oktober beschlossen, über die Möglichkeit zu beraten, Sterbehilfe-Organisationen zu untersagen. Als zweite Option will der Bundesrat prüfen, die Aktivitäten solcher Organisationen stärker zu reglementieren. Brysch erinnerte daran, dass es Gesundheits- und Rechtspolitiker der FDP waren, die Minelli 2005 ein Forum im Deutschen Bundestag geboten haben. „Westerwelle muss jetzt sowohl in seiner Partei als auch als Außenminister entschlossen gegen den so gefährlichen wie menschenverachtenden Einheizer Minelli Position beziehen.“ Brysch erklärte weiter: „Die Sogwirkung einer solchen Regelung, wie sie in der Schweiz im Augenblick existiert, ist fatal.“ Gleichzeitig begrüßte er das Vorhaben der schwarz-gelben Koalition, ein Suizidvermittlungsverbot zu erlassen. Justizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) müsse jetzt durch eine klare strafrechtliche Regelung das Geschäftemachen mit der Suizidvermittlung beenden (Deutsches Ärzteblatt, 19.11.2009)

Paris / Frankreich – Opposition für Aktive Sterbehilfe: Die französischen Sozialisten wollen aktive Sterbehilfe künftig gesetzlich zulassen. Auf die Bitte eines unheilbar Kranken im Endstadium sollen jeweils vier Ärzte prüfen, ob es sich um eine freie und überlegte Entscheidung handle. Ein

entsprechender Gesetzentwurf soll von diesem Donnerstag an in der französischen Nationalversammlung diskutiert werden. „Sterbehilfe wird längst praktiziert, ohne das sie gesetzlich anerkannt ist“, betont der Mitverfasser des Gesetzentwurfs, Manuel Valls. Die Heuchelei müsse ein Ende haben. Die Justiz könne nicht jeden Fall einzeln entscheiden. Der Gesetzentwurf hat aufgrund der Mehrheitsverhältnisse allerdings wenig Chancen, verabschiedet zu werden. Die Sozialisten wollen aber auf diese Weise die Debatte über Sterbehilfe erneut anregen. In Frankreich ist aktive Sterbehilfe verboten. Seit 2005 ist es aber erlaubt, Patienten im Endstadium Schmerzmittel zu verabreichen, auch wenn diese das Sterben beschleunigen können. Im vergangenen Jahr hatte der Fall einer Frau Aufsehen erregt, die wegen eines entstellenden unheilbaren Krebstumors im Gesicht vergeblich um Sterbehilfe gebeten hatte. Sie war schließlich nach der Einnahme einer Überdosis Schlafmittel gestorben (dpa, 18.11.2009)

Brandenburg – Großer Andrang beim 1. Brandenburger Palliativkongress: Der Andrang war riesengroß auf dem ersten landesweiten Palliativkongress, den die Akademie für Palliative Care im Land Brandenburg g.e.V. veranstaltet hat. Bereits auf dem Parkplatz war anhand der vielen auswärtigen Autokennzeichen von Stuttgart bis Marburg, von Ulm über Bonn bis Berlin, deutlich erkennbar, dass das Kongressthema „Leben lohnt sich immer“ bundesweit Interessenten angesprochen hat. Etwa 400 Teilnehmer – Ärzte, Pflegekräfte, Ehrenamtliche – drängten sich im voll besetzten Audimax der FHB. Als Gastreferent für den Hauptvortrag war der Norweger Stein Husebø, Palliativmediziner am Universitätsklinikum Bergen und Gründungsmitglied der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin, eingeladen. Doch dann die Katastrophe: Husebø musste am Donnerstag, also zwei Tage vor Kongressbeginn, wegen einer plötzlichen Erkrankung absagen. Ersatz war so kurzfristig nicht zu organisieren. Und so kam das Auditorium in den Genuss eines sehr persönlich gehaltenen Vortrags von Hartmut Jäckel, Vorstandsvorsitzender der Akademie für Palliative Care und Leiter/Koordinator eines der ersten SAPV-Teams (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) in Deutschland. Jäckel sprach über die Hoffnung als Antrieb im Leben eines jeden Menschen. Was aber tun, wenn alle Hoffnung vergebens scheint? Wenn alle Therapien versagen, Heilung vermutlich nicht mehr möglich ist? Wenn Kranke mit dem erschreckenden Wort „austherapiert“ konfrontiert werden? Müssen die Betroffenen in dieser Situation auf Hoffnung verzichten? „Nein“, lautet Jäckels Botschaft. Denn Hoffnung kann auch derjenige haben, der nicht mehr auf Heilung hoffen kann. Nämlich auf effektive palliativ-medizinische Betreuung, die seine Schmerzen lindert und Lebensqualität ermöglicht. Hoffnung auf menschliche Nähe und Zuwendung, die ihm Ängste nimmt. Hoffnung so verstanden bedeute auch dann noch Sinn im Leben zu finden, wenn die letzten Tage angebrochen sind. Eben noch Patient, der mit modernster Medizintechnik und Medikamenten behandelt wird und auf Heilung hofft. Und plötzlich geht nichts mehr. Der Kranke wird auf die Palliativstation überwiesen. Endstation? So ginge das natürlich nicht, meinte der zweite Hauptredner Georg Maschmeyer vom Zentrum für Hämatologie, Onkologie und Strahlenheilkunde des Klinikums Ernst von Bergmann in Potsdam. Man müsse das Palliativangebot frühzeitig an den Patienten heranbringen. Hoffnung habe dabei einen wichtigen Stellenwert, stellt auch er in seinem Beitrag „Palliativmedizin im Land Brandenburg – eine Standortbestimmung“ fest. Seine Darstellung der vielseitigen und teilweise gut vernetzten Palliativangebote machte deutlich, dass Brandenburg auf diesem Gebiet in der Bundesrepublik eine Vorreiterrolle spielt. Wilfried Pommerien, Chefarzt für Innere Medizin am Städtischen Klinikum Brandenburg, hält eine wissenschaftliche Begleitung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für wünschenswert. Davon erhofft er sich Erkenntnisse zu den Fragen: Wie ändert sich bei den Patienten die Wahrnehmung ihrer Versorgung?

Und wie ist es mit palliativ-medizinischer Betreuung zu schaffen, unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden? Wer Schwerstkranke und Sterbende medizinisch und pflegerisch betreut, der muss auch auf sich und seine eigenen Kräfte achten. „Selbstfürsorge“ war daher ein wichtiges Thema. Auch psychologische Aspekte in der Arbeit mit den Angehörigen wurden diskutiert, sowie Spiritualität als Hilfe zum Leben (Märkische Allgemeine, 16.11.2009)

Rostock – Ärzte wollen bessere Betreuung todkranker Kinder: Die Betreuung todkranker Kinder zu Hause muss nach Ansicht von Ärzten verbessert werden. Zwar gebe es in Deutschland ein Gesetz, das die Betreuung unheilbar kranker kleiner Patienten in vertrauter Umgebung zum Ziel habe, erklärte der Rostocker Kinder-Onkologe Carl Friedrich Classen am Donnerstag. Die Umsetzung komme jedoch nur langsam voran. Dass das „Gesetz zur Spezialisierten Ambulanten Palliativ-Versorgung“ noch nicht angemessen in der Praxis angekommen sei, liegt laut Classen an einer unzureichenden Startfinanzierung, schleppenden Verhandlungen mit den Krankenkassen sowie fehlendem geschultem Personal (dpa, 12.11.2009)

London / Großbritannien – Atemgerät von behindertem britischen Baby soll abgeschaltet werden: Nach einem schwierigen Gerichtsprozess über das Schicksal eines schwer behinderten Babys in Großbritannien soll nun das Atemgerät des Jungen abgeschaltet werden. Alle vor Gericht anwesenden Parteien seien übereingekommen, dass es im Interesse des Kindes sei, „der von den Ärzten empfohlenen Maßnahme zu folgen“, sagte Richter Andrew McFarlane am Dienstag in London. Vorangegangen war ein Streit zwischen den mittlerweile getrennten Eltern des Kindes. Die Mutter hatte sich auf Seiten der Ärzte gestellt, der Vater wollte, dass sein an einer seltenen neuromuskulären Krankheit leidender Sohn weiterlebt. Am Dienstag zog er seine Ablehnung der Maßnahme jedoch zurück. Der Junge konnte seit seiner Geburt im Oktober vergangenen Jahres nur über das Atemgerät und einen Ernährungsschlauch in der Nase am Leben gehalten werden. Seine Krankheit machte es ihm außerdem fast unmöglich, sich zu bewegen oder Gesichtsausdrücke zu zeigen. Der Vater hatte sich zunächst mit dem Argument gegen das Abschalten der Geräte gestellt, sein Sohn könne hören und sehen sowie seine Eltern erkennen. Am siebten Tag des Prozesses in London erklärten die Anwälte des Vaters jedoch, dieser sei nun auch überzeugt, dass jegliche Behandlungen „nicht mehr im Interesse des Kindes“ seien (Deutsches Ärzteblatt, 11.11.2009)

Berlin – Allgemeine Palliativversorgung sollte in Netzen organisiert werden: „Viele Patienten sind nicht ausreichend versorgt in der letzten Lebensphase“, sagte der Palliativmediziner Professor Friedemann Nauck beim Bundeskongress der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung. Patienten und Angehörige klagten nach seinen Angaben oft auch über Informationsdefizite. Hausärzte wiederum bemängeln die fehlende Abstimmung mit Klinikkollegen, besonders bei der Entlassung. Diese Probleme können aus Naucks Sicht am besten durch Netzstrukturen gelöst werden. Solche Netze müssen laut Nauck an regionale Gegebenheiten angepasst und multiprofessionell aufgebaut werden. „Wir wissen, dass dadurch unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden“, so der Göttinger Palliativmediziner. Ein besonderes Augenmerk muss dabei seiner Meinung nach den Patienten in Pflegeheimen gelten. „Wir müssen zu einer Haltung kommen, bei der in Pflegeheimen wieder gestorben werden darf“, so Nauck. In Niedersachsen ist vor kurzem ein Vertrag zur

spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gestartet. Dabei habe man „finanziell nicht gut abgeschnitten“, so Nauck. Um auch die Angebote der allgemeinen Palliativversorgung zu vernetzen, haben die Beteiligten dort einen Runden Tisch ins Leben gerufen, bei dem sich nach Naucks Angaben alle drei Monate die Parteien treffen. Als erfolgreiche Maßnahme wertet er vor allem die Gründung von Qualitätszirkeln unter der Moderation von niedergelassenen Ärzten mit Beteiligung von Klinikkollegen. „Wir müssen die Rolle des Hausarztes stärken. Das geht aber nur mit Fortbildung“, sagte Nauck. Unentbehrlich sei zudem Case Management. Pflegekräfte sind dafür seiner Meinung nach am besten geeignet. Schließlich müsse auch der Übergang zur SAPV klar geregelt sein. Die größten Probleme für palliativmedizinische Netze sieht er in fehlenden Verantwortlichkeiten, mangelndem Teamgeist und Kommunikationsfehlern bei der Informationsweitergabe. Um dem zu entgegen, seien strukturelle Voraussetzungen nötig. Dazu zählten eine zentrale Informationsplattform, Fallkonferenzen, eine Vertretungsregelung und die Dokumentation und Evaluation der Netzaktivitäten (Ärzte Zeitung, 9.11.2009)

Frankfurt am Main – Palliativ-Teams fehlt qualifiziertes Personal: Mit den Verträgen zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) betreten Ärzte und Krankenkassen Neuland. Zwar häufen sich derzeit die Meldungen über Vertragsabschlüsse - doch auf welchem Qualitätslevel die Palliativ-Care-Teams vor Ort arbeiten können, hängt unter anderem davon ab, wie viel die Krankenkassen bereit sind, in die SAPV zu investieren. Palliativexperten fordern eine Evaluation der Versorgungsqualität. Die SAPV ist mit der letzten Gesundheitsreform am 1. April 2007 als individueller Leistungsanspruch in das Sozialgesetzbuch V eingeführt worden. Nach einem zögerlichen Start gab es nach Angaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Spätsommer bundesweit 30 Verträge nach Paragraph 132d SGB V, weitere 65 Verträge wurden verhandelt. Diese Zahl an Vertragsabschlüssen bedeutet allerdings nicht, dass sich bereits 30 Palliativ-Care-Teams in den Regionen um Schwerstkranke kümmern. Nach Angaben von Dr. Thomas Schindler, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in Berlin, sind von der KBV erst 20 Betriebsstättennummern an SAPV-Teams vergeben worden. Ohne eine solche Nummer können die Palliativmediziner keine Leistungen abrechnen. Ein weiterer Hemmschuh: Es fehlt an Personal. Beispiel Hessen: Dort gibt es Verträge mit allen gesetzlichen Kassen. Vorreiter waren die Ersatzkassen, seit kurzem haben auch AOK, IKK, Landwirtschaftliche Krankenkasse und Knappschaft mit der Landesarbeitsgemeinschaft Palliativversorgung einen Vertrag geschlossen. Interdisziplinäre SAPV-Teams arbeiten derzeit in Darmstadt, Wiesbaden, Offenbach, Hanau, Fulda, Bad Hersfeld, Kassel, Marburg und Gießen - allerdings mit Einschränkungen. "Die Mitarbeiter arbeiten größtenteils noch nicht ausschließlich in der Palliativversorgung, da die Finanzierung noch immer unsicher ist", sagt der Schmerzmediziner Dr. Thomas Sitte aus Fulda. Um in Hessen flächendeckend SAPV anbieten zu können, rechnet er mit einem Bedarf von zehn bis 15 weiteren Teams. Dazu brauche es qualifiziertes Personal, das es seiner Meinung nach derzeit nicht ausreichend gibt. Diesen Eindruck hat auch Thomas Schindler. Ein Team mit acht Vollzeitkräften könne ein Einzugsgebiet von etwa 250 000 Einwohnern abdecken. Hochgerechnet schätzt er, dass bundesweit etwa 330 Teams im Einsatz sein müssen, um eine flächendeckende Versorgung sicherstellen zu können. Nach seinen Beobachtungen gibt es derzeit viele Stellenangebote und nur wenig Bewerber. „Wenn ein Vertrag auf ein Jahr befristet ist oder die Vertragsmodalitäten erst noch mit den Kassen ausgehandelt werden müssen, überlegen es sich viele, ob sie sich bewerben sollen.“ Die Anforderungen an die Leistungserbringer sind hoch. Ärzte brauchen eine Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, zudem müssen sie Erfahrungen in der ambulanten oder stationären Palliativversorgung mitbringen. Nach

Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sind Abweichungen von diesen Vorgaben möglich, wenn dies aus Sicherstellungsgründen erforderlich ist. Entscheiden können dies die Vertragspartner vor Ort. Für Thomas Schindler ist eine wissenschaftliche Evaluation auch aus diesem Grunde unerlässlich. „SAPV ist nicht gleich SAPV“, sagt er. Es gebe zwar Mindeststandards, Höhe und Art der Finanzierung seien jedoch von Vertrag zu Vertrag unterschiedlich. „Da gehen die Kassen strategisch vor“, sagt er. Letztlich müssten sich die SAPV-Verträge an der Versorgungsqualität messen. Ein Vertrag werde erst in der Versorgungspraxis zeigen, ob er auch mit hoher Qualität umgesetzt werden kann. Schindler: „Das ist dann zum Beispiel abhängig davon, wie viel qualifiziertes Personal vor Ort ist, wie die Teams aufgestellt sind und ob sie rund um die Uhr erreichbar sind.“ (Ärzte Zeitung, 6.11.2009)

Kiel – Kaum noch weiße Flecken bei der SAPV: Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Norden ist bald flächendeckend vorhanden. Landesweit gibt es noch zwei weiße Flecken. Im Kreis Herzogtum-Lauenburg ist man sicher, mit dem gerade unterzeichneten SAPV-Vertrag schwerstkranke Patienten bis zum Lebensende in der häuslichen Umgebung gut betreuen zu können. Das ist im Norden schon bald selbstverständlich: Denn mit der Vereinbarung für den Südosten des Landes fehlen für eine flächendeckende Versorgung jetzt nur noch die Region um Neumünster und der Nordteil des Landes. Die Krankenkassen erwarten, dass auch für diese Regionen bis zum Jahresende Verträge geschlossen werden können. Dies sah noch Mitte des Jahres ganz anders aus. Denn die Kooperationspartner der Kassen müssen bestimmte Anforderungen erfüllen. Dazu gehört etwa die Einbindung von Palliativmedizinern, die neben der 160-stündigen Weiterbildung auch Berufserfahrung mitbringen sollen. Weil diese schwer zu finden sind, legen die Krankenkassen die Regelung flexibel aus - mit Erfolg, wie sich jetzt zeigt. „Das Interesse der Ärzte an einer Teilnahme ist hoch“, sagte Armin Tank vom vdek der "Ärzte Zeitung". Eingebunden sind sowohl niedergelassene Ärzte als auch Klinikärzte. Die Verträge in den einzelnen Regionen sind landesweit einheitlich, dies betrifft auch die Vergütung der Ärzte. Da derzeit niemand weiß, wie viele Patienten nach dem SAPV-Modell versorgt werden, sollen die Verträge nach Vorliegen erster Erfahrungen angepasst werden. Vertragspartner der Krankenkassen sind oft Pflegeorganisationen. Im Herzogtum-Lauenburg etwa haben sich die Pflegedienste der vier Wohlfahrtsverbände ASB, Arbeiterwohlfahrt, Diakonie und DRK zum Netzwerk Palliative Care zusammengeschlossen. Das Netz bietet die Garantie, dass im gesamten Kreis und im angrenzenden Südstormarn speziell fortgebildete Pflegefachkräfte in der häuslichen Umgebung des Patienten zum Einsatz kommen und diese eng mit Palliativmedizinern zusammenarbeiten. Außer Pflegern und Ärzten sind auch Seelsorger, Apotheker und Hospizinitiativen eingebunden, um die Lebensqualität des Patienten auf vielen Ebenen zu verbessern. Die Krankenkassen stellen für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, die ärztlich verordnet wird, landesweit rund sechs Millionen Euro zur Verfügung (Ärzte Zeitung, 2.11.2009)

Berlin/Hannover– Käßmann sieht Grenzbereiche bei Sterbehilfe: Die neue Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD), Margot Käßmann, lehnt aktive Sterbehilfe weiterhin ab, sie hat aber Verständnis für Grenzbereiche. Sie lehne die Suizid-Beihilfe durch Schweizer Vereine wie Dignitas ab, sagte sie der in Berlin erscheinenden „Welt am Sonntag“. Als Beispiele für Grenzbereich nannte sie bestimmte Maßnahmen der Palliativmedizin, die bei Schwerstkranken lebensverkürzend sein können. Wichtig sei die Schmerzlinderung, hinter der unter Umständen zweitrangig werde, ob

man in zwei oder vier Wochen sterbe. Im Vordergrund stehe für sie die sorgende Aufmerksamkeit für Sterbende, wie sie in Hospizen praktiziert werde. Die Deutsche Hospiz Stiftung nannte Käßmanns Äußerungen „zweideutig“. Einen neuen Ton schlug Käßmann gegenüber einem Gesetz der früheren Bundesregierung an: der Regelung zu verbindlichen Patientenverfügungen. Bislang lehnte die EKD dieses Gesetz tendenziell ab. Käßmann, die selbst eine Krebserkrankung überstanden hat, sagte nun, sie persönlich könne mit dem Gesetz gut umgehen. Es halte die Balance zwischen dem Schutz der Selbstbestimmung und dem Schutz des Lebens. Sie halte es für akzeptabel, wenn sich Menschen gegen lebensverlängernde Maßnahmen wie etwa Magensonden wenden und für den Fall eines Wachkomas einen bestimmten Zeithorizont setzen, an dem dann die Maschinen abgeschaltet werden sollen. Die Deutsche Hospiz Stiftung als Patientenschutzorganisation der Schwerstkranken und Sterbenden wendet sich mit aller Entschiedenheit gegen den organisierten assistierten Suizid, wie es ihn etwa in der Schweiz gebe. In Deutschland sei die Begleitung des Suizids straflos. „Suizid zu verüben ist eine individuelle Entscheidung“, sagte Eugen Brysch vom Vorstand der Stiftung. Suizid dürfe aber niemals zu einem gesellschaftlichen Angebot werden. Brysch kritisierte, Käßmann habe sich missverständlich für einen selbstbestimmten Tod ausgesprochen. Sie wende sich dann zwar gegen aktive Sterbehilfe - aber nicht gegen organisierten assistierten Suizid. Käßmann habe zudem fälschlich behauptet, Palliativmedizin könne sehr oft auch dazu führen, dass der Tod vorzeitig eintrete. Die Realität in der Hospiz- und Palliativpflege sehe anders aus: Dort führe die Anwendung von hochprofessioneller Symptomkontrolle nicht zum Massenphänomen des frühen Todes. Palliative Sedierung sei eine therapeutische Maßnahme in Abstimmung mit den Betroffenen, der Pflege und der Seelsorge. Sie finde in der Praxis sehr selten statt. In Deutschland lägen diese Fälle unter der Promillegrenze. Ein Massenphänomen sei jedoch in Deutschland, dass 400.000 Sterbende keine Palliativpflege erhielten (Deutsches Ärzteblatt, 1.11.2009)

Genf / Schweiz – Schweizer Sterbehilfe-Organisationen müssen mit Verbot rechnen: Den Schweizer Sterbehilfe-Organisationen, deren Dienste zum Teil auch von Sterbewilligen aus dem Ausland in Anspruch genommen werden, droht ein Verbot. Die Regierung in Bern beschloss am Mittwoch, in den kommenden fünf Monaten über die Möglichkeit zu beraten, Sterbehilfe-Organisationen zu untersagen. Als zweite Option prüft der Bundesrat, die Aktivitäten der Sterbehilfe-Vereine stärker zu reglementieren. Einzelpersonen sollen allerdings in jedem Fall das Recht behalten, anderen beim Selbstmord zu helfen. Schließlich geschehe dies nicht „aus einem egoistischen Motiv“, hieß es zur Begründung in einer Erklärung der Regierung. Den Sterbehilfe-Organisationen warf der Bundesrat hingegen vor, dass sie „mehr und mehr den rechtlichen Rahmen überschreiten und sich manchmal den vom Staat eingerichteten Kontrollmechanismen entziehen“. „Es geht darum zu verhindern, dass die organisierte Hilfe beim Selbstmord sich nicht in eine profitorientierte Tätigkeit verwandelt“, hob die Regierung hervor. Außerdem müsse sichergestellt werden, dass nur todkranke Menschen Hilfe beim Selbstmord bekämen und nicht chronisch oder psychisch Kranke. In der Schweiz bieten vor allem die Organisationen Dignitas und Exit Sterbehilfe an. Dignitas steht oft in der Kritik, weil die Organisation auch Ausländern, die nicht in der Schweiz leben, ihren Todeswunsch erfüllt. Beide Organisationen kritisierten das Projekt der Regierung. Wer die Sterbehilfe unterdrücke, Sorge dafür, dass die Betroffenen „als alleingelassene Selbstmörder auf Eisenbahnstrecken oder auf hohen Brücken“ landeten, erklärte Dignitas. Exit kritisierte, mit der Initiative werde das Recht auf Selbstbestimmung aufgehoben (Deutsches Ärzteblatt, 28.10.2009)



Hannover – SAPV-Teams stehen vor Verteilungsdebatte: Der Muster-Vertrag zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Niedersachsen ist in trockenen Tüchern und bereits unterschrieben worden. Allerdings: Bis die Versorgung vor Ort startet, könnte es noch dauern. Mit den Krankenkassen verhandelt hat eine Arbeitsgruppe, die von der Niedersächsischen Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung eingesetzt wurde. Die Vereinbarung sieht vor, dass sich die Kassen mit den Verträgen an den bewährten Teams innerhalb der 32 Palliativstützpunkte in Niedersachsen orientieren. Also: Berücksichtigung der Initiativen, die sich früh auf das Terrain der ambulanten Palliativversorgung vorgewagt haben. Das erklärte Professor Winfried Hardinghaus, der die Verhandlung unter anderen von Professor Friedemann Nauck, Dr. Armin Saak auf der einen Seite und den Kassen auf der anderen Seite moderiert hat. Die teilnehmenden Ärzte und Pfleger müssen speziell weitergebildet sein. Aber den einzelnen Teams steht es frei, auch mit nicht speziell oder mit nur 40 Stunden fortgebildeten Hausärzten zu kooperieren. Zu diesem Zweck muss das SAPV-Team mit dem Hausarzt einen entsprechenden Kooperationsvertrag schließen. Für Dr. Matthias Berndt, Hausarzt und Palliativmediziner aus Hannover, ist dieser Passus ein wesentlicher Fortschritt. „Die Hausärzte haben ständig Kontakt zu den Sterbenden und ihren Familien“, so Berndt, „wenn ein Patient stirbt, wird sich seine Familie oft mehrfach am Tag selbstverständlich an den Hausarzt wenden; es ist deshalb richtig, dass dies auch honoriert werden kann.“ Die Honorierung mischt Pauschale und Einzelleistungsvergütung. Die Eingangspauschale beträgt 100 Euro, und die Pauschale für Beratung und Koordination beträgt kalendertäglich 39 Euro. Das Honorar für die Pflege, das höchstens drei Mal täglich pro Patient abgerechnet werden kann, liegt je nach Aufwand zwischen 23 und 50 Euro. Die ärztliche Behandlung kann sieben Mal pro Woche und Patient abgerechnet werden, und zwar in Höhe von 50 Euro im Normalfall und 65 Euro bei besonderem Aufwand. Allerdings bestanden die Kassen darauf, dass jedes SAPV-Team leistungsrechtlich als Einheit betrachtet wird. Das heißt: „Das Team stellt eine Rechnung und verteilt das Geld untereinander“, erklärt Hardinghaus. Die mitversorgenden Hausärzte müssen auch aus diesem Betrag vergütet werden. Eben dies könnte zum Problem werden, fürchtet Matthias Berndt. „Denn wie im Einzelfall die Eingangspauschale und die 39 Euro Koordinationspauschale verteilt werden, muss jedes Team für sich entscheiden.“ Die Auseinandersetzung über die Beteiligung der Hausärzte hat der Niedersächsische Mustervertrag nicht entschieden, sondern in die Teams hinein verlegt. Nun müssen die Teams zusammen mit den Palliativstützpunkten den Kassen Versorgungskonzepte der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung vorlegen. Unter Umständen könnte die Genehmigung durch die Krankenkasse dauern, fürchtet Hausarzt Berndt. „Die Kassen sind ja allgemein nicht erpicht darauf, mehr Geld auszugeben.“ (Ärzte Zeitung, 27.10.2009)

Berlin – „Den Tod aus den gelben Seiten verhindern“: Die Deutsche Hospiz Stiftung hat die Einigung der Verhandlungsgruppe Innen- und Rechtspolitik von Union und FDP begrüßt, die „gewerbsmäßige Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung“ zu untersagen. „Dass dem Tod aus den Gelben Seiten endlich ein Riegel vorgeschoben werden soll, ist ein wichtiger Schritt“, so der geschäftsführende Vorstand der Stiftung, Eugen Brysch. Die Einigung müsse jetzt Eingang finden in den Koalitionsvertrag. „Kommerziell betriebene Suizidbeihilfe setzt Schwerstkranke und Sterbende unter unerträglichen Druck.“ (Ärzte Zeitung, 20.10.2009)

Hannover – Langenhagener Ärztin weist Totschlagsvorwürfe zurück: Die wegen Totschlags in 13 Fällen in Hannover vor Gericht stehende Ärztin hat zum Prozessauftakt die gegen sie erhobenen Vorwürfe zurückgewiesen. Die 59-Jährige räumte am Dienstag allerdings vor dem Landgericht Versäumnisse „bei der medizinischen Dokumentation“ ein. Die Staatsanwaltschaft wirft ihr vor, als Belegärztin an einer Klinik in Langenhagen 13 Patienten zu hohe Dosen des Schmerzmittels Morphin und anderer starker Medikamente verabreicht und so deren Tod verursacht zu haben. Sie widerspreche „entschieden allen vorgetragenen Anschuldigungen“, sagte die Angeklagte unter Tränen vor Gericht. In keinem der 13 Fälle sei über die Gabe von Morphin und anderen Medikamenten der Tod „verursacht oder beschleunigt“ worden. Jeder der Patienten habe sich in der letzten Lebensphase befunden. Die Therapien mit Morphin und Diazepam seien „medizinisch indiziert“ gewesen. Sie fügte hinzu: „Bei keinem meiner Patienten habe ich den Tod bewusst herbeigeführt oder gewollt.“ Die Vorwürfe der Staatsanwaltschaft seien „unvorstellbar und haltlos“. Oberstaatsanwältin Regina Dietzel-Gropp betonte in der Anklageschrift, die Angeklagte habe als verantwortliche Internistin an der Paracelsus-Klinik in Langenhagen den Patienten Morphin „in einer unangemessen hohen Dosis“ fallweise in Kombination mit dem Beruhigungsmittel Diazepam verabreicht. Dabei sei ihr bewusst gewesen sei, dass diese Behandlung nicht „den Regeln der ärztlichen Kunst“ entspreche. Die Verteidigung rügte zu Prozessbeginn die „Verfassungswidrigkeit“ der unangemessen langen Verhandlungsdauer in dem Fall. Anwalt Matthias Waldruff sagte, es handle sich nicht „um ein faires und rechtsstaatliches Verfahren“. So habe der Gutachter der Staatsanwaltschaft, Michael Zenz, jahrelang für die Erstellung von medizinischen Gutachten benötigt und „massiv gegen das prozessuale Beschleunigungsgebot verstoßen“. In dem ersten Prozess hatte die Verteidigung bereits einen Antrag auf Befangenheit gegen Zenz gestellt. Darauf werde man dieses Mal verzichten, um den Prozess nicht weiter in die Länge zu ziehen, sagte Waldruff. Er stellte allerdings den Antrag, Zenz und Oberstaatsanwältin Dietzel-Gropp als Zeugen in dem Verfahren zu laden, um die Gründe für die lange Verzögerung aufzuklären. Der Prozess hatte schon im Februar 2008 begonnen, war aber nach rund 20 Verhandlungsterminen wegen der schweren Erkrankung eines Richters abgebrochen worden. Am Dienstag begann die Verhandlung gegen die Ärztin komplett neu. Mit einem Urteil wird nicht vor Mitte 2010 gerechnet (Deutsches Ärzteblatt, 20.10.2009)

Washington / USA – Jetzt legal: Marihuana als Medizin in USA: Die US-Regierung hat grünes Licht für den medizinischen Einsatz von Marihuana gegeben. „Es hat für uns keinen Vorrang, Ressourcen des Bundes für die strafrechtliche Verfolgung von Patienten einzusetzen, wenn dies den Gesetzen der Staaten entspricht“, teilte US-Justizminister Eric Holder mit. 14 US-Bundesstaaten haben den Einsatz von Marihuana für medizinische Zwecke legalisiert. Die Regierung von George W. Bush hatte dies jedoch strikt abgelehnt. Mit der Erklärung Holders wurde nun die unter Barack Obama eingeführte Praxis, keine strafrechtlichen Ermittlungen einzuleiten, offiziell festgeschrieben (Ärzte Zeitung, 20.10.2009)

München – Kassen in Bayern schließen unisono Palliativvertrag: Die gesetzlichen Kassen in Bayern haben den ersten kassenübergreifenden Vertrag zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) mit dem Regensburger Verein Palliamo geschlossen. Damit sei nun die Tätigkeit des Palliative-Care-Teams der Palliamo-GmbH vom 1. Juli 2009 bis Ende 2011 finanziell abgesichert, teilte die Regensburger Organisation mit. Grundlage war ein Mustervertrag, den die bayerischen Kassen

gemeinsam mit Fachleuten der Palliativmedizin, dem Bayerischen Hospiz- und Palliativverband und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern erarbeitet hatten. Auf dieser Basis solle künftig auch mit weiteren Palliativdiensten verhandelt werden, teilte ein Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der Kranken- und Pflegekassenverbände in Bayern mit. Die SAPV ist für Menschen gedacht, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie deshalb eine besonders aufwendige Versorgung benötigen. „Durch die SAPV sollen schwerstkranke Patienten bis zum Tod in ihrer vertrauten Umgebung leben und ihre Lebensqualität und Selbstbestimmung so gut wie möglich behalten können“, sagte die Palliativmedizinerin Dr. Elisabeth Albrecht. Auf diese Weise werde die Arbeit von Vertragsärzten, Pflegediensten und Hospizvereinen ergänzt (Ärzte Zeitung, 19.10.2009)

Hannover – Krebsärztin von Dienstag an wieder vor Gericht: Weil sie 13 schwer kranke Patienten mit hochdosiertem Morphin und Valium getötet haben soll, muss sich eine Krebsärztin von diesem Dienstag an erneut vor dem Landgericht Hannover verantworten. Die Anklage legt der Medizinerin Totschlag zur Last. Der erste Prozess war im vergangenen Jahr ohne Urteil geplatzt, weil ein Richter erkrankte. Die 59-Jährige hatte stets betont, sie habe lediglich die Schmerzen ihrer Patienten lindern wollen. Im ersten Prozess lieferten sich Gutachter einen erbitterten Streit darüber, ob die Kranken tatsächlich durch die Schmerzmittel starben oder durch ihre Ursprungsleiden. Viele hatten Krebs im Endstadium (dpa, 19.10.2009)

Hamburg – Neues Muster für Patientenverfügungen zum Download: Die Ärztekammer Hamburg hat ihr Muster einer Patientenverfügung den neuen gesetzlichen Regelungen angepasst. Das Muster ist Teil der Broschüre „Ich Sorge vor“ der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz. Sie steht auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg zum Download bereit. Seit dem 1. September sieht das Gesetz vor, dass eine Patientenverfügung inhaltlich so gefasst sein muss, dass ihr ohne weitere Auslegung der Patientenwille entnommen werden kann. Dafür muss der Verfasser zunächst festlegen, welche Lebens- und Behandlungssituationen er mit der Patientenverfügung regeln möchte. Im Weiteren sind die medizinischen Maßnahmen zu benennen, für die dieser Wille gelten soll. Die Festlegungen bei der Abfassung einer Patientenverfügung erfordern ein hohes Maß an Kenntnissen. „Es ist sehr bedauerlich, dass die gesetzlichen Regelungen nicht einmal eine Beratung durch eine kompetente Person des Vertrauens vorsehen“, meint Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg. Er empfiehlt wie bisher auch, neben der Patientenverfügung auch eine Vorsorgevollmacht sowie eine Betreuungsverfügung zu erstellen (Deutsches Ärzteblatt, 15.10.2009)

Kiel – Förderpreis Palliativmedizin 2009 verliehen: Der vom Unternehmen Mundipharma gestiftete Förderpreis für Palliativmedizin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. 2009 geht in diesem Jahr an drei Autoren oder Autorengruppen. Mit dem 1. Preis wurde diese wissenschaftliche Arbeit ausgezeichnet: "Variation of breathlessness trajectories in advanced cancer and COPD" der Autoren Dr. Claudia Bausewein, Dr. Sara Booth, Dr. Marjolein Gysels, Dr. Robert Kühnbach, Dr. Birgit Haberland und Professor Irene Higginson. Der Preis ist mit 5.000 Euro dotiert. Zusätzlich wurde mit 2.500 Euro gewürdigt die Arbeit: "Der Patient in der Rolle des Lehrers. Erfahrungen im Rahmen eines

Lehrprojektes an der Klinik für Palliativmedizin in Aachen" der Autoren um Professor Frank Elsner. Ebenfalls mit 2.500 Euro gewürdigt wurde die Arbeit: "Evaluation integrierter Versorgung am Beispiel ambulanter palliativer Versorgung Saarbrücken" des Autors Patrick Alexander Körber (Ärzte Zeitung, 12.10.2009)

Berlin – Palliativmedizin: Engere Kooperation angemahnt: Nach Ansicht des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands haben sich Hospizbewegung und Palliativmedizin in den vergangenen Jahren zu weit voneinander entfernt. Beide Bereiche seien aber „zwei Seiten einer Medaille“, sagte Verbandschefin Dr. Birgit Weihrauch nach einer Tagung in Ludwigsburg am vergangenen Wochenende. Deutschland brauche sowohl eine lebendige Hospizbewegung als auch eine auf individuelle Bedürfnisse abgestimmte Palliativmedizin. Nur im Zusammenspiel vieler Berufsgruppen funktioniere die Versorgung sterbenskranker Menschen (Ärzte Zeitung, 12.10.2009)