

## Kurze Meldungen (Gesundheitspolitik / Palliativmedizin & Hospizarbeit / Sterbehilfe)

April - Juni 2005

- München – Nach Tod von Schiavo: Bayerns Notare empfehlen Patientenverfügung: Nach dem Tod der amerikanischen Komapatientin Terri Schiavo hat der Bayerische Notarverein allen Bürgern die frühzeitige Abfassung einer Patientenverfügung empfohlen. Damit sei im Falle eines Falles die medizinische Versorgung in der Form sichergestellt, die man sich vorstelle, sagte der Geschäftsführer des Landesnotarkammer Bayern, Hans-Ulrich Sorge, am Freitag in München. Zusätzlich solle man in einer Vorsorgevollmacht festlegen, wer einen als Patienten vertreten solle. Auch Bayerns Gesundheitsstaatssekretärin Emilia Müller (CSU) erklärte, wer verhindern wolle, dass er bei unheilbarer Krankheit oder dauerndem Verlust des Bewusstseins gegen seinen Willen künstlich am Leben erhalten werde, könne mit einer Patientenverfügung vorsorgen. Für solche Erklärungen empfahl Sorge den Bürgern die Beratung und Hilfe durch einen Notar. Dieser solle dann auch dafür, dass die Dokumente im neuen zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert werden. «Es nützt ja nichts, wenn man etwas verfügt hat, und keiner weiß davon», betonte Sorge. Eine Patientenverfügung ist nach Angaben des Notarvereins später für alle Beteiligten bindend. Das Bundesverfassungsgericht habe in einem Urteil vom März 2003 ausdrücklich klargestellt, dass dem Willen des Patienten zum Abbruch ärztlicher Behandlungen bei Vorliegen einer Patientenverfügung grundsätzlich entsprochen werden müsse, betonte die auf die Versorgung todkranker Menschen spezialisierte Ärztin Elisabeth Albrecht. Nach dem Votum der Karlsruher Richter gebiete der Schutz der Menschenwürde die korrekte Beachtung einer Patientenverfügung. Nach dem Urteil (Aktenzeichen: XII ZB 2/03) obliegt allerdings dem Vormundschaftsgericht eine Prüfung, ob die Verfügung wirksam ist und der «Ernstfall» tatsächlich eingetreten ist (dpa, 1.4.2005)
- Freiburg – Lehmann gegen das „Verhungernlassen“: Bischöfe und Ärzte streiten darum, ob künstliche Ernährung zur Basisversorgung schwer Kranker zählt. „Menschen einfach verhungern zu lassen, das ist ethisch nicht erlaubt“, sagte Kardinal Karl Lehmann, Vorsitzender der katholischen Bischofskonferenz, nach dem Tod der amerikanischen Komapatientin Terri Schiavo. Er gießt damit Öl ins Feuer der deutschen Diskussion um die Neuregelung von Patientenverfügungen. Derzeit ist die Frage, unter welchen Bedingungen eine künstliche Ernährung abgebrochen werden kann, nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt. In einem Grundsatzurteil hat der Bundesgerichtshof 2003 aber drei Bedingungen aufgestellt. Demnach ist ein Behandlungsabbruch, der zum Tode führt, möglich, wenn es dem erklärten Willen des Kranken entspricht, wenn das Vormundschaftsgericht dem Behandlungsabbruch zustimmt und wenn die Krankheit bereits einen „irreversiblen tödlichen Verlauf“ genommen hat. Ob das Wachkoma als „irreversibel tödlich“ gilt, ist unter Juristen umstritten. Noch in diesem Jahr will der Gesetzgeber die Wirkung und Reichweite von Patientenverfügungen zum Behandlungsabbruch regeln. Wenn es nach Justizministerin Zypries geht, kann im Rahmen einer Patientenverfügung auch angeordnet werden, dass auf künstliche Ernährung verzichtet wird. Die Medizin-Enquetekommission des Bundestags formuliert scheinbar enger: „Maßnahmen der Basisversorgung können durch Patientenverfügung nicht ausgeschlossen werden.“ Doch gehört die Ernährung durch eine Magensonde noch zur Basisversorgung wie Körperpflege? Oder ist dies eine medizinische Behandlung, die nicht gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden darf? Die Enquetekommission lässt die Frage bezeichnenderweise offen. Für die katholische Kirche gehört die künstliche Ernährung – trotz des sprachlichen Widerspruchs – zu den „natürlichen Mitteln der Lebenserhaltung“. Deshalb die harten Worte von Kardinal Lehmann. Dagegen sieht die Bundesärztekammer in ihren Richtlinien zur Sterbebegleitung die Ernährung mittels einer Magensonde als medizinische Behandlung, über die der Arzt entscheiden muss, da sie gerade im letzten Sterbeprozess auch zur Belastung werden kann. Dagegen soll das „Stillen von Hunger und Durst“ zur Basisbetreuung gehören. Die Ärzte gehen davon aus, dass „das subjektive Durstgefühl am Ende des Lebens nicht mit der Flüssigkeitszufuhr korreliert, sondern wesentlich durch die Trockenheit der Mundschleimhäute bestimmt wird“, erläutert Eggert Beleites der Ethikexperte der Bundesärztekammer. Aus medizinischer Sicht wirkt es deshalb eher polemisch, wenn davon gesprochen wird, man habe Terri Schiavo „verhungern und verdursten“ lassen. Eine eindeutige gesetzliche Regelung ist aber auf jeden Fall sinnvoll. Hauptstreitpunkt im Bundestag ist aber, ob Patientenverfügungen im Falle eines Wachkomas überhaupt verbindlich sein sollen (die tageszeitung, 2.4.2005)

- München – Auch in Deutschland schon viele Fälle wie der von Terri Schiavo: Durch Einstellung der künstlichen Ernährung wie bei der US-Amerikanerin Terri Schiavo ist nach Angaben eines Anwalts auch in Deutschland schon vielen Koma-Patienten das Sterben ermöglicht worden. Allein seine Kanzlei habe bisher schon 65 derartige Fälle betreut, teilte der Rechtsanwalt Wolfgang Putz am Samstag in München mit. „Keiner unserer Mandanten ist qualvoll verhungert oder verdurstet, weil alle Fälle von palliativmedizinisch geschulten Ärzten und Pflegekräften betreut wurden“, schrieb Putz in seiner Erklärung. Bei der Sterbebegleitung habe meist ein Team von Hospizhelfern, Therapeuten und Seelsorgern der beiden großen Kirchen zusammengearbeitet. Nach einem Bericht des Nachrichtenmagazins „Focus“ betreut Putz derzeit einen 42-jährigen Mann, der nach einem Herzinfarkt und vorübergehendem Organversagen im Wachkoma liegt. Die Ehefrau des 42-Jährigen setzte unter Vermittlung von Putz durch, dass die Ärzte vor kurzem die künstliche Ernährung einstellten. Der Mann erhält dem Bericht zufolge nur wenig Flüssigkeit, damit ihm Schmerz stillende Medikamente verabreicht werden können. Der Mann hatte früher mündlich geäußert, dass er in einem solchen Fall nicht weiterleben wolle (dpa, 2.4.2005)
- München – Auch in Bayern Diskussion um Patientenverfügung: Das Sterben der Amerikanerin Terri Schiavo bewegt die Menschen und beschäftigt Juristen. Auch im bayerischen Justizministerium häufen sich Anfragen besorgter Bürger, wie verbindlich und sicher eine Patientenverfügung eigentlich sei. Die Verunsicherung ist groß. „Das ist verständlich“, sagt Justizministerin Beate Merk. Handlungsbedarf des Gesetzgebers sieht sie aber nicht: „Die Rechtslage zur Patientenverfügung ist gut. Eine Änderung ist nicht notwendig. Wenn ein Gesetz kommt, dann sollte es die bestehende Situation festschreiben.“ Merk kritisiert aber, daß in der öffentlichen Rechtsdiskussion einiges schief laufe. Sie hat dabei die Interpretation von Urteilen des Bundesgerichtshofs von 1994 und 2003 durch Juristen und Politiker im Auge. Zweifel an der uneingeschränkten Gültigkeit von Patientenverfügungen seien aber unbegründet. „Patientenverfügungen sind nach gegenwärtiger Rechtslage verbindlich“, sagt Merk. Tabu bleibe weiterhin aktive Sterbehilfe. Auch könnten Patientenverfügungen nicht von Dritten eingeschränkt werden, etwa nur auf die unmittelbare Sterbephase. Diese Fehlinterpretation betreffe gerade die Verfügungen im Falle von fortgeschrittener Demenz oder Koma. Es gebe nach Rechtslage keine Beschränkung der Reichweite einer Patientenverfügung. Dies könnte sich ändern: „Wenn ein neues Gesetz kommt, dann besteht die Gefahr, daß die Rechtslage eingeschränkt wird“, fürchtet Merk. Sie sieht Tendenzen in der Enquetekommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ des Bundestags die Reichweite einzuschränken. „Das würde aber nicht nur viele der sieben Millionen bestehenden Patientenverfügungen nicht anwendbar machen. Eine Beschränkung der Reichweite würde auch die Autonomie des einzelnen beschneiden. Es muß aber jedem selbst überlassen bleiben, was er unter würdigem Sterben versteht. Das Grundgesetz sieht die Würde des Menschen als das höchste Gut.“ (Welt am Sonntag, 3.4.2005)
- Aachen – Palliativmedizin-Kongress beginnt in Aachen: Mit mehr als 2000 Teilnehmern beginnt morgen (Mittwoch) in Aachen der bisher größte Kongress der Palliativmedizin in Deutschland. In Diskussionen und Vorträgen geht es bis Sonntag um die Verbesserung der Lebensqualität todkranker Menschen. Bei dem ganzheitlichen Ansatz arbeiten Mediziner, Seelsorger, Psychologen, Sozialarbeiter und Therapeuten eng zusammen. Dadurch sollen Leiden der Patienten umfassend gelindert werden. Veranstalter sind die deutsche und europäische Gesellschaft für Palliativmedizin (dpa, 5.4.2005)
- Aachen – Krebshilfe fordert Ausbau der Palliativmedizin: Die Palliativmedizin und die Hospizversorgung in Deutschland müssen ausgebaut und ihre Finanzierung gesichert werden. Dies forderten die Deutsche Krebshilfe, die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz im Rahmen des 5. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin am 6. und 7. April 2005 in Aachen. Die Palliativmedizin und die Hospizarbeit seien eine echte Alternative zur aktiven Sterbehilfe. „Beide stärken das Vertrauen der Menschen in eine fürsorgliche Medizin am Lebensende“, erklärte die Präsidentin der Deutschen Krebshilfe, Prof. Dr. Dagmar Schipanski. Im Jahr 2004 standen in Deutschland 2.034 Betten in 106 Palliativstationen und 129 Hospizen zur Verfügung. In diesen Einrichtungen wurden mehr 26.500 Patienten palliativmedizinisch betreut. „Doch nach wie vor entspricht die Anzahl der verfügbaren Betten nicht dem auf 50 Betten pro eine Million Einwohner geschätzten Bedarf“, sagte Dr. Friedemann Nauck vom Zentrum für Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus Bonn. Darüber hinaus müsse die Finanzierung der Palliativstationen endlich gesichert werden. „Wir fordern, die stationäre Palliativmedizin entweder aus dem Fallpauschalen-Vergütungssystem herauszunehmen und mit einer tagesbasierten Finanzierung zu versehen oder die Fall-

pauschalen mit Qualitätskriterien und adäquater, kostendeckender Finanzierung zu etablieren“, so Nauck (Deutsches Ärzteblatt, 6.4.2005)

- Zürich / Schweiz – Schweizer Medien berichten von „Sterbetourismus“: In der Schweiz wird abermals kontrovers über das Thema aktiver Sterbehilfe diskutiert. Anlass für die jüngste Debatte ist die steigende Zahl der in die Schweiz reisenden Patienten, die sich in der Schweiz das Leben nehmen wollen. Wie schweizerische Medien berichteten, reisten im vergangenen Jahr insgesamt 79 Patienten aus dem Ausland in die Schweiz, um sich dort in einer von der Organisation „Dignitas“ betriebenen Wohnung das Leben zu nehmen. Im Vorjahr waren es laut „Dignitas“ noch 91 Patienten. Allerdings sei die Zahl der gezielt in die Schweiz reisenden Sterbehilfe-Patienten seit 2000 dramatisch angestiegen. So wurden im Jahr 2000 lediglich drei Patienten gezählt. Nach der Schweizer Gesetzgebung können Personen, die dem sterbewilligen Patienten helfen, aus dem Leben zu scheiden, straffrei ausgehen, sofern sie beispielsweise keinen materiellen Nutzen vom Tod des Patienten haben. „Dignitas“ kündigte erst vor kurzem an, zukünftig alle Fälle von aktiver Sterbehilfe filmen zu wollen. So sollen spätere juristische Konsequenzen verhindert werden. Allerdings sind sowohl Patienten als auch die Ärzteschaft geteilter Meinung, ob es ethisch vertretbar ist, unheilbar kranken Patienten aktiv zu helfen, ihr Leben zu beenden. Die Medien sprechen von „Todestourismus“ (Deutsches Ärzteblatt, 6.4.2005)
- Aachen – BMGS will flächendeckenden Aufbau von Palliative Care-Teams im Sozialgesetzbuch festschreiben: Die ambulante Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten durch spezialisierte Palliative-Care-Teams soll im Sozialgesetzbuch V verankert werden. Man arbeite zur Zeit an entsprechenden gesetzlichen Regelungen, kündigte der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium Dr. Klaus Theo Schröder auf dem fünften Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) in Aachen an. Unter Leitung eines besonders qualifizierten Arztes sollen nach dem bisherigen Konzept Mitarbeiter von Palliativ-Pflegediensten in enger Kooperation mit ambulanten und stationären Einrichtungen die Betreuung der Patienten sektorübergreifend sicherstellen. "Wir erreichen eine bessere Qualität der Versorgung durch spezialisierte Fachkräfte", sagte Schröder. Es könne ein Angebot gesichert werden, das flächendeckend und rund um die Uhr verfügbar ist. Außerdem, so Schröder weiter, werde es weniger Informationsverluste durch den Wechsel zwischen verschiedenen Leistungserbringern geben. Das Konzept werde mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DGP diskutiert, sagte der Staatssekretär. "Wenn diese mobilen Teams Realität werden, hätten wir einen Quantensprung in der ambulanten Versorgung", betonte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin Professor Eberhard Klaschik. Beim Ausbau von Palliativmedizin und Schmerztherapie müsse Deutschland noch zu anderen europäischen Ländern wie Großbritannien und Schweden aufschließen. Diese Aufgabe könne die Politik nicht allein bewältigen, sagte Schröder. Auch die gemeinsame Selbstverwaltung trage Verantwortung dafür, die Bedingungen zu verbessern (Ärzte Zeitung, 7.4.2005)
- Dresden – Ärzte und Pfleger bieten Rundumbetreuung für Sterbenskranke: Schwerstkranken Patienten machen die AOK Sachsen, das Dresdener Krankenhaus St. Joseph-Stift und niedergelassene Hausärzte und Onkologen in Dresden mit einem Palliativvertrag ein Angebot zur ambulanten Rundum-Betreuung in ihrer häuslichen Umgebung. Ziel ist es, zum Beispiel tumorkranken Patienten in ihrer letzten Lebensphase Krankenhausaufenthalte zu ersparen und ihnen durch Kooperationen zwischen den am Projekt beteiligten Ärzten und Pflegern eine bestmögliche Lebensqualität und Linderung der Krankheitssymptome zu ermöglichen. Der Palliativvertrag wurde nach Paragraph 140a SGB V zur integrierten Versorgung geschlossen. Er setzt, was die Hausärzte betrifft, auf dem Hausärztervertrag auf, den die "Hausärztliche Vertragsgemeinschaft e.G." (HÄVG) und die AOK Sachsen vereinbart haben. Hausärzte, die am Palliativvertrag teilnehmen, müssen also auch am Hausarztvertrag mit der AOK teilnehmen. Auf Seiten der Fachärzte sind zwei onkologische Facharztpraxen in Dresden Vertragspartner. Die Onkologen begrüßen, daß mit dem Vertrag "die notwendige Infrastruktur für die palliativmedizinische Betreuung und auch für die in fast allen Fällen mögliche ambulante Chemotherapie geschaffen wurde", hieß es anläßlich der Vertragsunterzeichnung. Das Krankenhaus St. Joseph-Stift könne auf diese Weise medizinische und pflegerische Erfahrung, die es mit seiner zehn Betten umfassenden Palliativstation gesammelt habe, einer größeren Zahl unheilbar kranker Patienten zugute kommen lassen, als dies nur mit der Aufnahme in der Palliativstation möglich wäre, sagt die Oberärztin des Krankenhauses, Dr. Barbara Schubert. "Uns ist besonders wichtig, daß mit dem Konzept der Kontakt des Patienten zum Hausarzt auch am Ende des Lebens erhalten bleibt", so. Damit kann "die psychosoziale Kompetenz des Hausarztes, die er durch die lebenslange Begleitung des Patienten und seiner Familie hat, genutzt werden,

bei gleichzeitiger Nutzung des spezialisierten Wissens der onkologischen Fachärzte", betont sie. Durch die Kooperation der Haus- und Fachärzte, die Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Brückenteam und den ambulanten Pflegediensten "vermeiden wir auch Konkurrenzsituationen und Ausgrenzung und können ein konsequentes Qualitätsmanagementkonzept für die palliativmedizinische ambulante Versorgung etablieren", ergänzt Frau Dipl.-Med. Ingrid Pawlick, die neue Vorsitzende des sächsischen Hausärzterverbandes. Daß der Vertrag auf großes Interesse in der Ärzteschaft stößt, zeigt nach Auffassung der AOK die Teilnahme von 40 Ärzten aus Klinik und Praxis bei einer ersten Informationsveranstaltung dazu in Dresden. Ärzte, die teilnehmen möchten, müssen Erfahrung in der Palliativmedizin haben. Für Hausärzte beispielsweise bedeutet das, sie müssen in den letzten 24 Monaten fünf schwerstkranke Patienten in ihrer letzten Lebensphase betreut haben. Außerdem müssen sie acht Stunden auf einer Palliativstation tätig gewesen sein oder diese Hospitation noch nachholen. Auch die Palliativ-Care-Weiterbildung können sie nachholen, wenn sie diesem Vertrag beitreten. Pawlick erwartet, nach der Evaluationsphase den Vertrag in ganz Sachsen umsetzen zu können. Auch die Barmer Ersatzkasse habe bereits Interesse signalisiert, sagt sie. Den palliativmedizinisch qualifizierten Haus- und Fachärzten zahlt die AOK für den häuslichen Erstkontakt mit Patienten zur Absprache der häuslichen Betreuungsmöglichkeiten und dem Umfang der palliativmedizinischen Leistungen pro Patient 40 Euro. Zusätzlicher Aufwand für palliativmedizinische Hausbesuche (maximal drei pro Patient) wird mit 20 Euro pro Einsatz vergütet. Werden zur Vermeidung stationärer Aufenthalte weitere Kriseninterventionen während der Rufbereitschaft notwendig, beträgt das ärztliche Honorar je Einsatz 40 Euro, das kann höchstens viermal pro Patient berechnet werden (Ärzte Zeitung, 7.4.2005)

- Berlin / Siegburg – Kassen beklagen DRG-Ausnahmen: Die Krankenkassen befürchten eine weitere Verwässerung des Fallpauschalen-Systems der Krankenhäuser und als Folge davon steigende Ausgaben. Grund dafür ist ein Verordnungsentwurf, mit dem weitere Leistungen von Fallpauschalen ausgenommen werden sollen. Das ist geplant für die Behandlung von Patienten mit Parkinson und Multipler Sklerose sowie für die Palliativmedizin. Ferner sollen Kinderkrankenhäuser komplett von den DRG saugenommen werden. Die Krankenkassen halten das nicht für nötig. Trotz besonderer Schwere einer Krankheit habe sich gezeigt, daß die Kosten dafür durchaus in dem Fallpauschalensystem hinreichend differenziert abgebildet werden könnten. (Ärzte Zeitung, 12.4.2005)
- Berlin – Sondennahrung bleibt bei medizinischer Notwendigkeit erstattungsfähig: Enterale Ernährung – also die künstliche Ernährung über den Magen-Darm-Trakt – wird weiterhin in medizinisch notwendigen Fällen erstattet. Darauf wies Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) am 13. April in Berlin hin. Damit bleibe die enterale Ernährung auch weiterhin eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, weshalb die Versicherten auch künftig Anspruch auf eine medizinisch notwendige enterale Ernährung hätten. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu erlassene Richtlinie regle die Verordnungsfähigkeit von enteraler Ernährung in der ambulanten Versorgung, die Versorgung im Krankenhaus werde von der Richtlinie jedoch nicht berührt, so die Ministerin. Der Richtlinienentwurf des G-BA liege dem Ministerium vor und werde derzeit geprüft. Wegen der sehr umfangreichen und komplexen Neuregelungen nehme die Prüfung allerdings noch etwas Zeit in Anspruch (Deutsches Ärzteblatt, 13.4.2005)
- Berlin – DRG-Einführung: BÄK begrüßt Ausnahmeregelungen für Krankenhäuser: Die Bundesärztekammer begrüßt, dass bestimmte Leistungsbereiche aus der Fallpauschalen-Vergütung (DRGs) der Krankenhäuser vorerst herausgenommen werden. "Es zeugt von Verantwortung für unverzichtbare Versorgungsstrukturen, insbesondere für Kinderkrankenhäuser und palliativmedizinische Einrichtungen, Ausnahmen vorzusehen. Ohne eine solche Regelung könnten diese Kliniken möglicherweise Liquiditätsprobleme bekommen und Fehlsteuerungen in der Patientenversorgung entstehen", sagte Rudolf Henke, Vorsitzender der Krankenhausgremien der Bundesärztekammer, vor der heutigen Anhörung des Bundesgesundheitsministeriums über den Entwurf einer "Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005". Das Ministerium trage mit seinem Verordnungsentwurf einer zentralen Forderung der Ärzteschaft Rechnung, den betroffenen Krankenhäusern und den Kostenträgern für das Jahr 2005 Planungs- und Verfahrenssicherheit zu geben. "Die Behauptung der Spitzenverbände der Krankenkassen, dass die geplante Verordnung des Bundesgesundheitsministeriums kostentreibend wirke, verkennt die Schutznotwendigkeit für bestimmte Versorgungsbereiche im Sinne der Daseinsvorsorge bei der schwierigen Umstellung auf ein Fallpauschalensystem in der stationären Versorgung", betonte Henke. In einer gemeinsamen Stellungnahme begrüßen die Bundesärztekammer und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizini-

schen Fachgesellschaften (AWMF) deshalb, dass Fachabteilungen für Palliativmedizin, Kinder- und Jugendrheumatologie und Abteilungen für die Behandlung von Tropenerkrankungen von der DRG-Abrechnung ausgenommen werden (Pressemitteilung der Bundesärztekammer, 13.4.2005 / Auch die DGP hat sich zu diesem Thema mit einer eigenen Pressemitteilung geäußert, vgl. Rubrik „Presse“)

- Göttingen – Neues Palliativzentrum in Göttingen geplant: Das Göttinger Universitätsklinikum erhält als erste Einrichtung in Niedersachsen ein Zentrum für Palliativmedizin zur Versorgung von unheilbar kranken Krebspatienten. Ähnliche Zentren gibt es bislang in Köln, Bonn, Aachen und in München. Außerdem bekommt die Göttinger Universität eine Stiftungsprofessur für Palliativmedizin. Möglich wird dies durch die Deutsche Krebshilfe. Sie fördert den Bau des neuen Zentrums und die Stiftungsprofessur mit 3,5 Millionen Euro. Damit werde sich die Versorgung schwerkranker Krebspatienten in der Region entscheidend verbessern, so der Geschäftsführer der Deutschen Krebshilfe, Gerd Nettekoven. Der Bau soll in diesem Sommer beginnen, ein Jahr später soll er eröffnet werden. Vorgesehen sind zehn Betten für die stationäre Versorgung und eine Tagesklinik für die ambulante Versorgung der Palliativpatienten. Die schwerkranken Krebspatienten bekommen dort eine besondere medizinische, psychologische und soziale Betreuung. Der Aufenthalt soll begrenzt sein, die Patienten sollen möglichst schnell wieder in die häusliche oder ambulante Pflege entlassen werden. Dabei soll auch mit dem ambulanten Projekt "Support" zusammengearbeitet werden. Dessen speziell in Palliativmedizin ausgebildeten Mitarbeiter betreuen zusammen mit niedergelassenen Ärzten schwerkranke Krebspatienten in vier Landkreisen. Die Stiftungsprofessur soll voraussichtlich im Juni ausgeschrieben werden. Für einen Zeitraum von fünf Jahren wird der Lehrstuhl von der Krebshilfe finanziert, danach führt der Bereich Humanmedizin die Professur mit einer eigenen Abteilung für Palliativmedizin weiter (Ärzte Zeitung, 13.4.2005)
- Brüssel / Belgien - Belgiens Neonatologen für Sterbehilfe bei schwerstkranken Säuglingen: Die meisten Neonatologen in Flandern befürworten die Legalisierung einer tödlichen Medikamentengabe zur Sterbehilfe bei schwerkranken Neugeborenen und Säuglingen. Das ergab eine Umfrage der Freien Universität Brüssel (VUB) bei 175 Neonatologen, über die die Fachzeitschrift Lancet (2005, Vol. 365, 1315-20) in ihrer jüngsten Ausgabe berichtet. Ein Team der VUB hatte die Totenscheine aller Neugeborenen und Säuglinge in Flandern ausgewertet, die zwischen August 1999 und Juli 2000 gestorben waren. Innerhalb des Beobachtungszeitraums hatten 292 Kinder die ersten zwölf Monate nicht überlebt. Mehr als die Hälfte von ihnen hatte vor der 37. Schwangerschaftswoche das Licht der Welt erblickt. Ein Drittel wies schwere angeborene Mißbildungen auf. 121 der 175 für das Ausstellen des Totenscheins verantwortlichen Ärzte hatten an der anonymen Befragung teilgenommen. Das Ergebnis: In 143 Fällen trafen die Neonatologen gemeinsam mit den Eltern die Entscheidung zur aktiven oder passiven Sterbehilfe. Das entspricht 57 Prozent der Todesfälle. Bei 68 Prozent von ihnen wurde die Intensivbehandlung abgebrochen oder gar nicht erst begonnen. 16 Prozent erhielten das Leben verkürzende Schmerzmittel. In neun Prozent der Fälle verabreichten die Ärzte Medikamente, die das Leben des Kindes beendeten. Die Hauptgründe für die Sterbehilfe waren nach Angaben der Ärzte das Fehlen einer realen Überlebenschance oder im Falle des Überlebens eine zu erwartende sehr niedrige Lebensqualität. Die Anwendung von letalen Medikamenten bei Minderjährigen ist trotz des seit September 2002 geltenden liberalen Sterbehilfegesetzes zwar auch in Belgien illegal. Auf Nachfrage erklärten 95 der 121 Ärzte aber, daß es manchmal zur Erfüllung ihrer Pflicht gehöre, unnötiges Leiden zu verhindern. 69 von ihnen forderten eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe bei Neugeborenen in speziellen Fällen (Ärzte Zeitung, 14.4.2005)
- Paris / Frankreich – Frankreich erlaubt passive Sterbehilfe: Mit den Stimmen der rechtsbürgerlichen Senatoren hat die zweite französische Parlamentskammer in der Nacht zum Mittwoch eine Gesetzesänderung zur passiven Sterbehilfe verabschiedet. Die Linksopposition im Senat bemängelte vor der Abstimmung, daß das Gesetz nicht weit genug gehe und die aktive Sterbehilfe weiter unter strafrechtliche Verfolgung stelle. Im vergangenen November hatte die Nationalversammlung dem Gesetzentwurf einmütig zugestimmt. Das Gesetz führt ein sogenanntes "Recht zum Sterbenlassen" ("laisser mourir") ein, das, so wörtlich, der "therapeutischen Verbissenheit" Grenzen setzen soll. Aktive Sterbehilfe bleibt damit weiter verboten. "Solange ich im Amt bin, werde ich die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zu verhindern wissen", sagte Gesundheitsminister Douste-Blazy, ein Kardiologe. Die neue Regelung sieht vor, daß ein Abschalten lebenserhaltender Geräte nach Über-einkunft von mindestens zwei behandelnden Medizinern und der Zustimmung des Betroffenen vom Gesetzgeber toleriert wird. Die Regelung setzt voraus, daß ein höchstens drei Jahre altes, schriftliches Einverständnis des Kranken vorliegt, in dem er ausführt, wann er lebenserhaltende Geräte und medikamentöse Behandlungen nicht mehr wünscht und das "Recht zum Sterbenlassen" in Anspruch nimmt. Ohne ein schriftliches

Vermächtnis des Betroffenen soll auch ein Einverständnis der nächsten Angehörigen ausreichen, wobei unklar bleibt, ob für die behandelnden Mediziner die Meinung der Angehörigen bindend ist. Das Gesetz soll nach den Worten des Gesundheitsministers die Ärzte dahin bringen, schmerzlindernde Behandlungen in der letzten Lebensphase über "therapeutische Verbissenheit" zu setzen. Die Palliativmedizin sei in Frankreich noch unterentwickelt, so Douste-Blazy. Unter Ärzten wird die Neuregelung als nachträgliche Einführung einer Gesetzesgrundlage für eine schon weit verbreiteten Praxis angesehen. Der Verfasser des Gesetzestextes, Jean Leonetti von der Präsidentenpartei UMP, hofft, die französische Regelung könne zu einer "Referenz für Europa" werden. So könne sich der Europarat bei seiner Sterbehilfe-Debatte am 27. April daran orientieren (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 14.4.2005)

- München – Die Freiheit im Tode: Wie viel zählt der Wille des Patienten am Lebensende? Wie bindend sind Patientenverfügungen, die festlegen, wie weit eine medizinische Behandlung im Ernstfall gehen soll? Braucht es dafür ein eigenes Gesetz, nicht zuletzt um sicherzustellen, dass Ärzte und Pfleger nicht in einer rechtlichen Grauzone agieren, wenn sie auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichten? Ja, sagen namhafte Ärzte und Juristen, die jetzt im Klinikum der Universität München (LMU) über die Patiententestamente diskutierten. Eine Patientenverfügung „ist bindend“, sagt die bayerische Justizministerin Beate Merk. Handelt der Arzt gegen diesen erklärten Willen, kann er sich strafbar machen. Schwieriger ist es, wenn der Wille des Patienten nicht verfügt und auch sonst nicht klar erkennbar ist. Dann gilt es, den mutmaßlichen Willen zu ermitteln. In etwaigen Streitfällen zwischen Angehörigen und Ärzten entscheiden die Vormundschaftsgerichte. Im Falle Schiavo habe es im Übrigen keine schriftliche Verfügung gegeben, wenngleich es zahlreiche Zeugenaussagen dafür gibt, dass sich die Frau gegen lebensverlängernde Maßnahmen ausgesprochen habe, sagt Bernhard Knittel, Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht. Umstritten ist laut Merk derzeit allerdings, für welche Fälle die Verfügungen gelten sollen. Für „irreversibel tödliche Verläufe“, hat der Bundesgerichtshof (BGH) in Grundsatzurteilen festgeschrieben. Die unglückliche Formel sorgte eher für Verwirrung. Erst nachträglich, so Merk, habe der BGH ausgeführt, die Verfügung gelte nicht nur für die direkte Sterbephase, sondern ausdrücklich auch für Fälle wie das Wachkoma. Diese Reichweite will etwa die einflussreiche Enquete-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ deutlich eingeschränkt wissen. Sie solle auf Krankheitsstadien beschränkt sein, die unumkehrbar zum Tode führten. Den Entwurf eines Gesetzes zur Patientenverfügung – mit großer Reichweite – zog Bundesjustizministerin Brigitte Zypries zurück. Jetzt bessern Politiker und Verbände nach (Süddeutsche Zeitung, 15.4.2005)
- München/Berlin – Gesetz zur Patientenverfügung soll noch dieses Jahr kommen: Die Gültigkeit von Patientenverfügungen soll bis Ende des Jahres gesetzlich geregelt werden – die Vorstellungen der Bundestagsparteien sind jedoch weiterhin unterschiedlich. Wie das Magazin „Focus“ schreibt, will der SPD-Rechtspolitiker Joachim Stünker Anfang nächster Woche einen Gesetzentwurf vorlegen, der bereits mit Bundesjustizministerin Brigitte Zypries (SPD) abgestimmt sei. Die Unions-Fraktion plant einen Gegenentwurf für den Bundestag. Nach Stünkers Vorstellungen soll der Wille eines Patienten auch dann befolgt werden, wenn seine Krankheit nicht zwingend zum Tode führt - etwa im Fall eines Wachkomas. „Verfassungsrechtlich ist es gar nicht anders möglich“, sagte der SPD-Experte dem Magazin. Gerichte sollen aus den Entscheidungen über den Patientenwillen so weit wie möglich herausgehalten werden. Allerdings soll für die Patientenverfügung die Schriftform zwingend vorgeschrieben werden. Die Unions-Fraktion hat nach „Focus“-Informationen den CDU-Abgeordneten Thomas Rachel beauftragt, bis Mitte Mai einen Gegenentwurf vorzulegen. Rachel ist Obmann der Union in der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“. Nach Ansicht des stellvertretenden CDU/CSU-Fraktionsvorsitzenden Wolfgang Bosbach sollten Patientenverfügungen nur für die Sterbephase gelten oder wenn die Krankheit irreversibel zum Tod führt. „Wenn ein Patient sich nicht mehr äußern kann, hat der Staat die Pflicht, sein Leben zu schützen“, sagte Bosbach. Der Bundestag müsse jetzt „möglichst zügig, aber ohne Hektik“ die notwendigen Regelungen beschließen (dpa, 16.4.2005)
- Berlin – Bei künstlicher Ernährung Konflikt zwischen Ministerin und Ausschuss: Um die Kostenerstattung für künstliche Ernährung von bis zu 140.000 Menschen in Deutschland gibt es Streit zwischen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) und dem Gemeinsamen Ausschuss von Ärzten und Krankenkassen. Die Ministerin will einen Regelungsvorschlag des Ausschusses über die Erstattung so genannter Sondennahrung bei ambulanter Versorgung nicht akzeptieren, kündigte ihr Sprecher Klaus Vater am Montag in Berlin an. Die Entscheidung darüber werde bis Anfang Mai fallen. Der Vorschlag, den die Selbstverwaltung von Kassen und Ärzten vorgelegt hat, würde dazu führen, dass viele Betroffene - darunter auch Krebspatienten - künstliche

Ernährung aus eigener Tasche bezahlen müssten. Knapp ein Dutzend Selbsthilfeorganisationen appellierten an Schmidt, den restriktiven Beschluss zurückzuweisen (dpa, 18.4.2005)

- Berlin – Gesetzentwurf für Patientenverfügungen vorgelegt: In die Debatte um Patientenverfügungen kommt wieder Bewegung. Nachdem Justizministerin Brigitte Zypries Ende Februar ihren Gesetzentwurf zur Regelung von Patientenverfügungen zurückgezogen hatte, verfasste jetzt der rechtspolitische Sprecher der SPD-Fraktion, Joachim Stünker, einen neuen Entwurf eines „3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts“, der dem Deutschen Ärzteblatt vorliegt. Der Antrag lehnt sich sehr stark an den Zypries-Entwurf an und soll demnächst in den Bundestag eingebracht werden. „Wir rechnen damit, dass noch vor der Sommerpause die erste Lesung stattfindet“, sagte Stünker gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt. Ziel sei es, ein In-Kraft-Treten des Gesetzes zum 1. Januar 2006 zu erreichen. Ein wesentlicher Unterschied zum Zypries-Entwurf besteht in der Gültigkeit von Patientenverfügungen. Während nach den Vorstellungen der Ministerin auch mündliche Verfügungen uneingeschränkt gelten sollten, sieht der Antrag von Stünker schriftliche Patientenverfügungen vor. Im Zweifelsfalle ist es aber auch ausreichend, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln oder sich auf frühere mündliche Äußerungen von ihm zu beziehen. Zudem wird im Stünker-Entwurf die Kompetenz des Patientenbevollmächtigten enger gefasst. Zwischen ihm und dem behandelnden Arzt soll Einigkeit darüber bestehen, ob eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff medizinisch angezeigt ist oder nicht. Dem Entwurf von Ministerin Zypries zufolge war dies nicht nötig. Bei Uneinigkeit soll jetzt das Vormundschaftsgericht angerufen werden. Kritik an dem Entwurf des SPD-Abgeordneten kommt sowohl von Hubert Hüppe (CDU) als auch von Rene Röspel (SPD), stellvertretender Vorsitzender beziehungsweise Vorsitzender der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages. „Stünkers Entwurf wirkt zwar anders, ist jedoch nicht viel besser als der von Ministerin Zypries“, sagte Hüppe gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt. Die Formulierung über die Ermittlung des mutmaßlichen Willens öffne der Gültigkeit von mündlichen Verfügungen Tor und Tür. Röspel kritisiert vor allem die ungeklärte Reichweite von Verfügungen. Therapiebegrenzungen seien dem neuen Antrag zufolge immer noch in jeder Krankheitsphase möglich. Unklar ist derzeit noch, welche Gegenanträge verfasst werden. Möglicherweise könnte es auch um nur einen interfraktionellen Antrag gehen, der von den Mitgliedern der Enquete-Kommission getragen wird. Röspel hat es jedoch nicht eilig: „Sorgfalt geht vor Schnelligkeit“, sagte er dem Deutschen Ärzteblatt (Deutsches Ärzteblatt, 18.4.2005)
- Brüssel / Belgien – Euthanasie-Kits in belgischen Apotheken erhältlich: Seit Mitte April können belgische Ärzte in den 250 Apotheken der Multipharma-Kette des Landes Medikamenten-Sets zur aktiven Sterbehilfe erwerben. Euthanasie ist in Belgien seit September 2002 in bestimmten Fällen erlaubt. Bislang wurden Präparate zur gezielten Lebenszeitverkürzung allerdings nur in großen Mengen in den Krankenhäusern bevorratet, was Hausärzten oftmals den Zugang zu den notwendigen Mitteln erschwerte. Mitunter kam es zu langen Wartezeiten für die sterbewilligen Patienten. Bei einer Umfrage hatten zahlreiche belgische Hausärzte angegeben, dass sie nicht wissen, welche Wirkstoffe in welcher Dosierung für die Sterbehilfe erforderlich seien. Die in den Apotheken erhältlichen Euthanasie-Kits enthalten Ampullen mit den Wirkstoffen Pentothal (drei Ampullen zu je 20 Milliliter) und Norcuron (zwei Ampullen á zehn Milligramm) sowie ein Schlafmittel und die notwendigen Instrumente zum korrekten Applizieren der Mittel. In der dazugehörigen Gebrauchsanweisung werden die Ärzte angehalten, die überschüssigen Medikamente wieder bei den Apotheken abzugeben, um Missbrauch zu verhindern. Die Sets kosten 60 Euro und sind innerhalb von 24 Stunden lieferbar (Deutsches Ärzteblatt, 18.4.2005)
- Köln - Palliativstationen können im Fallpauschalensystem einen Sonderstatus geltend machen: Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) begrüßt, daß in diesem Jahr Palliativstationen erstmals die Möglichkeit erhalten sollen, eine Vergütung außerhalb des Fallpauschalen-Systems zu vereinbaren. Dadurch könne die Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in den Fachabteilungen für Palliativmedizin gerechter gestaltet werden, heißt es in einer Stellungnahme der DGP. Nach dem aktuellen Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zur Weiterentwicklung des Systems der diagnose-bezogenen Fallpauschalen (DRG) gelten Palliativstationen als "besondere Einrichtungen". Diesen ist eine Vergütung außerhalb der DRGs möglich, solange die von ihnen erbrachten Leistungen innerhalb der Systematik nicht adäquat abgebildet werden können. Zwar gibt es in diesem Jahr erstmals die Möglichkeit, die "palliativmedizinische Komplexbehandlung" nach dem Prozedurenkatalog OPS zu kodieren. "Mit der aktuellen Definition dieser Ziffer wird die palliativmedizinische Betreuung allerdings nur teilweise abgebildet", so die DGP. "Die Ziffer für die palliativ-

medizinische Komplexziffer ist gut, aber leider nicht an Qualitätskriterien gebunden", sagte DGP-Präsident Professor Eberhard Klaschik auf dem Jahreskongreß der Gesellschaft in Aachen. Dadurch bestehe die Gefahr, daß auch Stationen die Ziffern abrechnen, die nicht entsprechend ausgestattet sind. Die DGP hält rechnerisch 1,2 Pflegestellen pro Patient und einen Arzt pro 6,5 Patienten für notwendig, um eine qualifizierte palliativmedizinische Versorgung sicherzustellen. Auch sei eine spezielle Qualifikation des Personals erforderlich. Die Befürchtung Klaschiks: Wenn auch Kliniken die Ziffer abrechnen, die diesen Kriterien nicht entsprechen, wird dieser Mißbrauch langfristig zu einer Abwertung der Ziffer führen und damit die Finanzierung der Palliativmedizin gefährden. Auch unabhängig von diesem Problem sei die neue Komplexziffer nicht geeignet, der aktuellen Unterfinanzierung entgegenzuwirken, argumentiert die DGP. Denn neue Kodiermöglichkeiten schlagen sich erst nach einem Intervall von zwei Jahren in einer neuen Vergütung nieder - nachdem das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die neue Ziffer bewertet hat. Für die palliativmedizinische Komplexbehandlung wäre das frühestens 2007. "Die Palliativmedizin wird im gegenwärtigen DRG-System (noch) nicht abgebildet und somit auch nicht finanziert", lautet das Fazit der DGP (Ärzte Zeitung, 18.4.2005)

- Bonn – Neue Broschüre über Palliativmedizin: Die Möglichkeiten, die letzte Lebensphase von Patienten mit einer Krebserkrankung lebenswert zu gestalten, stehen im Mittelpunkt der neuen Broschüre "Palliativmedizin". Herausgeber ist die Deutsche Krebshilfe in Bonn. Vor allem die Behandlung bei Schmerzen, aber auch die Linderung von körperlichen und psychosozialen Belastungen sind Kernthemen der neuen Broschüre. Betroffene und Interessierte erfahren darin aber auch, wo es Palliativstationen gibt, welche Patienten auf eine palliativmedizinische Betreuung Anspruch haben und was man über Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten wissen sollte. Bezug der kostenlosen Broschüre über: Deutsche Krebshilfe, Postfach 14 67, 53004 Bonn, Fax: 02 28 / 72 99 0 11, E-Mail: deutsche@krebshilfe.de, www.krebshilfe.de (Ärzte Zeitung, 20.4.2005)
- Neu-Isenburg – Schmerztherapeuten gehen bis an die Schmerzgrenze: Versäumnisse und Pflichtverletzungen werfen drei schmerztherapeutische Gesellschaften der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor. Sie fordern von der KBV, den EBM zu ändern. Die KBV bleibt dagegen bei ihrer "sachlich argumentativen Linie" und weist die Kritik entschieden zurück. In einer Presseerklärung werfen die Gesellschaften der KBV vor, den Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung chronisch Schmerzkranker nicht wahrzunehmen. Statt Versäumnisse zuzugeben und zu korrigieren, versuche die KBV der Öffentlichkeit weiszumachen, bundesweit die Schmerztherapie eingeführt zu haben, heißt es. Das Gegenteil sei vielmehr der Fall. Nach wie vor gebe es eine eklatante Unterversorgung, woran sich aufgrund der Rahmenbedingungen auch weiterhin nichts ändern werde. Die Rede ist von Honorareinbußen um etwa 30 Prozent. In öffentlichen Stellungnahmen beschönige die KBV diese Verschlechterung. Weiter heißt es: "Die von der KBV selbst berechneten, existenzvernichtenden Einkommenseinbußen werden verschwiegen oder verharmlost." Die KBV sieht keinerlei Veranlassung zum jetzigen Zeitpunkt Änderungen am EBM vorzunehmen. KBV-Sprecher Dr. Roland Stahl gestern zur "Ärzte Zeitung". "Wir haben unsere sachlichen Argumente alle auf den Tisch gelegt und bleiben bei unserer Linie." (Ärzte Zeitung, 20.4.2005)
- Straßburg / Frankreich – Der Europarat diskutiert die Diskussion über Sterbehilfe: Der Europarat, in dem sechshundvierzig Staaten zusammengeschlossen sind, kann weder Gesetze noch Richtlinien erlassen, doch ein Papiertiger ist er nicht. Wenn es um gewichtige Fragen geht wie die, von wann an ein Embryo als Mensch zu gelten hat oder unter welchen Umständen Sterbehilfe erlaubt ist, muß die Europäische Union mangels Kompetenz schweigen. Der Europarat kann Empfehlungen oder Konventionen formulieren. Er ist damit ein wichtiger Schauplatz für die Fortentwicklung des europäischen Selbstverständnisses. Deshalb ist die Diskussion, die in der Parlamentarischen Versammlung des Europarates für Mittwoch in Straßburg angesetzt ist, von Bedeutung: Es geht um die Sterbehilfe, also Rechte und Schutz von Sterbenden, auch um den gesellschaftlichen Umgang mit der kollektiven Alterung Europas. Zwei Sphären stoßen aufeinander. Das Spektrum der Mahner umfaßt Christdemokraten, Alternative und Sozialdemokraten. Das Spektrum der Befürworter aktiver Sterbehilfe und derer, die sich zumindest offen zeigen, ist säkular-liberal. Den Parlamentariern liegt kein Manifest dafür vor, die aktive Sterbehilfe in ganz Europa zuzulassen. Das hat der liberale Schweizer Politiker Dick Marty, der hier federführend tätig war, wohlweislich unterlassen. Er betont, das sei auch nicht sein Ziel, auch wenn es seine Kritiker behaupteten. Marty hat im Auftrag des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Familie vielmehr vorgeschlagen, die Zulassung der aktiven Sterbehilfe, also "einer medizinischen Handlung mit dem Ziel, das Leben eines Patienten auf seinen anhaltenden, wohlüberlegten und freiwilligen Wunsch hin zu beenden, um unerträgliches Leiden zu verhindern", nicht kategorisch auszuschließen und eine Diskussion zu

beginnen. Die Kritiker sehen dies nicht als Versuch der Meinungsfindung, sondern der Türöffnung. In einer Stellungnahme zu Martys Resolutionsentwurf fordert der Ausschuß für Recht und Menschenrechte, es am besten bei der bereits 1999 abgegebenen Empfehlung des Europarats zur Sterbehilfe zu belassen. Darin war einerseits vor einem Zwang zur Lebensverlängerung gewarnt worden, doch zugleich hatte man damals in deutlichen Worten jede Form aktiver Sterbehilfe abgelehnt (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 23.4.2005)

- Berlin – Gesundheitsministerium lehnt Änderung bei künstlicher Ernährung ab: Das Gesundheitsministerium hat eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss von Ärzten und Krankenkassen vorgesehene Neuregelung der künstlichen Ernährung gestoppt. Eine Sprecherin des Ministeriums bestätigt am Sonntag einen entsprechenden Bericht der „Bild am Sonntag“. Der Entwurf des Ausschusses sah vor, dass die Erstattung von Kosten für künstliche Ernährung bei Krebspatienten, Demenzkranken und behinderten Kindern deutlich eingeschränkt werden sollte. Das will Ministerin Ulla Schmidt (SPD) nicht mittragen. Die künstliche Ernährung sei und bleibe Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, sagte Schmidt der Zeitung. „Dies bedeutet, dass Sondernahrung in den verschiedenen Formen in medizinisch notwendigen Fällen weiterhin erstattet wird. Dies gilt natürlich auch für ältere Patientinnen und Patienten und für Kinder.“ Nach Informationen der Zeitung würden durch die vorgeschlagene Neuregelung des Bundesausschusses für die Betroffenen für Sondenkost oder medizinische Trinknahrung künftig Kosten von bis zu 400 Euro monatlich entstehen. Diese hatten bisher die Krankenkassen bezahlt (dpa, 24.4.2005)
- Straßburg / Frankreich – Streit über Sterbehilfe: Vierter Anlauf zu Beschluss im Parlament des Europarats: Das Thema Sterbehilfe steht in dieser Woche erneut auf der Tagesordnung der Parlamentarischen Versammlung des Europarats. Zwei unvereinbare Positionen stehen sich dabei gegenüber. Das Recht auf Selbstbestimmung proklamiert der Schweizer Liberale Dick Marty als Leitmotiv für eine Sterbehilfe, die Todkranke von qualvollen Schmerzen erlösen soll. Entschieden für restriktive Regelungen und gegen eine Liberalisierung nach dem Vorbild Hollands und Belgiens, wo auch aktive Sterbehilfe erlaubt ist, ficht der CSU-Politiker Eduard Lintner mit Verweis auf das Recht auf Leben. Im Laufe von nur eineinhalb Jahren startet das paneuropäische Abgeordnetenhaus am Mittwoch den vierten Anlauf, einen Beschluss zur Sterbehilfe zu fassen. Bei den drei ersten Versuchen war es nicht einmal zu einer Abstimmung gekommen, so unversöhnlich waren die streitenden Parteien. Nach Lintners Auffassung soll das Thema die Domäne nationaler Parlamente bleiben. Die Sozialpolitiker um Marty argumentieren, es gehe nicht um ein Pro oder Contra. Trotz Verbots werde Sterbehilfe massenhaft ausgeübt. In der rechtlichen Grauzone sei das Risiko von Missbrauch groß. Deshalb müsse die Position des Kranken gestärkt werden. Bislang existiert auf europäischer Ebene kein rechtlicher Rahmen für die Sterbehilfe. Von Holland und Belgien abgesehen haben die meisten Länder die passive Sterbehilfe legalisiert. Der Resolutionsentwurf des Sozialausschusses will gar keine Konvention durchsetzen, die für alle Länder verbindlich ist. Aber allein, dass der Staatenbund als erste internationale Organisation mit einem Beschluss die Debatte über gesetzliche Regelungen zur Sterbehilfe forcieren will, provoziert Aufsehen (Frankfurter Rundschau, 26.4.2005)
- Straßburg / Frankreich – Europarat kann sich nicht auf Position zur Sterbehilfe einigen: Der Europarat hat sich vorerst aus der Debatte über die Entkriminalisierung der Sterbehilfe verabschiedet. Nach knapp sechs Jahren Arbeit und einer kontroversen Diskussion hat die Parlamentarische Versammlung der Organisation am Mittwoch in Straßburg einen entsprechenden Resolutionsentwurf des Schweizer Liberalen Dick Marty mit großer Mehrheit abgelehnt. Marty wollte nach eigenen Angaben eine öffentliche Debatte anstoßen, weil die Tötung auf Verlangen bereits heute in Europa weit verbreitet sei. Den meisten Parlamentariern ging der Entschließungsentwurf jedoch zu weit. Sie wollten den Eindruck vermeiden, dass der Europarat seinen 46 Mitgliedsländern die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe nahe lege. „Die Diskussion über die Euthanasie ist der Versuch, einen einfachen und kostengünstigen Weg zum Umgang mit schwerst Kranken zu legalisieren“, sagte der SPD-Abgeordnete Wolfgang Wodarg. Bei der Entscheidung zwischen Palliativmedizin und Sterbehilfe bestehe in der Praxis die Gefahr, dass meist die preiswertere Alternative gewählt werde. Vertreter aus ost- und südeuropäischen Ländern sagten, das Recht auf Leben dürfe nicht angetastet werden. Marty kritisierte hingegen, dass die juristische Stellung der Patienten am Ende des Lebens heute zu schwach sei: „Patienten werden oft als Menschen ohne eigenen Willen betrachtet und das ist falsch.“ Wie viele liberale und einige sozialdemokratische Abgeordnete verlangte er, dass jeder Patient in Europa das Recht haben müsse zu entscheiden, was mit der eigenen Person geschehen soll. Zudem sei die aktive Sterbehilfe schon heute alltäglich, auch wenn sie außer in Belgien und den Niederlanden überall in Europa verboten sei. „Aus Achtung vor der

Würde des Menschen dürfen wir davor unsere Augen nicht verschließen.“ Es sei für die Betroffenen und die Ärzte besser, wenn die Sterbehilfe aus der unkontrollierten Grauzone der Krankenhäuser herauskomme. Die Deutsche Hospiz Stiftung reagierte erfreut: „Es ist gut zu wissen, dass die Parlamentarier auf Seiten der Schwerstkranken und Sterbenden sind“, sagte der Geschäftsführende Vorstand Eugen Brysch. Er warf Marty vor, die Realität in den Niederlanden zu positiv dargestellt zu haben. Dort würden heute jährlich 1.000 Menschen getötet, ohne vorher den Wunsch dazu geäußert zu haben (dpa, 27.4.2005)

- Dresden – Sachsens Justizminister fordert eindeutige Regelungen für Patientenverfügungen: Sachsens Justizminister Geert Mackenroth (CDU) hat den Bundestag aufgefordert, die Tragweite von Patientenverfügungen eindeutig zu regeln. Eine aktive Sterbehilfe widerspräche dem verfassungsrechtlich verbürgten Menschenbild, sagte Mackenroth den „Dresdner Neuesten Nachrichten“ vom 29. April. Ein Sterbender sollte aber die Möglichkeit haben, eine Behandlung abzulehnen oder die Gabe von starken Schmerzmitteln zu fordern. Die Ärzte wüssten derzeit nicht immer, was sie dürfen und was verboten sei. Sie hätten einen Anspruch darauf, in dieser Grauzone nicht allein gelassen zu werden, so der Minister. Der Gesetzgeber sei gefordert, klare Regelungen zu treffen. (Deutsches Ärzteblatt, 29.4.2005)
- Berlin – 108. Deutscher Ärztetag: Im folgenden sind die Ausschnitte aus den Eröffnungsreden von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe zusammengestellt, in denen sie sich mit den Themen Palliativmedizin, Patientenverfügung und Sterbehilfe auseinandersetzen:  
Ulla Schmidt: „Wenn wir wollen, dass medizinischer Fortschritt für alle in Zukunft finanzierbar ist, dann müssen wir auch den Mut haben zu sagen: Nicht alles kann und muss überall zur Verfügung stehen. Ich halte viel davon, die Hochleistungsmedizin auf spezialisierte und innovative Zentren zu konzentrieren. Nur dann können wir die Mittel bereitstellen für Leistungen wie zum Beispiel die Palliativmedizin, die wir in unserem Gesundheitssystem für unverzichtbar halten, die aber heute nicht allerorts bedarfsgerecht vorgehalten werden kann. Und damit bin ich bei einem zweiten Punkt, der mir am Herzen liegt: Wie schaffen wir eine bestmögliche Versorgung von kranken Menschen am Ende ihres Lebens? Das Schicksal der Wachkomapatientin Terri Schiavo hat mich emotional zutiefst berührt, aber auch zum Nachdenken bewegt. Es steht uns nicht an, zu beurteilen, ob in diesem Fall die richtigen Entscheidungen getroffen wurden. Eines weiß ich jedoch genau: Mit der Würde des Menschen ist es unvereinbar, eine kranke und sterbende Frau, die sich nicht mehr dagegen wehren kann, in den Medien zur Schau zu stellen. Das Sterben eines Menschen zum Medienereignis zu machen, hat mit seriöser Berichterstattung nichts zu tun. Wenn wir für uns eine Lehre aus dem Schicksal von Terri Schiavo ziehen können, dann die, dass die Diskussion um die Würde des Menschen die Würde des Sterbens mit einbeziehen muss. Jeder und jede sollte sich mit diesem Thema auseinandersetzen und beispielsweise in Form einer rechtssicheren Patientenverfügung darlegen, wie er für sich diese Wahrung der Würde definiert. Was soll geschehen, wenn ich durch eine schwere Krankheit oder einen Unfall nicht mehr für mich selbst sprechen kann? In dieser schwierigen Entscheidungsfindung spielen Sie als Vertrauenspersonen der Patientinnen und Patienten eine zentrale Rolle. Aber – auch das sage ich hier ganz deutlich: Für eine solche Entscheidung ist eine adäquate palliativmedizinische Versorgung von entscheidender Bedeutung. Ich bin überzeugt: Nur wenn die Menschen wissen, dass sie am Ende ihres Lebens bestmöglich versorgt und so weit wie medizinisch möglich vor Schmerzen bewahrt werden, können wir ein Aufkeimen der Diskussion um aktive Sterbehilfe verhindern. Alle, die Verantwortung im Gesundheitswesen tragen, können hier ihren Beitrag leisten. Wir haben die Palliativmedizin in der neuen Approbationsordnung verankert. Das war ein wichtiger Schritt, aber wir müssen genau beobachten, ob sich die Situation der Palliativmedizin verbessert oder ob es weiterer Änderungen gesetzlicher Rahmenbedingungen bedarf. Meine Damen und Herren, damit verbinde ich ein unmissverständliches Nein zu jeglichen Formen aktiver Sterbehilfe. Ich teile in diesem Punkt voll und ganz die Meinung des Ärztetages. Aktive Sterbehilfe darf es in Deutschland nicht geben.“ (Auszug aus der Rede von Ulla Schmidt zur Eröffnung des 108. Deutschen Ärztetages am 3.5.2005 in Berlin)  
Jörg-Dietrich Hoppe: „Was die Medizin in einer Gesellschaft des langen Lebens leisten kann und soll, müssen wir offen diskutieren und dann auch in gemeinsamer Verantwortung tragen! Eine solche offene und transparente Diskussion führen wir derzeit zu den Fragen der Selbstbestimmung am Ende des menschlichen Lebens. Das Schicksal der amerikanischen Wachkoma-Patientin Terri Schiavo hat die Debatte um die rechtliche Anerkennung von Patientenverfügungen auch hier in Deutschland neu angestoßen. Zwar sind bei uns Patientenverfügungen prinzipiell bindend. Was aber geschieht, wenn sie der konkreten Behandlungssituation nicht entsprechen, oder aber wenn sie schon viele Jahre alt sind? Wenn der Arzt in einer solchen Situation den mut-

maßlichen Willen des Patienten ermitteln muss, dann kann er dies nur anhand der Gesamtumstände tun, wie religiöser Überzeugung und allgemeiner Lebenseinstellung, und vor allem muss er das Gespräch mit den nächsten Angehörigen suchen. Das alles ist höchst individuell und nicht normierbar und deshalb wird es eine abschließende, in jedem Einzelfall gültige gesetzliche Regelung zu diesem Thema wohl kaum geben können. "Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen" - das ist unser ethisches Bekenntnis in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Die ärztliche Verpflichtung zur Erhaltung des Lebens besteht zwar nicht unter allen Umständen, insbesondere dann, wenn sonst angemessene Diagnostik und Therapie nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann muss die palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund treten. Niemals aber gehört es zum Arztberuf, den Tod herbeizuführen. Wir wollen den Tod zulassen, wenn die Zeit da ist, wir wollen ihn aber nicht zuteilen. Die Diskussion über den ärztlich assistierten Suizid flammt auch in Deutschland immer wieder auf. Es sind die Angst vor der Lebensverlängerung um jeden Preis, vor allem aber die Unwissenheit über die palliativ-medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, die diese Diskussionen immer wieder anheizen. Aber wohin führen denn die vermeintlich liberalen Regelungen bei unseren europäischen Nachbarn? Aus Belgien hören wir jetzt, dass Ärzte seit Mitte April so genannte "Medikamenten-Sets zur aktiven Sterbehilfe" in Apotheken erwerben können. Diese Entwicklung, meine Damen und Herren, macht mir Angst. Denn dort droht etwas zur Selbstverständlichkeit zu werden, das zunächst nur als absolute Ausnahme gedacht war, die Euthanasie. Ich bin deshalb sehr froh, dass in Deutschland niemand am Strafrechtsparagrafen 216 rüttelt, der die Tötung auf Verlangen verbietet. Für uns Ärztinnen und Ärzte wird auch in Zukunft die Maxime gelten: Der Patient hat das Recht auf einen würdigen Tod, aber er hat nicht das Recht, getötet zu werden." (Auszug aus der Rede von Jörg-Dietrich Hoppe zur Eröffnung des 108. Deutschen Ärztetages am 3.5.2005 in Berlin)

- Hannover – Vertrauen zum Arzt wichtiger als Patientenverfügung: Der Kirchentagspräsident und Mediziner Prof. Eckard Nagel hält Patienten-Verfügungen nicht für das entscheidende Mittel für ein Sterben in Würde. Entscheidend sei vielmehr das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, sagte Nagel am Dienstagabend bei einer Diskussion über Sterbehilfe in Hannover. Zwar halte er es angesichts der Verunsicherung der Menschen für richtig, die Gültigkeit von Verfügungen gesetzlich zu regeln. „Aber auch Verfügungen können nicht in jeder Situation Sicherheit geben“, meinte Nagel. Er ist Präsident des 30. Deutschen Evangelischen Kirchentages in Hannover und stellvertretender Vorsitzender des Nationalen Ethikrates (dpa, 4.5.2005)
- Köln – FDP-Parteitag spricht sich für schriftliche Patientenverfügungen aus: Nach kontroverser Diskussion haben die Liberalen auf ihrem 56. Ordentlichen Bundesparteitag in Köln am Abend des 5. Mai einem Antrag zur Patientenverfügung zugestimmt. In der beschlossenen Fassung heißt es unter anderem: „Patientenverfügungen sind schriftlich abzulegen. Weitere Beschränkungen lehnen die Liberalen ab.“ Der ursprüngliche Text des Landesverbandes Rheinland-Pfalz hatte gelautet: „Patientenverfügungen müssen grundsätzlich formfrei wirksam sein.“ Dagegen wurden von verschiedenen Seiten Bedenken erhoben. Anscheinend soll nach dem Willen der Delegierten eine mündliche Erklärung aber dann ausreichen, wenn ein Patient nicht mehr in der Lage ist, sich schriftlich zu äußern; dies wurde am Rande der Debatte – trotz der Neuformulierung – nochmals bekräftigt. Im beschlossenen Text des Antrags heißt es weiter: „Eine ausreichend konkrete schriftliche Patientenverfügung muss gegenüber Ärzten, Betreuern und Verwandten verbindlich sein. Der klar zum Ausdruck gebrachte Patientenwille muss grundsätzlich zu jedem Zeitpunkt einer Erkrankung Wirksamkeit entfalten.“ Auf Antrag wurde folgender Passus angefügt: „Die bestehende Rechtsunsicherheit für den Arzt muss beseitigt werden. Eine Verfügung kann jederzeit, auch mündlich oder durch Kopfnicken, wieder geändert werden, auch wenn sie schriftlich oder notariell gemacht wurde.“ In der Begründung des Landesverbandes Rheinland-Pfalz zum ursprünglich vorgelegten Antrag heißt es: „Die FDP wendet sich gegen das Votum der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages, die Patientenverfügungen über lebenserhaltende Maßnahmen nur dann gelten lassen will, wenn die Krankheit bereits einen unumkehrbar tödlichen Verlauf genommen hat. ... Die FDP warnt davor, das Votum dieser Kommission zu übernehmen. Die Patientenverfügung könnte dadurch zu einem ‚Papier ohne Wert‘ werden.“ (Deutsches Ärzteblatt, 6.5.2005)
- München – Hospiz-Stiftung prangert Todesfälle in Pflegeheimen an: Nach der Vergiftung von schwer kranken Patienten mit Medikamenten in Straubing und Sonthofen hat die Deutsche Hospiz Stiftung schärfere Kontrollen in Krankenhäusern und Pflegeheimen gefordert. Durch Supervision könne verhindert werden, dass solche

Fälle über Monate oder gar Jahre unentdeckt bleiben, sagte Stiftungsvorstand Eugen Brysch. Eine Beaufsichtigung des Personals sei besonders im Hinblick auf die immer stärkere Belastung der Pfleger „extrem wichtig“. Im niederbayerischen Straubing soll eine 48 Jahre alte Krankenschwester mehrere Patienten mit Morphinum vergiftet haben. Derzeit werden sieben Todesfälle seit dem Sommer 2004 von der Polizei untersucht. Die Schwester hat zugegeben, den schwer Erkrankten aus Mitleid mehr Morphinum gegeben zu haben als von den Ärzten verordnet. In Sonthofen im Allgäu soll ein Krankenpfleger 29 Patienten umgebracht haben. Der 26-Jährige hat 16 Fälle gestanden, 13 weitere wurden durch toxikologische Gutachten nachgewiesen. Solche Fälle könnten nach Auffassung von Brysch in Zukunft auch durch vermehrte Autopsien früher aufgedeckt werden. „Ohne ausreichend Leichenschauen ist die Chance für Täter groß, unentdeckt zu bleiben“, sagte der Hospiz-Experte. Er kritisierte die Einsparungen im Justizwesen und in der Krankenpflege. „Es muss im Bereich der Pflege mehr Personal geben“, forderte Brysch. Derzeit sinke die Zahl der Pflegenden, während es immer mehr Pflegebedürftige gebe (Süddeutsche Zeitung, 9.5.2005)

- München – Anzeige wegen Lebenserhaltung: Im Streit um die künstliche Ernährung einer 94-jährigen Dame hat der Anwalt der Familie, Wolfgang Putz, Strafanzeige wegen Verdachts der vorsätzlichen Körperverletzung gestellt. Die Anzeige richtet sich gegen unbekannte Mitarbeiter der Heimaufsicht im Kreisverwaltungsreferat. Die Frau wird seit Januar 2004 im Haus St. Maria der Münchenstift GmbH über eine Magensonde künstlich ernährt. Der Anwalt der Familie sieht hierin einen Verstoß gegen die Patientenverfügung der Frau. „Ich kann es nicht mehr ertragen, dass die alte Frau regungslos im Bett liegt und ihr Wille ignoriert wird“, sagt der Sohn der Patientin, Walter Schmid (Name v. d. Red. geändert). Schließlich habe seine Mutter bei noch guter Gesundheit im November 2001 in zwei Patientenverfügungen festgelegt, dass sie nicht künstlich ernährt werden möchte. Gelten sollte dies für den Fall, dass ihre Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, in Folge einer Gehirnschädigung unwiederbringlich erloschen ist. Ihm, so der Sohn, habe die Mutter eine Vorsorgevollmacht erteilt, insbesondere auch für die Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen. Im Dezember 2003 erlitt die Frau einen schweren Schlaganfall, der laut Anwalt Wolfgang Putz zum „Untergang aller kognitiven Fähigkeiten“ führte. Zwei Wochen wurde die Patientin im Harlachinger Krankenhaus behandelt, bevor sie in ein Pflegeheim verlegt wurde. Dem Bericht des Krankenhauses ist nach Angaben von Anwalt Putz zu entnehmen, dass dort angesichts der schlechten Prognose und des hohen Alters der Dame auf weitere diagnostische lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet und nur eine Schmerztherapie durchgeführt wurde. Ernährt wurde die Seniorin seit dem Schlaganfall über eine Nasensonde. Es sei damals schwierig gewesen, ein Pflegeheim zu finden, das seine Mutter übernehmen wollte, sagt Walter Schmid. Nur das Haus St. Maria der Münchenstift GmbH habe sich dazu bereit erklärt. Doch bereits eine Stunde nach Einlieferung der Mutter habe ihm die behandelnde Ärztin mitgeteilt, die Patientin bräuchte unbedingt eine Magensonde anstelle jener durch die Nase. Ungeachtet der Patientenverfügung seiner Mutter habe er sein Einverständnis erklärt, sagt der Sohn. „Ich hatte ja keine Alternative“, meint er rückblickend. Und so kam die alte Dame für eine Woche in ein Krankenhaus, wo ihr in einer Operation die Magensonde gelegt wurde. In der Folge konnte der Sohn es immer schlechter ertragen, dass seine Mutter nicht mehr sprechen kann, hilflos „wie eine Statue“ im Bett liegt, ihr Leben dennoch gegen ihren Willen künstlich verlängert wird. Bei der Vorlage der Patientenverfügung habe die Ärztin ihm im April 2004 erklärt, die Lebenserwartung der Mutter sei nicht mehr allzu groß. Als sich aber bis zum Oktober vorigen Jahres an der Situation nichts geändert hatte, wandte sich Schmidt schließlich an den Münchner Hospizdienst Da-Sein. In einem Gespräch zwischen der Palliativ-Fachkraft des Hospizdienstes, Anita Neudorfer, den Verwandten und der verantwortlichen Hausärztin einigte man sich auf einen „Notfallplan“. Darin wurde unter anderem vereinbart, keine lebensverlängernden Maßnahmen vorzunehmen und die Sondenkost probeweise von 1000 Milliliter täglich auf 500 Milliliter zu reduzieren, um sie dann später eventuell ganz abzusetzen. Sie, so die Medizinerin Claudia K., habe der Vorgehensweise nur unter der Voraussetzung zugestimmt, dass der Sohn sich beim Vormundschaftsgericht rechtlich absichere. Mitte Dezember 2004 habe ihr noch keine Entscheidung des Gerichts vorgelegen. Deshalb, so die Medizinerin, habe sie den Sohn der Patientin informiert, dass die Heimaufsicht der Landeshauptstadt den Gewichtsverlust der alten Dame gerügt und darauf bestanden habe, dass diese wieder die normale Ration erhalte. Auf Anordnung der Ärztin bekommt die Frau seither wieder 1000 Milliliter Sondenkost täglich. Damit wird laut Anwalt Putz verhindert, dass die Patientin entsprechend ihrem Willen sterben kann. Um diesen Wunsch seiner Mutter durchzusetzen, hat ihr Sohn nun im April 2005 Rechtsanwalt Putz eingeschaltet. Nach dessen Meinung ist die lebensverlängernde Behandlung seiner Mandantin rechtswidrig und stellt eine fortgesetzte Körperverletzung dar. Der stellvertretende

Kreisverwaltungsreferent, Dr. Horst Reif, wollte keine Stellungnahme abgeben (Süddeutsche Zeitung, 9.5.2005)

- Rüdesheim – Hospizzimmer im Krankenhaus: Im Frühjahr 2002 hat Propst Klaus-Volker Schütz die Rüdesheimer Pfarrerin Beate Jung-Henkel als die deutschlandweit erste und lange Zeit auch einzige Hospizpfarrerin in ihr Amt eingeführt. Ein Experiment, das nicht nur gelungen ist, sondern das der Hospizarbeit Impulse gegeben hat. Jung-Henkel ist auch Vorsitzende der 1999 gegründeten Ökumenischen Hospizinitiative, die 115 Mitglieder zählt und seit dem Jahr 2000 in vier Qualifizierungskursen fast 80 ehrenamtliche Hospizhelfer ausgebildet hat. Derzeit begleiten 16 aktive Hospizhelfer sterbende Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Allein im Jahr 2003 haben die damals noch elf Hospizhelfer bei 255 Besuchen von Sterbenden 474 Stunden ehrenamtlicher Arbeit geleistet, wie Jung-Henkel nach fünf Jahren Aufbauarbeit bilanziert. "Und für 2004 sind die Zahlen ähnlich." Seit 2000 seien insgesamt 77 Patienten und deren Angehörige begleitet und betreut worden. Tatkräftig unterstützt wird die Hospizinitiative vom katholischen Krankenhaus St. Josef, dessen Träger die gemeinnützige Scivias Caritas GmbH ist. Dessen Geschäftsführer Ulrich Wehe sieht in der Unterstützung und Kooperation mit der Initiative auch einen Beitrag zum Aufbau eines integrierten Versorgungskonzepts für die Region. Die Initiative hat deshalb im Krankenhaus selbst ihre Beratungs- und Geschäftsstelle mietfrei einrichten können. Jüngstes Ergebnis dieser Kooperation ist die Einrichtung eines Hospizzimmers im Krankenhaus, dessen Konzept Jung-Henkel als "deutschlandweit neues Modell" würdigt. Das großzügige Zimmer in der gynäkologischen Abteilung der Klinik ist ein "ambulanter Raum in einem stationären Krankenhaus". "Gastgeber" sollen sterbende Patienten mit ihren Angehörigen sein, die dort auch übernachten können. Medizinisch betreut werden sollen die Sterbenden im Hospizzimmer von ihren Angehörigen, Pflegediensten oder dem Hausarzt, notfalls oder am Wochenende aber auch durch das Personal der Klinik. Die Hospizinitiative überweist der Klinik dafür 100 Euro je Tag und Belegung, die Patienten und Angehörigen zahlen nichts, ihr Aufenthalt kann auch nicht bei den Kassen abgerechnet werden. Jung-Henkel hofft aber, daß das Zimmer auch durch Spenden von Angehörigen finanziert werden kann. Schon jetzt seien durch Spenden die ersten 80 Belegungstage abgedeckt. "Unsere eigenen wirtschaftlichen Überlegungen haben wir dabei hinten angestellt", sagt Scivias-Geschäftsführer Wehe. Das neue Angebot, das am 1. Juni bei einer Feierstunde offiziell eröffnet werden soll, richtet sich vor allem an Menschen in der allerletzten Lebensphase, deren stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus aber aus medizinischer Sicht nicht zwingend erforderlich ist, weil beispielsweise die notwendige Schmerztherapie in den letzten Lebenstagen auch ambulant verabreicht werden kann. Weil für diese Patienten die Kassen nicht aufkommen, kann auch das Krankenhaus allein ihren Aufenthalt nicht länger finanzieren. Oft ist es aber nicht mehr sinnvoll, diesen Patienten den Transport oder die Eingewöhnung in das nächstgelegene Hospiz - Advena in Wiesbaden - zuzumuten. Sie sollen deshalb im Rüdesheimer Krankenhaus bleiben können, wenn auch formal nicht als Patient der Klinik, sondern nur als Bewohner eines von der Hospizinitiative angemieteten Zimmers. Das Personal der Station wird dann von einer Hospizschwester mit Zusatzausbildung beraten und geschult werden. Das Zimmer kann aber auch der kurzfristigen Überbrückung dienen, bis ein Platz in einem stationären Hospiz gefunden wird. Nach Ansicht von Jung-Henkel erfüllt das Zimmer ein dringliches Bedürfnis in der Region: "Gerade wenn nichts mehr zu machen ist, gibt es noch viel zu tun." (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 10.5.2005)
- London / Großbritannien – Erneut Diskussion über Liberalisierung ärztlicher Sterbehilfe: Die größte britische Krankenpflegergewerkschaft hat sich abermals entschieden gegen eine Legalisierung der aktiven ärztlichen Sterbehilfe ausgesprochen. Derzeit wird in Großbritannien erneut kontrovers über das Thema Sterbehilfe diskutiert. Ein Expertenausschuss des britischen Oberhauses plädierte hingegen für eine Liberalisierung der derzeit gültigen Bestimmungen. Die Krankenpflegergewerkschaft (Royal College of Nursing, RCN), die die beruflichen Interessen von rund 400.000 Krankenschwestern und -pfleger im Königreich vertritt, diskutierte während ihrer Jahresversammlung in Harrogate ausführlich über das Thema. Die RCN-Führung ist der Meinung, dass die derzeitigen Gesetze, die die aktive ärztliche Sterbehilfe verbieten, „vernünftig und angebracht“ seien. „Wir Krankenschwestern und -pfleger haben die Aufgabe, Patientenleben zu schützen und zu verlängern, nicht diese Leben vorzeitig zu beenden“, sagte RCN-Vizepräsidentin Maura Buchanan. Laut RCN sind mehr als 70 Prozent der RCN-Mitglieder gegen eine Legalisierung der aktiven ärztlichen Sterbehilfe. Die britische Ärzteschaft vertritt derzeit einen ähnlichen Standpunkt. Allerdings wies die British Medical Association (BMA) darauf hin, dass einige der vom Oberhaus-Expertenausschuss angestellten Überlegungen „durchaus plausibel und diskussionswürdig“ seien. Die Oberhaus-Experten unter der Leitung von Lord Joffe halten eine „Ak-

tualisierung“ der bestehenden Gesetze für geboten. Meinungsumfragen bei britischen Patienten zeigen, dass heute jeder zweite Patient für eine Liberalisierung ist (Deutsches Ärzteblatt, 12.5.2005)

- Aachen – Palliativmedizinerin erhält Auszeichnung: Für die Einrichtung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes am Universitätsklinikum Graz hat Dr. Imke Strohscheer den Förderpreis der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) erhalten. Die Auszeichnung ist mit 5000 Euro dotiert und vom Unternehmen Mundipharma gestiftet. Die Implementierung der palliativmedizinischen Einrichtung am Universitätsklinikum Graz begann im Januar 2001 mit einer Palliativstation von vier Betten. Heute besteht sie aus zwölf Betten, einem mobilen Team für die ambulante Beratung und dem interdisziplinären Palliativ-Konsiliarteam, das allen Abteilungen des Klinikums zur Verfügung steht. Zum Konsiliardienst gehören eine Arztstelle, 1,5 Pflegestellen und 0,5 Sozialarbeiterstellen. Das Team berät die Primärbetreuer für eine optimale Symptomkontrolle, Schmerztherapie und psychosoziale Versorgung. Pflegende unterstützt es bei Problemen wie Wundversorgung, Lagerung oder Mundpflege. Auch Familienangehörigen hilft der Konsiliardienst bei der Betreuung ihrer Angehörigen. Die Arbeit zum Konsiliardienst sei prämiert worden, weil der Dienst als Modell für andere Kliniken dienen solle, sagt Professor Eberhard Klaschik, der DGP-Präsident (Ärzte Zeitung, 13.5.2005)
- Hannover – Ärztekammer registriert große Nachfrage nach Patientenverfügungen: Die Ärztekammer Niedersachsen hat ein großes Interesse an Patientenverfügungen registriert. Seit Juni 2003 seien 85.000 Dokumentenvorlagen kostenlos verschickt worden, sagte ein Sprecher am Freitag in Hannover. Mit der Verfügung können Menschen bestimmen, dass auf das Ausschöpfen aller medizinischen Möglichkeiten zur Lebensrettung verzichtet werden soll, falls sie schwer krank werden und nicht mehr ansprechbar sind. Der Bundestag will die Gültigkeit von Patientenverfügungen bis Jahresende gesetzlich regeln (dpa, 13.5.2005)
- Olpe – Kinderhospizakademie eröffnet in Olpe: Für die Beratung und Unterstützung unheilbar kranker Kinder und deren Angehöriger ist im sauerländischen Olpe die Deutsche Kinderhospizakademie gegründet worden. Vom 1. Juli an sollen breit gefächerte Seminare „im Sinne der erkrankten Kinder“ angeboten werden, wie der Deutsche Kinderhospizverein am Freitag mitteilte. Die Angebote richteten sich auch an Lehrer und Krankenhausmitarbeiter, die betroffene Kinder begleiten. Von ihnen seien in der Vergangenheit immer mehr Anfragen an den Kinderhospizverein gestellt worden. Die Akademie will die Seminare bundesweit gemeinsam mit Kooperationspartnern in behindertengerechten Häusern anbieten. Angehörige sollen auch nach dem Tod des Kindes begleitet und gestärkt werden. Ein weiteres Ziel sei der Abbau von Berührungängsten in der Gesellschaft gegenüber schwerstkranken Kindern, sagte die künftige Akademie-Leiterin Edith Droste (dpa, 13.5.2005)
- Berlin – Viertes DRG-Forum: Schritt für Schritt zur neuen Klinik-Vergütung: Wenige Krankenhäuser sollen qualitativ hochwertige Medizin anbieten, sie sollen miteinander kooperieren und auch die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten suchen - diese Ziele werden mit der Umstellung der Vergütung stationärer Leistungen auf Fallpauschalen (DRG) verbunden. Daß man davon noch weit entfernt ist, war Tenor gestern beim vierten DRG-Forum in Berlin. Zwischenschritte sind allerdings gemacht. Die Einführungsphase - die sogenannte Konvergenzphase - ist definiert und verlängert worden. Bis zum Jahr 2009 sollen jetzt weitgehend alle stationäre Leistungen nach Fallpauschalen abgerechnet werden. Gestartet wurde der Umstellungsprozeß bereits Anfang dieses Jahres. Die Kalkulationsbasis für die Pauschalen, die sogenannten Landesbasisfallwerte, hat das Bundesgesundheitsministerium erst gestern per Verordnung festgelegt. Bis auf Baden-Württemberg und Niedersachsen hatten sich die Vertragspartner darüber nicht einigen können. Ebenfalls gestern hat das Ministerium weitere Ausnahmen für die DRG-Umstellung definiert. Kinderkliniken, Einrichtungen der Palliativmedizin und der Kinder- und Jugend-Rheumatologie sollen danach künftig nicht nach DRG abrechnen. Außerdem soll die Behandlung von Patienten mit Parkinson und Multipler Sklerose ebenfalls nicht nach Pauschalen vergütet werden. Unzufrieden sind damit besonders die Krankenkassen. Sie fürchten, daß die ursprünglichen Pläne zum Pauschalensystem soweit verwässert werden, daß für Kliniken Schlupflöcher bleiben, um ineffizient zu arbeiten. "Wenn wir erst einmal anfangen, Ausnahmen zuzulassen, werden wir das Ziel einer durchgängigen leistungsorientierten Vergütung nicht erreichen", sagte Dr. Werner Gerdemann, Vorstandsmitglied des VdAK gestern beim DRG-Forum (Ärzte Zeitung, 20.5.2005)
- Berlin – Bundesbürger spendeten mehr für Hospize als im Vorjahr: Die Deutsche Hospiz Stiftung hat 2004 rund 2,1 Millionen Euro für ihre Arbeit ausgegeben. Die Summe an Spenden und Mitgliedsbeiträgen erhöhte sich damit gegenüber dem Vorjahr um knapp 250.000 Euro. „Trotz Wirtschaftsflaute spenden die Menschen

großzügig für den Patientenschutz der Schwerstkranken und Sterbenden“, sagte Eugen Brysch, geschäftsführender Vorstand der Stiftung. Rund 500.000 Euro flossen nach seinen Angaben in die Informationsbüros in Berlin und München, ebenso viel Geld in die Beratung von Hospizdiensten und Modellprojekte zur Förderung der Hospizarbeit. Zur Umsetzung des Informationsauftrags der Stiftung wurden mehr als 450.000 Euro ausgegeben, dazu etwa 380.000 Euro für das bundesweit einzige Schmerz- und Hospiztelefon. Zirka 230.000 Euro kostete die Verwaltung. Das Deutsche Zentralinstitut für soziale Fragen hat der Stiftung sein Gütesiegel verliehen (Deutsches Ärzteblatt, 20.5.2005)

- Jena – Drei Viertel aller Tumorpatienten wollen zu Hause sterben: Drei Viertel aller Tumorpatienten wollen einer Studie der Universitätsklinik Jena zufolge zu Hause sterben. Allerdings sei nur einem Drittel der befragten Sterbenskranken dieser Wunsch erfüllt worden, teilte eine Sprecherin des Klinikums am Montag mit. Mit Mitteln des Bundesfamilienministeriums sind in Jena zwischen 2001 und diesem Jahr 272 Tumorpatienten sowie Ärzte und Angehörige befragt worden. 33 Prozent der befragten Patienten starben in der Wohnung, 8 Prozent im Alten- oder Pflegeheim und 59 Prozent im Krankenhaus (dpa, 23.5.2005)
- London / Großbritannien – Unheilbar Kranker kämpft für Weiterbehandlung: Haben Ärzte das Recht, einen unheilbar kranken Patienten sterben zu lassen, auch wenn der Patient ausdrücklich wünscht, „unter allen Umständen am Leben gehalten“ zu werden? Um diese Frage geht es in einem aufsehenerregenden Prozeß in Großbritannien. Das Urteil könnte zu einem wichtigen Präzedenzfall in Sachen Sterbehilfe werden. Ein 45jähriger an zerebellärer Ataxie leidender Patient hatte im Mai 2004 gerichtlich erwirkt, daß ihn die behandelnden Ärzte in Großbritannien unter allen Umständen und solange wie möglich am Leben halten müssen. Der Patient wollte verhindern, daß die Ärzte die künstliche Ernährung stoppen. Nach übereinstimmender Meinung von Fachleuten gibt es keine Aussicht auf eine Besserung seines Gesundheitszustandes. Das Gericht gab dem 45jährigen Recht. Das bedeutet, die behandelnden Ärzte machen sich strafbar, sollten sie dem Patienten lebensverlängernde Behandlungen vorenthalten. Derzeit versucht das Londoner Gesundheitsministerium mit Unterstützung des General Medical Council (GMC) dieses Urteil durch ein Berufungsverfahren zu revidieren. Das Gesundheitsministerium argumentiert, dem staatlichen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) sei es "nicht zumutbar", unheilbar kranke Patienten unter allen Umständen am Leben halten zu müssen. „Das würde das Gesundheitswesen in kürzester Zeit finanziell ruinieren“, so der Anwalt des Gesundheitsministeriums, Philip Sales. Der GMC ist ein Organ der ärztlichen Selbstverwaltung. Nach Angaben des Gesundheitsministeriums kostet es „durchschnittlich 1500 Pfund pro Tag“ (etwa 2300 Euro), einen unheilbar kranken NHS-Patienten „künstlich am Leben zu halten“. Es ist das erste Mal, daß Gesundheitsministerium und GMC gemeinsam gerichtlich versuchen, einem Patienten das Recht auf Weiterbehandlung zu bestreiten. Beobachter sprechen von einem Präzedenzfall. Ein Motiv für den Konflikt dürfte auch der Mangel an Intensivbetten in Großbritannien sein. Auf der Insel gibt es pro 100.000 Patienten vier Intensivbetten, in Deutschland sind es 25 Betten (Ärzte Zeitung, 23.5.2005)
- Greifswald – Neues Hospiz am Uniklinikum in Greifswald: Das erste Hospiz an einem deutschen Universitätsklinikum wird in Greifswald eröffnet. Für die Finanzierung der Betreuungskosten ist der Träger allerdings auch auf Spenden angewiesen. Im September sollen die ersten Patienten in das stationäre Hospiz mit acht Betten einziehen. Für die Betreuung setzt das Hospiz auf zehn examinierte Krankenschwestern, Pfleger und Stationshilfen sowie auf seelsorgerische Begleitung und psychosoziale Unterstützung. Auch ehrenamtliche Mitarbeiter des örtlichen Hospizvereins helfen bei der Betreuung. Der patientengerechte Umbau wurde durch das Land und durch Spenden finanziert. Auf Spenden ist das Hospiz auch bei den Betreuungskosten angewiesen. Neben Beiträgen von Pflege- und Krankenkassen ist ein Eigenanteil der Bewohner eingeplant. Zehn Prozent der Kosten verbleiben beim Träger - für diesen Anteil hofft der Verein auf Spenden aus der Bevölkerung. Das Hospiz hat sich aus dem in der Region tätigen ambulanten Hospizdienst und der Krebschmerzinitiative Mecklenburg-Vorpommern entwickelt, die maßgeblich vom Greifswalder Mediziner Dr. Wolf Diemer angeschoben wurde. „Die Erfahrung hat aber gezeigt, daß nicht alle Patienten in ihrer häuslichen Umgebung betreut werden können“, teilte der Hospizverein mit. Mit der Greifswalder Einrichtung stehen in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt 32 Betten zur Verfügung. Weitere Hospize gibt es in Neubrandenburg, Rostock und Bergen auf Rügen. Mehr als 90 Prozent der dort betreuten Patienten leiden an Krebs (Ärzte Zeitung, 24.5.2005)

- Berlin – Nationaler Ethikrat: Sterbehilfe ohne Todesnähe: In seiner Stellungnahme zum Thema Patientenverfügung spricht sich der Nationale Ethikrat mehrheitlich dafür aus, dass Willenserklärungen zum Abbruch einer medizinischen Behandlung auch verbindlich sein sollen, wenn kein Sterbeprozess abläuft. Das betreffe Wachkomapatienten, die der Arzt dann (wie im US-Fall Schiavo) verhungern lassen müsste. Die Verfügung bedarf laut dem für Donnerstag kommender Woche zur Veröffentlichung vorgesehenen Papier der Schriftform. Beratungspflicht halten die Experten für nicht erforderlich. Damit unterstützt das 25-köpfige Gremium den von Bundesjustizministerin Brigitte Zypries (SPD) verfolgten und in einem Gesetzesentwurf der SPD-Bundestagsfraktion (FOCUS 16/05) niedergeschriebenen Kurs. In den Kirchen tun sich viele schwer mit dem Votum. Ethikratsmitglied Eberhard Schockenhoff, katholischer Moraltheologe in Freiburg im Breisgau, lehnt eine "mechanische Verbindlichkeit" derartiger Verfügungen weiterhin ab. Der Ratsvorsitzende der evangelischen Kirche, Berlins Bischof Wolfgang Huber, hatte diese Woche vor einem künftigen "Pflicht"-Charakter der Schriftstücke gewarnt (FOCUS, 28.5.2005)
- Berlin – Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ arbeitet unter Zeitdruck weiter: Die Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" hat ihre weitere Arbeitsplanung angesichts der jüngsten politischen Ereignisse grundlegend umstellen müssen. Bisher hat die Kommission eine Stellungnahme zur 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes und Zwischenberichte zu den Themen Organlebendspende und Patientenverfügungen vorgelegt. Mit diesen Papieren hat die Enquete-Kommission wichtige Diskussionen angestoßen und mitgestaltet. Ein weiterer umfangreicher Zwischenbericht zur "Palliativmedizin und Hospizarbeit" ist im Abschluss begriffen und wird wohl noch vor der Sommerpause verabschiedet werden. Es ist außerordentlich bedauerlich, dass es der Kommission aufgrund des zu erwartenden vorzeitigen Endes der 15. Wahlperiode nicht mehr möglich sein wird, die umfangreichen Vorarbeiten, die sie in den wichtigen Themenfeldern der Ethik der Forschung mit Menschen und der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen geleistet hat, in die Form eines Schlussberichts zu bringen. Der Bundestag wird in der kommenden Wahlperiode nicht umhin können, diese wichtigen Themen weiter zu bearbeiten. Er soll dabei auf die hervorragenden Vorarbeiten dieser Wahlperiode zurückgreifen können (Pressemitteilung der SPD-Bundestagsfraktion, 31.5.2005)
- Köln - Integration von Palliative-Care-Teams im Sozialgesetzbuch ist auf Eis gelegt: Die Bemühungen, die palliativmedizinische ambulante Versorgung zu verbessern, haben einen Rückschlag erlitten. Die geplante Verankerung von spezialisierten Palliative-Care-Teams im Sozialgesetzbuch V liegt wie andere Gesetzesvorhaben mindestens bis zu den Neuwahlen auf Eis. Staatssekretär Klaus Theo Schröder vom Bundesgesundheitsministerium hatte Anfang April angekündigt, daß sein Haus an gesetzlichen Regelungen zur Stärkung der ambulanten Versorgung schwerstkranker und sterbender Patienten arbeitet (wir berichteten). Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) stand mit dem Ministerium bereits im Austausch über das interdisziplinäre sektorübergreifende Konzept. "Wir machen uns keine Illusionen, daß diese Gespräche noch zu einem Abschluß kommen", sagt DGP-Geschäftsführer Dr. Thomas Schindler. Das sei umso bedauerlicher, da das Ministerium ein offenes Ohr für die Anliegen der Fachgesellschaft gehabt habe. Nun hoffe die DGP, daß die Arbeit an dem Konzept nach der Bundestagswahl weitergeht (Ärzte Zeitung, 31.5.2005)
- Potsdam – Palliativmedizin: Erstes Gutachten für Brandenburg: Erstmals liegt in Brandenburg eine umfassende Bestandsaufnahme zur Palliativversorgung vor. Ein von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) im Auftrag des märkischen Gesundheitsministeriums erstelltes Gutachten enthält Vorschläge für eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung, wie Ministerin Dagmar Ziegler (SPD) jetzt in Potsdam betonte. So sollten unter anderen palliativ-medizinische Beratungsdienste in den Krankenhäusern und Palliativ-Stützpunkte eingerichtet werden. Das Gutachten "Palliativversorgung in Brandenburg" ist bundesweit erst das Zweite seiner Art. Zusammen mit der Gemeinschaftsinitiative "Menschenwürdig leben bis zuletzt" und den Krankenkassen werde sich das Gesundheitsministerium intensiv mit den Empfehlungen aus dem Gutachten auseinandersetzen, kündigte Ziegler an. Denn je verlässlicher die Hilfen für schwerstkranke und sterbende Menschen seien, desto leiser werde der Ruf nach aktiver Sterbehilfe, unterstrich die Ministerin. Es sei Konsens, daß Palliativmedizin und ehrenamtliche Hospizarbeit Menschen in ihrer letzten Lebensphase ein würdiges und weitgehend schmerzfreies Sterben ermöglichen. Dazu gehörten eine gute ärztliche und pflegerische Hilfe und auch eine optimale psychosoziale und seelsorgerische Unterstützung, so die Politikerin (Ärzte Zeitung, 1.6.2005)

- Berlin – Ethikrat: Patient entscheidet über Grenzen der Medizin: Jeder Mensch kann nach Auffassung des Nationalen Ethikrates für den Fall einer späteren Entscheidungsunfähigkeit die Grenzen seiner medizinischen Behandlung verbindlich festlegen. Per Gesetz sollte dabei sicher gestellt werden, dass eine solche Patientenverfügung etwa im Fall eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung für Arzt und Pflegepersonal tatsächlich auch bindend ist, erläuterte Ethikrats-Präsident Spiros Simitis am Donnerstag bei der Vorlage einer entsprechenden Empfehlung in Berlin. Aktive Sterbehilfe hingegen lehnt der Ethikrat entschieden ab. Das Votum „für oder gegen eine spätere medizinische Behandlung“ schließe auch „die Durchführung, den Abbruch oder das Unterlassen medizinisch indizierter lebenserhaltender Maßnahmen“ ein – „keinesfalls jedoch Maßnahmen der aktiven Sterbehilfe“, heißt es in der mit Mehrheit von den Mitgliedern des Ethikrates verabschiedeten Empfehlung. Er berät die Bundesregierung in ethischen Fragen der Gentechnik und der Medizin. Ihm gehören Wissenschaftler, Theologen und ehemalige Politiker an. Etwa sieben Millionen Menschen in Deutschland haben Schätzungen zufolge bisher in schriftlicher Form Festlegungen über die Grenzen einer späteren medizinischen Behandlung gemacht. Eine solche Patientenverfügung dürfe nicht nachträglich vom Arzt „auf bestimmte Phasen der Erkrankung beschränkt werden“, sagte Simitis. Liegt dagegen keine Verfügung vor, werde der Arzt selbstverständlich „im Zweifel immer für das Leben entscheiden“, sagte der Vize-Vorsitzende des Ethikrates, Eckard Nagel. Im Herbst will der Ethikrat seine Gesamtempfehlungen zur Sterbebegleitung in Deutschland vorlegen. Die Frage der Patientenverfügung war dabei vom Ethikrat wegen der aktuellen politischen Debatte im Bundestag ausgekoppelt und vorgezogen worden. Bundesjustizministerin Brigitte Zypries (SPD) hatte zunächst einen Gesetzentwurf vorgelegt, diesen jedoch wieder zurückgezogen. Der Disput über die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung geht derzeit quer durch alle Bundestagsfraktionen. Während mehrere Sozialverbände das Plädoyer des Ethikrates für eine gesetzliche Regelung unterstützten, forderte der CDU-Abgeordnete Hubert Hüppe die Auflösung des Gremiums. Der neue Bundestag werde darüber zu entscheiden haben, ob die jährlichen Kosten in Höhe von 2,15 Millionen Euro „überflüssig“ seien, sagte Hüppe. Die für diesen Monat noch anstehende Neukonstituierung des Ethikrates mit den von Bundeskanzler Gerhard Schröder (SPD) berufenen Mitgliedern sollte deshalb unterbleiben (dpa, 2.6.2005)
- Bochum – Kritik an Nordrhein-Westfalens neuem Krebsregister: Kritik an der Datenerfassung des neuen Krebsregisters in Nordrhein-Westfalen hat die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) geübt. „Über 50 Prozent aller Tumorpatienten leiden im Laufe ihrer Erkrankung an Schmerzen; der Schmerz ist bei den meisten Krebserkrankungen ein Hauptsymptom. Im neuen Krebsregister, das am 1. Juni in Münster seine Arbeit aufgenommen hat, kommt das Wort Schmerz jedoch nicht einmal vor“, sagte der Präsident der Gesellschaft, Prof. Dr. Michael Zenz. Damit vererbe das Register die große Chance, nicht nur die genaue Häufigkeit von Schmerzen bei Tumorerkrankungen zu ermitteln, sondern auch einen Bewusstseinswandel bei Ärzten und Patienten einzuleiten. Ab 1. Juni müssen Ärzte jede gesicherte Neuerkrankungen in NRW an das Register melden. Erfragt werden zahlreiche Daten zur Erkrankung, zur Person und zu den Lebensumständen des Patienten, auch, ob er in der Nähe eines Sendemasten, einer Chemiefabrik oder eines Atomkraftwerks lebt. „Der Arzt fragt alles mögliche, aber nicht nach dem Schmerz“, kritisierte Zenz. Nach Angaben der Gesellschaft sind ein Drittel aller Tumorschmerzpatienten in Deutschland schmerztherapeutisch unterversorgt (Deutsches Ärzteblatt, 6.6.2005)
- Mainz – Neuer Lehrplan für Krankenpflegeausbildung vorgestellt: Die Krankenpflegeausbildung in Rheinland-Pfalz soll künftig mit einem landesweit einheitlichen Lehrplan verbessert werden. Im Mittelpunkt stehen neben pflegerischen Themen soziale Aspekte wie die Unterstützung von Angehörigen oder Sterbebegleitung, teilte das Sozialministerium am Montag in Mainz mit. „Pflege ist nicht denkbar ohne die Berücksichtigung der Selbstbestimmung und Würde des pflegebedürftigen Menschen“, sagte Sozialministerin Malu Dreyer (SPD). Dieses Thema müsse daher bei der Ausbildung besonders sorgfältig behandelt werden. Der vom kommenden Jahr an verbindliche Ausbildungsplan sei am Montag der Landespflegekonferenz vorgestellt worden. Er orientiert sich an dem für alle Gesundheits- und Krankenpflegesschulen geltenden neuen Krankenpflegegesetz. Zu den Ausbildungsthemen zählt auch die Hilfe für Demenzkranke und die Pflege von Menschen aus anderen Kulturkreisen. Der Lehrplan ist Teil der Ministeriums-Initiative „Menschen pflegen“ und wurde von einer 13-köpfigen Fachkommission erarbeitet (dpa, 6.6.2005)
- Berlin – Schmerztherapeuten hoffen auf EBM-Korrektur: Obwohl vielerorts die Sondereinbarungen zur Schmerztherapie weiterlaufen und manche Kassenärztlichen Vereinigungen sogar von der Möglichkeit Gebrauch machen, Schmerztherapeuten die Behandlung von mehr als 300 Patienten zu erlauben, rechnet

der Verband Deutscher Ärzte für Algesiologie damit, daß seine Mitglieder im laufenden Quartal bis zu 50 Prozent weniger Punkte abrechnen werden als zuvor. Der Grund: der neue EBM. Die Ziffern 30700 (umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten/1475 Punkte) und 30701 (Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung/895 Punkte) seien im Vergleich zu den bisherigen Schmerztherapievereinbarungen zu niedrig bewertet, so die Hauptkritik der Schmerztherapeuten. Zudem können sie nicht mehr zusammen in einem Quartal abgerechnet werden. „Das erzielbare Einkommen reicht nicht einmal aus, um die Praxiskosten zu decken. Viele Praxen werden schließen müssen“, sagte Dr. Dietrich Jungck, Vorsitzender des Verbandes der Algesiologen. Hoffnung setzen die Schmerztherapeuten jetzt darauf, daß der EBM neu bewertet wird, da die Honorareinbußen ihrer Praxen nach den ersten Abrechnungen des Quartals offen auf dem Tisch liegen. Das habe die KBV-Spitze bei einem gemeinsamen Gespräch im Gesundheitsministerium versprochen, sagen sie. Sowohl bei der KBV als auch im Ministerium wird diese Erwartung gelassen kommentiert. „Wenn der EBM wirklich zu drastischen Verwerfungen führen sollte, die sogar die Sicherstellung gefährden, werden wir natürlich reagieren“, erklärte KBV-Sprecher Roland Stahl. Allerdings ist das eine Selbstverständlichkeit, die für alle Fachgruppen gilt. Und im Gesundheitsministerium geht man nicht davon aus, daß der EBM die schmerztherapeutische Versorgung gefährdet. Im Gegenteil: „Mit der Aufnahme der neuen Abrechnungsziffern in den EBM können die damit vergüteten Leistungen erstmals flächendeckend (...) abgerechnet werden“, heißt es in einer Stellungnahme des Ministeriums an den Gesundheitsausschuss. „In der Vergangenheit waren entsprechende Leistungen nur im Rahmen freiwilliger kassenartenbezogener Schmerztherapievereinbarungen abrechenbar.“ Auch die Aussagen der Schmerztherapeuten zu den zu erwartenden Honorarverlusten seien nicht belegt. Die vermuteten Einkommensverluste von bis zu 50 Prozent „lassen sich nicht nachvollziehen“, heißt es in der Stellungnahme (Ärzte Zeitung, 8.6.2005)

- München – Regionalbischöfin plädiert für Sterbekultur: Zu einer „humanen Sterbekultur“ hat die Regionalbischöfin von München und Oberbayern, Susanne Breit-Keßler, aufgerufen. „Diese Gesellschaft profitiert in ihrer Humanität davon, wenn wir uns achtsam den Abschieden zuwenden“, sagte die Theologin am Mittwochabend bei ihrem Jahresempfang in der Allerheiligenhofkirche der Residenz in München. Die bayerische Landeskirche unterstütze die Hospizarbeit seit langem und beteilige sich an der Entwicklung der Palliativmedizin in einer interdisziplinären Palliativstation mit angeschlossener Ausbildungsakademie am Münchner Universitätsklinikum Großhadern. Die bayerische Sozialministerin Christa Stewens betonte bei dem Empfang, dass sich die Hospizbewegung, die Menschen im Angesicht des Todes begleitet und ein würdevolles Leben bis zuletzt sichert, gesellschaftlich durchgesetzt habe. In Bayern gebe es mittlerweile neun stationäre Hospize und 125 Hospizvereine mit insgesamt rund 19 000 Mitgliedern. Zum Empfang eingeladen waren auch 120 Frauen und Männer aus dem evangelischen Kirchenkreis München und Oberbayern, die sich haupt- oder ehrenamtlich in der Seelsorge in Hospizarbeit und Palliativmedizin engagieren. Breit-Keßler bedankte sich für ihren Einsatz und wies darauf hin, dass ihr Beispiel anderen Menschen Mut mache, „ihre Angehörigen auch am Ende nicht allein zu lassen“. Der Regierungspräsident von Oberbayern, Werner-Hans Böhm, dankte der Bischöfin für ihre „klaren und entscheidenden Worte“ in gesellschaftlichen Fragen (Süddeutsche Zeitung, 10.06.2005)
- Wedel / Bad Segeberg – Weitere Versorgung von Koma-Patienten in Pflegeheimen ungewiss: Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) in Schleswig-Holstein will nicht mehr für die medizinische Versorgung von Schwerstkranken in drei Schwerpunkt-Pflegeheimen aufkommen. Das bestätigte am Montag KV-Pressesprecher Robert Quentin. Es sei nicht originäre Aufgabe der Kassenärzte, diese Einrichtungen zu betreuen. Betroffen wären mehr als 100 Patienten, die nach Herzinfarkten, Schlaganfällen und Unfällen im Wachkoma versorgt werden. Jetzt prüft das Sozialministerium die Angelegenheit. Im Therapiezentrum „Haus Roland“ in Wedel (Kreis Pinneberg) wurde die Hausärztin, die sich um die meisten der gut 30 Patienten kümmert, aufgefordert, ab 1. Juli nicht mehr im Haus tätig zu werden. „Im Notfall müssten wir die Patienten ins Krankenhaus verlegen“, sagt Heimleiter Lars Thomsen. Er hofft jedoch, dass das Sozialministerium zu Gunsten der Patienten und des Hauses entscheiden wird. Die beiden anderen Einrichtungen dieser Art befinden sich in Middelburg (Kreis Ostholstein) und in Rickert bei Rendsburg. Nach Ansicht der Kassenärztlichen Vereinigung müssten die Schwerstkranken in einem Krankenhaus oder einer Spezialklinik versorgt werden. Stattdessen hätten die Verantwortlichen die Patienten, die nach Herzinfarkten, Schlaganfällen und Unfällen ins Wachkoma fielen, aus wirtschaftlichen Gründen in dem Pflegeheim konzentriert. Zudem gebe es im Haus keinen Stationsarzt. „Wir arbeiten mit einem Honorar- und Hausärzten zusammen“, sagt der Wedeler Heimlei-

ter. Der Honorararzt sei täglich im Hause und im Notfall erreichbar. Bei schweren Problemen werde wie in jedem Pflegeheim der Notarzt gerufen. Seine Einrichtung habe sich seit zehn Jahren auf die Versorgung von Schwerstkranken spezialisiert, die größtenteils beatmet und mit Sondenkost ernährt werden. Die Kassenärztliche Vereinigung wolle wahrscheinlich die teure medizinische Versorgung von Schwerstkranken in den stationären Bereich verschieben, für die die KV nicht das Budget verantwortet, vermutet der Sprecher der Ersatzkassenverbände, Oliver Grieve. Er sprach von „Risikoselektion“ (dpa, 13.6.2005)

- Wedel / Kiel – Ambulante Versorgung von Schwerstkranken bleibt vorerst gesichert: Die medizinische Versorgung von gut 100 schwerstkranken Patienten wird vorerst weiter aus dem ambulanten Budget der Kassenärztl. Vereinigung (KV), Ralf Büchner, am Dienstag in Bad Segeberg. Sozialministerin Gitta Trauernicht (SPD) hatte gedroht, die KV notfalls für die Aufgabe zu verpflichten. „Auch und gerade schwerstpflegebedürftige Menschen haben wie alle Patienten Anspruch auf gesicherte ambulante ärztliche Versorgung. Ich gehe davon aus, dass auch die KV sich zu diesem Grundsatz bekennt und keine zweifelhaften formalen vergütungsrechtlichen Hürden aufbaut“, sagte Trauernicht in Kiel. Die Kassenärztliche Vereinigung geht nach wie vor davon aus, dass die betroffenen Patienten stationär in einer Klinik versorgt werden müssten. „Es kann nicht sein, dass Einrichtungen mit maximalen ökonomischen Interessen sich diese Patienten ins Haus holen und andere für die Versorgung zahlen lassen“, sagte Büchner. Das Problem solle die Aufsichtsbehörde grundsätzlich klären. Bereits seit längerer Zeit streiten die Betreiber von drei Pflegeheimen in Wedel (Kreis Pinneberg), Rickert bei Rendsburg und Middelburg in Ostholstein mit der KV über die Finanzierung der medizinischen Versorgung. Akut war das Problem geworden, nachdem die KV die Haus- und Fachärzte in der Region Wedel (Kreis Pinneberg) aufgefordert hatte, vom 1. Juli an nicht mehr die gut 30 Schwerstkranken im Therapiezentrum Haus Roland zu betreuen. Nach Auskunft der KV wird diese Anweisung jetzt zurückgezogen (dpa, 14.6.2005)
- Brüssel / Belgien – Schmerztherapie: Veraltete Verordnungen in Europa verhindern: Veraltete staatliche Richtlinien und Verordnungen über den Einsatz und die Verschreibung von Opioiden behindern in ganz Europa eine angemessene Schmerztherapie. Das ist das Fazit des „Weißbuch zu Opioiden und Schmerz: eine gesamteuropäische Herausforderung“, die die so genannte „Opioids and Pain European Network of Minds“ (OPEN Minds) Gruppe verfasst und Mitte Juni dem Europäischen Parlament vorgelegt hat. Das Weißbuch liefert einen Einblick in die Stigmatisierung von Opioiden, die die amtliche Situation in 17 europäischen Staaten bewirkt. Das Weißbuch von OPEN Minds belegt zum Beispiel, dass in jedem Land in Europa Verschreibungen für starke Opioide aufwendiger sind als für andere Medikamente. Viele europäische Länder verlangen, dass die Verschreibungsformulare für starke Opioide anders als für andere Medikamente auszusehen haben. In manchen Fällen müssen sogar komplizierte dreifache Formulare ausgefüllt werden. Manche Länder verlangen sogar, dass der Arzt persönlich in regionalen Büros vorstellig wird, um die Formulare zu erhalten, die zur Verschreibung starker Opioide notwendig sind und in manchen Ländern muss der Arzt sogar persönlich für diese Formulare zahlen. Sogar die Sprache und Begrifflichkeit, die zur Beschreibung dieser Medikamente benutzt wird, ist in vielen europäischen Ländern negativ. So wird in Deutschland die Gruppe aller Narkotika, einschließlich der Opioide, als „Betäubungsmittel“, also als „Mittel, jemanden bewusstlos zu machen“ bezeichnet und in Österreich werden Verschreibungsformulare als „Suchtgiftrezepte“, also als „Rezepte zur Verschreibung süchtig machender Gifte“ bezeichnet. „In allen Ländern sollte eines der wichtigsten Ziele der Gesundheitspflege die angemessene Behandlung von Menschen sein, die unter chronischen Schmerzen leiden. Das bedeutet, dass der Zugang zu Opioid-Medikamenten dementsprechend sichergestellt sein muss, was nach den Ergebnissen dieser Untersuchung nicht überall in Europa der Fall ist“, erklärte der Vorsitzende der OPEN Minds Gruppe, Prof. Dr. Eckhard Beubler vom Institut für experimentelle und klinische Pharmakologie der Universität Graz, Österreich (Deutsches Ärzteblatt, 15.6.2005; Das Weißbuch von OPEN Minds steht in der Rubrik „Downloads“ auf der DGP-Website zur Verfügung)
- Largo / USA – Komapatientin Schiavo war extrem hirngeschädigt: Das Gehirn der im März nach 13-tägigem Ernährungsstopp gestorbenen US-Komapatientin Terri Schiavo war so schwer geschädigt, dass keine Behandlung ihren Zustand hätte verbessern können. Es gibt außerdem keinerlei Anzeichen dafür, dass ihr Ehemann sie misshandelte und dadurch ihre Erkrankung verursachte. Das sind die beiden Kernpunkte eines Autopsieberichts, den der zuständige Gerichtsmediziner am Mittwoch - rund zweieinhalb Monate nach dem Tod der 41-Jährigen - in Largo (Florida) veröffentlichte. Der Fall Schiavo hatte nicht nur in den USA, sondern international eine leidenschaftliche Debatte über Sterberecht und Sterbehilfe ausgelöst. Die Amerikanerin war

nach einem plötzlichen Zusammenbruch im Jahr 1990 in ein so genanntes Wachkoma verfallen und seitdem über eine Magensonde künstlich ernährt worden. Mitte März hatte ihr Ehemann Michael nach langjährigem erbitterten Streit mit den Eltern der Kranken, Bob und Mary Schindler, eine Einstellung der Ernährung durchgesetzt, was am 31. März zum Tod der 41-Jährigen führte. Die Autopsie war auf Wunsch von Michael Schiavo durchgeführt worden, der damit unter anderem den von den Eltern geäußerten Verdacht entkräften wollte, er habe den Zusammenbruch seiner Frau durch Schläge herbeigeführt. Vater und Mutter Schindler hatten zudem die Überzeugung geäußert, dass ihre Tochter nicht so krank sei wie es von ihrem Schwiegersohn und im Zuge des Streits von Gerichten eingeschalteten medizinischen Gutachtern dargestellt wurde. Die Möglichkeit einer Verbesserung des Zustands war auch das Hauptargument der Eltern in ihrem verzweifeltem Kampf gegen eine Einstellung der Nahrungszufuhr gewesen. Gerichtsmediziner Jon Thogmartin bestätigte bei der Vorlage seines Autopsieberichts, dass Terri Schiavo so massiv hirngeschädigt war, dass keine Behandlung – „was und wie viel auch immer“ - genützt hätte. Nach Angaben des Spezialisten wog das Gehirn der jungen Frau nur rund die Hälfte von dem, „was man allgemein von einem menschlichen Gehirn erwartet“. Thogmartin teilte auch mit, dass Terri Schiavo, die während ihres Komas oft die Augen geöffnet hatte, „völlig blind war“. Was zum Zusammenbruch und damit zum Gehirnschaden der jungen Frau führte, konnte dem Mediziner zufolge durch die Autopsie nicht geklärt werden. Ganz sicher war er sich, dass der Körper der Kranken seinerzeit - bei einer ersten Untersuchung kurz nach dem Zusammenbruch und nun auch bei der Autopsie - keinerlei Zeichen einer Gewalteinwirkung wie Knochenbrüche oder Würgemale aufwies. Terri Schiavo war nach 13 Tagen ohne Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr schließlich an Austrocknung gestorben, bestätigte der Mediziner weiter. „Es war kein Hungertod.“ (dpa, 15.6.2005)

- Dortmund – Hospiz Stiftung will Beratungspflicht bei Patientenverfügungen: Die Deutsche Hospiz Stiftung macht sich für eine Beratungspflicht bei Patientenverfügungen stark. „Bei jedem Grundstückserwerb muss man sich notariell beraten lassen - da sollte man bei Fragen von Leben oder Tod erst recht fachkundige Beratung in Anspruch nehmen“, sagte der Vorsitzende Eugen Brysch. Die Deutsche Hospiz Stiftung hat einen eigenen Gesetzentwurf zu den Patientenverfügungen vorgelegt. „Wir befürchten, dass wegen der Wahldiskussionen das Thema bis zum Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben wird“, begründete Brysch. Nach dem Vorschlag der Stiftung müssen Patientenverfügungen nach der Beratung schriftlich verfasst und alle zwei Jahre aktualisiert werden. Die konkrete Entscheidungssituation sei dabei zu berücksichtigen. Im Gegensatz zur Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ wolle man die Gültigkeit einer Verfügung nicht auf unmittelbar tödliche Krankheiten oder den Sterbeprozess begrenzen. Zugleich setze die Stiftung aber engere Grenzen als das Bundesjustizministerium, das auch mündliche Erklärungen als gültige Patientenverfügung verstehe (dpa, 19.6.2005; Der Vorschlag der Deutschen Hospiz Stiftung für ein „Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz“ steht im Download-Bereich der DGP-Website zur Verfügung)
- Wiesbaden – Palliativstation an Horst-Schmidt-Kliniken geplant: An den Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken (HSK) wird es bald eine Palliativstation geben, wo die physischen und psychischen Leiden von Patienten, für die es keine Heilung mehr gibt, gelindert werden sollen. Wie der Direktor der internistischen Klinik für Onkologie, Norbert Frickhofen, im Presseclub der Landeshauptstadt berichtete, soll die Station, für die in einem der Klinikgebäude eine ganze Etage umgebaut wird, am 18. März eröffnet werden. Die ersten Patienten könne man aber wohl schon Ende dieses Jahres aufnehmen. "Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben" - mit diesem berühmt gewordenen Satz habe die britische Krankenschwester Cicely Saunders bereits in den siebziger Jahren ausgedrückt, daß am Ende Lebensqualität Vorrang haben müsse vor - Quantität, sagte Frickhofen. Doch während palliative Medizin in England nicht zuletzt aufgrund der Initiative Saunders' längst selbstverständlich sei, sei sie für deutsche Ärzte noch weitgehend Neuland. Nur drei Lehrstühle, alle in Nordrhein- Westfalen, widmeten sich dem Thema, und in Hessen gebe es nicht einmal entsprechende Fortbildungsangebote. Zu den fachlichen Defiziten kommen die finanziellen: Ohne eine von der Deutschen Krebshilfe gewährte Anschubfinanzierung in Höhe von 750.000 Euro - das entsprach etwa zwei Dritteln der Umbaukosten - wäre seine Idee von der Palliativstation nach Darstellung des Professors kaum zu verwirklichen gewesen. Und schon gar nicht passe das Konzept für eine "ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung" (Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO) zum Fallpauschalen-Abrechnungssystem der Krankenkassen. Die HSK müßten deshalb für die neue Zehn-Betten-Abteilung mit jährlichen Zusatzkosten von rund 200.000 Euro rechnen. Und obwohl das Thema Palliativmedizin mit Blick auf die demographische Entwicklung

mittlerweile auch in Deutschland an Bedeutung gewinne, werde es wohl noch Jahre dauern, bis die entsprechende Versorgung in den Regelkanon des Gesundheitssystems aufgenommen werde. Um die zu erwartenden Defizite aufzufangen, kann Frickhofen vorerst auf die HSK-Stiftung bauen, die sich vorgenommen hat, die Palliativmedizin als "eines der wichtigsten Zukunftsfelder" besonders zu fördern (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 24.6.2005)

- Berlin – Enquete-Kommission fordert bessere Betreuung Kranker und Sterbender: Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ hat eine bessere Betreuung Schwerstkranker und Sterbender gefordert. In einem Zwischenbericht schlägt die Kommission Stärkung der ambulanten und stationären Hospizarbeit, Verbesserung der medizinischen Ausbildungen und die Einführung einer Karenzzeit für pflegende Angehörige vor. Ziel sei, Schwerstkranken und Sterbenden ein menschenwürdiges Lebensende zu ermöglichen, sagte der Kommissionsvorsitzende René Röspel (SPD) nach der Übergabe des Berichts an Bundestagspräsident Wolfgang Thierse (SPD) am Dienstag in Berlin. Thierse sagte, er hoffe, dass in der nächsten Legislaturperiode wenigstens ein Teil der Vorschläge umgesetzt werden könne. Auf die Ängste der Menschen vor dem Sterben müssten Antworten gegeben werden. „Die Antwort muss nicht heißen: Hilfe zum schnellen Sterben. Es gibt auch andere Möglichkeiten“, sagte er. Unions-Obmann Thomas Rachel sprach von einem „humanen Gegenentwurf zur aktiven Sterbehilfe“. Die Kommission fordert insbesondere, flächendeckend Expertenteams für die ambulante Betreuung Schwerstkranker und Sterbender zu schaffen. Zudem sollen Arbeitnehmer das Recht erhalten, freigestellt zu werden, um sterbenden Angehörigen beizustehen. Währenddessen sollen die Sozialversicherungsbeiträge vom Arbeitgeber weitergezahlt werden, dieser soll die Kosten aber aus Steuermitteln erstattet bekommen. Sterbenden und Schwerstkranken solle ein Leben und Sterben in Würde, ohne Angst und in vertrauter Atmosphäre ermöglicht werden, sagte SPD-Obmann Wolfgang Wodarg. Vor allem die Krankenkassen müssten in die Pflicht genommen werden (dpa, 28.6.2005)
- Berlin – Die Ethik-Kommission des Bundestages fordert Ausweitung der Palliativmedizin statt aktiver Sterbehilfe: Als Alternative zur aktiven Sterbehilfe fordert die Ethik-Enquete-Kommission des Bundestages eine Ausweitung der schmerzlindernden Medizin für Sterbende und Schwerstkranke. Der Anspruch auf palliativmedizinische Versorgung müsse im Recht verankert werden, fordert die Kommission. Man habe in Modellversuchen bereits gute Erfahrungen mit schmerzlindernder Medizin gemacht, sagte der SPD-Obmann Wolfgang Wodarg – nur seien die Versuche nicht fortgeführt worden. Die Schuld gab Wodarg dem Wettbewerb der Krankenkassen. „Die Sterbenden und Schwerkranken sind die teuersten Kunden der Krankenkassen. Deswegen wird keine Kasse sich um diesen Kreis bemühen.“ Als Resultat habe man es in Deutschland mit einer Fehlversorgung zu tun: Sterbende würden in Krankenhäuser eingeliefert, obwohl klar sei, dass sie nicht mehr geheilt werden könnten. Statt in einem Krankenhaus oder Pflegeheim zu liegen, sei es der Wunsch der Patienten, daheim sterben zu können, heißt es in dem Bericht. Um den Patienten diese Möglichkeit zu geben, empfiehlt die Kommission die Einrichtung einer Familien-Hospiz-Karenzzeit. Die Angehörigen würden zur Pflege eines Sterbenden von der Arbeit freigestellt. In dieser Zeit wäre der Freigestellte nicht kündbar, die Zahlung der Lohnkosten sollen dem Arbeitgeber aus Steuermitteln erstattet werden. Um eine gute ambulante Pflege der Sterbenden zu garantieren, empfiehlt die Kommission die Einrichtung von „Palliativ-Care-Teams“. Hierbei sollen Altenpfleger, Hausärzte und Palliativ-Experten miteinander vernetzt werden, damit die Versorgung besser koordiniert werde. Die Kommission befürwortet vor diesem Hintergrund auch eine Modifizierung der Ausbildung im medizinischen Bereich. „Dieser Bericht macht konstruktive Gegenvorschläge zur Euthanasie, wie wir sie in den Niederlanden kennen“, sagte CDU-Kommissionsmitglied Thomas Rachel. Die Zustimmung zur Sterbehilfe sei der Angst vor einem schmerzhaften Tod geschuldet. Sollten die Vorschläge der Kommission umgesetzt werden, könne diese Angst gelindert werden. Wie die verbesserte Versorgung mit schmerzlindernder Medizin finanziert werden soll, lässt die Kommission allerdings offen. CSU-Obfrau Barbara Lanzinger verwies darauf, dass die Ausgestaltung der Gesetze Aufgabe des Parlaments sei. Der Psychologe Michael Wunder, sachverständiges Mitglied der Kommission, rief dazu auf, die Debatte nicht von vornherein mit der Finanzierungsfrage zu belasten. Es gehe schließlich um einen menschenwürdigen Tod (die tageszeitung, 29.6.2005)