

Kurze Meldungen (Gesundheitspolitik / Palliativmedizin & Hospizarbeit / Sterbehilfe)

Juli – September 2006

- Basel / Schweiz – Bischöfe lehnen grenzübergreifend aktive Sterbehilfe ab: Eine grenzübergreifende Initiative gegen aktive Sterbehilfe haben Bischöfe aus Deutschland, Frankreich und der Schweiz gestartet. In einem am Montag in Basel vorgestellten Hirtenschreiben werden Forderungen nach einer Freigabe von Euthanasie und ärztlicher Suizidhilfe entschieden zurückgewiesen. Die Grundsätze von der Unverletzlichkeit des menschlichen Lebens und die Rechte Schwerkranker und Sterbender verpflichteten alle Menschen, schreiben die Erzbischöfe Robert Zollitsch aus Freiburg und Joseph Dore aus Straßburg sowie der Basler Bischof Kurt Koch. Nach ihrer Ansicht würde eine rechtliche Zulassung der Tötung auf Verlangen oder der ärztlichen Suizidhilfe den Tod in ein künstlich herbeigeführtes Ereignis verwandeln. Dahinter stehe ein Menschenbild, das nur an den Idealen von Unabhängigkeit, Leistungsfähigkeit und Gesundheit orientiert sei. Die Bischöfe würdigten zugleich die Hospizbewegung. „Ein humaner Sterbebeistand, der diesen Namen verdient, verfolgt das Ziel, einem sterbenden Mitmenschen Raum für die Annahme seines eigenen Todes zu gewähren“, heißt es in dem Schreiben (Deutsches Ärzteblatt, 3.7.2006 / Das „Gemeinsame Hirtenwort der Bischöfe von Freiburg, Strasbourg und Basel“ steht auf der Website der DGP in der Rubrik „Downloads“ unter dem Titel „Die Herausforderung des Sterbens annehmen“ zur Verfügung)
- Berlin – Hospiz-Stiftung: Gesundheitskompromiss stärkt Palliativmedizin: Die Deutsche Hospiz Stiftung bewertet den Koalitionskompromiss zur Gesundheitsreform als Stärkung der Palliativmedizin. Es sei gut, dass die Politik Prioritäten setze und den Rechtsanspruch auf eine umfassende Sterbebegleitung zum Gesetz machen wolle, sagte der geschäftsführende Stiftungs-Vorstand Eugen Brysch am Mittwoch in Berlin. Zugleich warnte er davor, diesen Leistungsanspruch abwehren zu wollen. Professionelle Sterbebegleitung dürfe nicht zum Zankapfel werden. In den am Dienstag von den Koalitionsspitzen vorgelegten Eckpunkten heißt es unter anderem, der Leistungsanspruch auf und die Vergütung von Palliativversorgung müssten definiert und verbessert werden. Im Mai hatte die Hospiz Stiftung einen Gesetzentwurf zur Verbesserung der palliativen und hospizlichen Leistungen vorgelegt. Er sah vor, 660 ambulante Palliativdienste zur Versorgung Schwerstkranker und Sterbender einzurichten, um eine flächendeckende Versorgung zu erreichen. Der jetzt von den Koalitionsfraktionen formulierte Leistungsanspruch auf umfassende Sterbebegleitung entspreche diesem Entwurf, meinte Brysch (Deutsches Ärzteblatt, 5.7.2006)
- Kiel – Schulungen für Pflegekräfte zum Thema Abschied und Tod: Bei der Betreuung sterbender Menschen hat die Arbeiterwohlfahrt (AWO) Schleswig-Holstein Defizite - etwa bei der Kooperation von Ärzten und anderen Fachkräften - ausgemacht. „Die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten, Pflegefachkräften, Sozialarbeitern und anderen Leistungsträgern muß verbessert werden“, forderte AWO-Geschäftsführer Hans-Jürgen Damm. Vor allem die Altenpflege - in diesem Bereich ist die AWO aktiv - wird nach Damms Beobachtung zu wenig in die Palliativversorgung einbezogen. Häufig werde „zu einseitig aus der Medizin und Krankenpflege heraus gedacht“, kritisierte Damm. Die AWO will deshalb künftig ihre Mitarbeiter für die Pflege im Palliativbereich schulen. Bislang hätten nur vereinzelte Pflegekräfte eine entsprechende Zusatzausbildung. Damm will damit erreichen, daß mehr Menschen ein Sterben in häuslicher Umgebung ermöglicht wird - dies würden nach seinen Erfahrungen viele Menschen dem Krankenhaus vorziehen. „Viele alte Menschen kommen zum Sterben ins Krankenhaus, obwohl sie zu Hause bleiben möchten und könnten“, sagte Damm. Viele Menschen müßten zudem auch mehr Schmerzen ertragen als medizinisch notwendig. Zugleich warnte der AWO-Chef Ärzte davor, sich nur auf die Schmerztherapie zu konzentrieren. Angst vor Abhängigkeit oder vor dem Verlust von Kontrolle über den eigenen Körper seien ernstzunehmende Befürchtungen von Menschen in der letzten Lebensphase. Soziale Begleitung sei deshalb genauso wichtig wie eine qualifizierte pflegerische Versorgung. Die Pflegekräfte sollen deshalb Schulungen erhalten, in denen sie sich mit den Themen Abschied und Tod auseinandersetzen. Eine im Norden von Gesundheitsministerin Dr. Gitta Trauernicht angeregte Initiative zum Ausbau der Infrastruktur in der Palliativmedizin begrüßte die AWO (Ärzte Zeitung, 5.7.2006)
- Düsseldorf – Palliative Care Teams kümmern sich um die Betreuung todkranker Kinder: In Deutschland erkranken jährlich etwa 1800 Kinder an Krebs, jedes vierte überlebt die Krankheit nicht. Bis heute fehlen flächendeckende Angebote für eine ambulante palliativmedizinische Versorgung von Kindern - etwa sechs von zehn sterben in Krankenhäusern, und nicht zu Hause im Kreis der Familie. Hier setzt ein Integrationsprojekt zur palliativmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Regierungsbezirk Düsseldorf an. An dem Projekt beteiligt sind das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Universitätsklinik Düsseldorf, der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, die AOK Rheinland, die IKK Nordrhein, die Knappschaft, die Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW und die Barmer Ersatzkasse. Kernstück ist das Palliative-Care-Team (PCT) des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin der Uniklinik. „Die Regelversorgung, die wir bislang ha-

ben, sieht ein Sterben zu Hause nicht vor“, sagte Dr. Brigitte Wutschel-Monka, Vorstandsvorsitzende der IKK Nordrhein, bei der Vorstellung des Projekts in Düsseldorf. Die Finanzierung der ambulanten Versorgung ist nun vertraglich geregelt. Das Volumen liegt bei 80 000 bis 100 000 Euro pro Jahr, so Wutschel-Monka. „Diese Summe ist für uns ein ganz großer Schritt“, freute sich Dr. Gisela Janßen, Oberärztin und Leiterin des PCT. Seit 1983 betreut Janßen sterbende Kinder, zunächst mit einer Pflegekraft, später mit zwei Pflegekräften. „Zu der Zeit geschah das alles heimlich, abends nach dem Dienst“, sagte Janßen. So waren die ehrenamtlich tätigen Teams auf ihren Fahrten zu den Kindern nicht über den Arbeitgeber versichert. Pro Jahr betreut das PCT zwischen 15 und 25 Kinder aus der Region. Seit 2003 arbeiten die inzwischen zwei Ärzte und fünf Schwestern offiziell im ambulanten Bereich. Möglich wurde das durch die finanzielle Unterstützung des Vereins Elterninitiative Kinderkrebsklinik. Der Verein bezahlt eine Arzt- und eine Schwesternstelle. Zudem verfügen die Ärzte und Krankenschwestern dank der Hilfe des Vereins inzwischen über einen Fundus an Gerätschaften, um den Kindern vor Ort schnell helfen zu können, erläuterte Janßen. „Wenn wir ein Bett brauchen, können wir das innerhalb von 24 Stunden aufstellen.“ Früher habe man Hilfsmittel wie Rollstühle erst bei der Krankenkasse beantragen müssen, sagte sie. Über einen Rufdienst sind die Ärzte 24 Stunden am Tag erreichbar. Janßen hofft, daß das Team mit den nun zur Verfügung stehenden zusätzlichen Mitteln noch um einen dritten Kollegen ergänzt werden kann, um die Rufbereitschaft auf mehr Schultern zu verteilen. Im Durchschnitt besuchen Janßen und ihr Kollege jeden Patienten zehnmal über einen Zeitraum von sechs Wochen. Im vergangenen Jahr kamen so 16 000 Kilometer zusammen. Die Kooperation mit niedergelassenen Kinderärzten soll helfen, diese zeitliche Belastung zu senken, hofft Janßen. Kinderärzte spielten zudem eine wichtige Rolle bei der Trauerarbeit, da sie die betroffenen Familien kennen, sagte Janßen. Als Betreuungspauschale erhalten die am Modellprojekt teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte pro Quartal 50 Euro und 45 Euro für zusätzliche Hausbesuche. Begleiten die Ärzte die Kinder in die Klinik, bekommen sie dafür 95 Euro. Für die Entscheidung der Eltern, das Kind mit zum Sterben nach Hause zu nehmen, sei es sehr wichtig, daß diese über die Rufbereitschaft jederzeit einen Ansprechpartner hätten.

Der Chef des Landesverbandes Nordrhein des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, Dr. Thomas Fischbach, verwies auch auf das Schicksal von Kindern mit anderen unheilbaren Krankheiten. Er hoffe, daß auch diesen Patienten in Zukunft ein Sterben im häuslichen Umfeld ermöglicht werde, sagte er. Nach Angaben des Hospizvereins am Städtischen Klinikum Gütersloh leiden etwa 16.000 Kinder in Deutschland an tödlich verlaufenden Erkrankungen, etwa 1500 sterben pro Jahr (Ärzte Zeitung, 10.7.2006)

- Stuttgart – Goll: Patientenverfügungen müssen verbindlich sein: Der baden-württembergische Justizminister Ulrich Goll (FDP) fordert eine klare gesetzliche Regelung zur Reichweite und Bindungswirkung von Patientenverfügungen. Damit sollten auch auf die Zukunft gerichtete Patientenverfügungen als verbindlich festgeschrieben werden, forderte Goll am Montag auf einem Symposium von Richtern und Staatsanwälten in Stuttgart. Für ihn habe das Selbstbestimmungsrecht des Patienten „oberste Priorität“. Mit einer Patientenverfügung bestimmt der Verfasser, welche medizinischen Behandlungen durchgeführt werden sollen, wenn er selbst hierüber nicht mehr entscheiden kann. Goll sprach sich dafür aus, in einem Gesetz neben der Form und der Bindungswirkung auch die Beteiligung von Vormundschaftsgerichten und weiterer Gremien zu regeln. Abweichungen vom erklärten Patientenwillen dürfe es nur geben, wenn konkrete Anhaltspunkte für die Änderung des Willens vorliegen. Das Bundesjustizministerium hatte 2004 einen Entwurf für ein Gesetz zur Patientenverfügung vorgelegt, der später wieder zurückgezogen wurde. Die große Koalition plant, in der laufenden Legislaturperiode zu einer Entscheidung zu kommen (Deutsches Ärzteblatt, 10.7.2006)
- Houston / USA – Schadenersatz nach tödlicher Opiat-Überdosierung aus Fentanyl-Pflaster: Die Firma Johnson & Johnson wurde von einem Gericht im US-Staat Texas zur Zahlung von 772.500 Dollar Schadenersatz verurteilt. Die Juroren sahen es als bewiesen an, dass Duragesic-Pflaster (in Deutschland Durogesic®) die zehnfache Menge des Opioids Fentanyl abgegeben haben. Johnson & Johnson bezweifelte den Zusammenhang, während die Arzneibehörde FDA bereits im letzten Jahr einen Health Alert herausgegeben hat. Klägerin war die Tochter einer Patientin gewesen, die nach einem Verkehrsunfall Duragesic zur Schmerzlinderung erhalten hatte. Nach deren Tod stellte man einen zehnfach erhöhter Plasmaspiegel des hochpotenten Opioids im Blut fest. Nach Presseberichten sind mehr als hundert weitere Verfahren anhängig, und die FDA untersuche die Todesursachen von etwa 120 Personen, die nach der Anwendung eines Fentanyl-Pflasters ums Leben kamen. Im Juli vergangenen Jahres hatten die FDA einen Health Alert veröffentlicht. Dort wurde darauf hingewiesen, dass Fentanyl ein sehr starkes Opioid ist, das bei einer Überdosierung schnell tödlich wirkt. Die Patienten wurden ermahnt, die Anleitungen der Ärzte strikt zu beachten und nicht etwa mehrere Pflaster gleichzeitig aufzukleben. Die Anwälte von Johnson & Johnson vertraten vor Gericht die Ansicht, die verstorbene Frau müsse mehrere Pflaster benutzt haben, was die Geschworenen ihnen aber nicht abnahmen. Immerhin konnte Johnson & Johnson einen verschärften Schadenersatz („punitive damage“) vermeiden, der sich am Umsatz von weltweit 1,6 Milliarden US-Dollar – Duragesic ist das viertumsatzstärkste Präparat von J&J – gerichtet hätte. Die FDA gab den Ärzten auch den Rat, die Patienten eindringlich auf die Symptome der

Opiatüberdosierung hinzuweisen wie Atemwegsdepression, Sedierung und Denk- und Koordinierungsstörungen. Dies gelte nicht nur für das Originalpräparat, sondern auch für die Generika, die nach dem Erlöschen des Patentschutzes auf den Markt drängen. Offiziell ist die Untersuchung der FDA noch nicht abgeschlossen, sodass die Ursache der Überdosierungen letztlich offen bleiben (Deutsches Ärzteblatt, 10.7.2006)

- Berlin – Ethikrat legt Empfehlungen zum Umgang mit Todkranken vor: Bei einem ernsthaft bedachten Selbstmord eines todkranken Menschen sollten Angehörige nach Ansicht des Nationalen Ethikrates nicht wegen unterlassener Hilfeleistung angeklagt werden. „Es gibt Fälle, wo Menschen einfach nicht mehr leben wollen und für einen erfolgreichen Rettungsversuch auch im Nachhinein nicht dankbar wären. In solchen Fällen bitten wir um strafrechtliche Zurückhaltung“, sagte die Vorsitzende Kristiane Weber-Hassemer bei der Vorstellung einer Empfehlung des Ethikrates am Donnerstag in Berlin. Ob dies auch für Ärzte gelten soll, ist im Rat umstritten. Einig ist sich das interdisziplinär besetzte Gremium, das die Bundesregierung in ethischen Fragen berät, bei der so genannten passiven Sterbehilfe: Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten sollten Mediziner, Pflegende und Angehörige lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen, begrenzen oder beenden können, ohne strafrechtliche Sanktionen befürchten zu müssen. Hier handele es sich nicht um Sterbehilfe, sondern um Sterbenlassen. Eine Tötung auf Verlangen müsse jedoch strafbar bleiben, sagte Weber-Hassemer. Bei der ethischen Bewertung von Sterbehilfeorganisationen sind sich die Mitglieder des Rates nicht einig. Die Mehrheit lehnt jede Form der organisierten Suizidbeihilfe ab. Nach Ansicht einiger Mitglieder sollten entsprechende Organisationen allerdings nicht grundsätzlich verboten sein, da sie „die Transparenz und Kontrollierbarkeit der Suizidbeihilfe erhöhen“ könnten. Die gewinnorientierte Sterbehilfe wird von allen Mitgliedern abgelehnt. Die christlichen Kirchen bekräftigten ihren Widerstand gegen eine ärztliche Beihilfe zum Selbstmord und kritisierten, dass der Ethikrat in diesem Punkt keine einheitliche Linie gefunden habe. Der Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche, Bischof Wolfgang Huber, warnte: „Das partielle Ja zur ärztlichen Suizidbeihilfe und zur ärztlichen Mitwirkung bei der Tötung auf Verlangen stellt den in Deutschland bestehenden Konsens über den ärztlichen Ethos in Frage.“ Der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz, Kardinal Karl Lehmann, sprach sich gegen institutionalisierte Suizidbeihilfe aus: „Die Akzeptanz solcher Angebote würde den Schutzauftrag der Gesellschaft gegenüber suizidgefährdeten Menschen aushöhlen und dem Suizid den Anschein von Normalität und gesellschaftlicher Akzeptanz verleihen.“ (dpa, 13.7.2006)
- Berlin – Hoppe kritisiert Ethikrat-Vorschläge zum Umgang mit Todkranken: Der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, hat die Vorschläge des Ethikrates zum Umgang mit Todkranken scharf kritisiert. „Mit der Methode des assistierten Suizids soll doch nur das Verbot der Tötung auf Verlangen umgangen werden“, sagte er der „Passauer Neuen Presse“ (Freitag). Eine ärztliche Beihilfe bei Selbstmord lehnte er kategorisch ab. „Der Patient hat das Recht auf einen würdigen Tod, nicht darauf, getötet zu werden.“ Das Recht auf einen selbstbestimmten Tod werde zur Farce, „wenn nur noch der nicht getötet werden darf, der ausdrücklich nicht getötet werden will“. Hoppe warnte: „Wenn wir in der Frage der Sterbehilfe nachgeben, werden wir in dieser Gesellschaft in eine ethische Schiefelage geraten.“ Der Ethikrat ist ein interdisziplinär besetztes Gremium, das die Bundesregierung in ethischen Fragen berät. Zur so genannten passiven Sterbehilfe schlug er vor: Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten sollten Mediziner, Pflegende und Angehörige lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen, begrenzen oder beenden können, ohne strafrechtliche Sanktionen befürchten zu müssen. Hier handele es sich nicht um Sterbehilfe, sondern um Sterbenlassen. Eine Tötung auf Verlangen müsse jedoch strafbar bleiben, hieß es (dpa, 14.7.2006)
- Bremen – Erste Klinik für Palliativmedizin in Bremen: Das Klinikum Links der Weser (LdW) hat kürzlich Bremens erste Klinik für Palliativmedizin und Schmerztherapie eröffnet. In Zukunft soll von dort aus in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten auch die ambulante Versorgung von Sterbenskranken organisiert werden. Die Station wird acht Betten für Palliativmedizin und fünf für die ambulante Schmerztherapie bereithalten. 18 Mitarbeiter werden sich um die Patienten kümmern, davon drei in der Palliativmedizin ausgebildete Ärzte und ein Chefarzt. „Es ist ein mutiger Schritt, daß eigens eine Chefarztstelle für die Palliativmedizin und Schmerzmedizin in Bremen geschaffen wird“, sagte der zukünftige Chef der Station Dr. Hans-Joachim Willenbrink, „das Projekt wird dadurch sehr aufgewertet.“ Die Verweildauer gab Willenbrink mit elf Tagen an. „70 Prozent unserer Patienten werden wieder entlassen“, sagte Willenbrink, „wir sind keine Sterbestation.“ Zusätzlich zu den Patienten auf der Station betreuen die Ärzte auch die Sterbenden im Bremer Hospiz „Die Brücke“. Die ambulante Versorgung von Sterbenskranken in Bremen soll nach dem Willen der Klinikärzte über einen Vertrag der integrierten Versorgung und vom LdW aus geregelt werden. Mit den angrenzenden Gebieten Niedersachsens rechnet Willenbrink mit rund 250 ambulanten Palliativpatienten. „Wir sind mit der AOK Bremen/Bremerhaven bereits in Verhandlungen“, sagte Willenbrink. Zur Zeit steuert ein Förderverein des Klinikums links der Weser rund 50 Prozent der Kosten für die ambulante Versorgung der Patienten bei. Wenn der IV-Vertrag erst stehe, „sollen auf jeden Fall auch die niedergelassenen Ärzte als Zuweiser und Betreuer in den Vertrag mit aufgenommen werden“, sagte Willenbrink (Ärzte Zeitung, 14.7.1006)

- Altötting – Erzbischof Schick kritisiert Ethikrat: Der Bamberger Erzbischof Ludwig Schick hat die Position des Nationalen Ethikrates zur Sterbehilfe kritisiert. Sie befördere den Suizid und die Beihilfe zum Selbstmord, sagte Schick am Sonntag bei der Malteser-Wallfahrt vor rund 2000 österreichischen und bayerischen Pilgern in Altötting. Schick reagierte mit seiner Predigt auf die Stellungnahme des Nationalen Ethikrats zur Sterbehilfe. Darin lehnte das Gremium aktive Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen ab. Zugleich ließen einige Mitglieder erkennen, dass sie bei unheilbar Kranken eine Beihilfe zum Selbstmord für zulässig halten. Schick bemängelte, dass damit Alten, kranken und behinderten Menschen suggeriert werde, sie seien zu viele und verursachten zu hohe Kosten (Süddeutsche Zeitung, 17.7.2006)
- Karlsruhe – Ärzte sollen Freitod unheilbar Kranker begleiten dürfen: Juristen treten mit Nachdruck für Gesetzesänderungen bei der Sterbehilfe ein. So sollen Ärzte straflos bleiben, wenn sie im Einvernehmen mit schwer leidenden Patienten deren Freitod nicht verhindern. Der Gutachter des Deutschen Juristentages, Professor Torsten Verrel, hat in seinen jetzt veröffentlichten Thesen empfohlen, wirksame Patientenverfügungen unmittelbar umzusetzen. Damit wäre es erlaubt, etwa bei Koma-Patienten die Behandlung zu beenden, auch wenn der Sterbeprozess noch nicht begonnen hat. Der Bonner Professor für Kriminologie tritt darüber hinaus für die Straffreiheit von Ärzten ein, die den Freitod „eines unheilbaren und unter unerträglichen Schmerzen leidenden Patienten“ begleiten. Nach geltendem deutschen Strafrecht ist Beihilfe zur Selbsttötung zwar strafrei. Das Standesrecht der Ärzte missbilligt aber unter allen Umständen "ärztliche Suizid-Assistenz". Wenn der Sterbeprozess nicht schon eingetreten ist, muss der Arzt intervenieren, da er sich sonst wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar machen kann. Das Verbot der "Tötung auf Verlangen" muss laut Verrel auf jeden Fall bestehen bleiben. Weiter solle die "Mitwirkung an der Selbsttötung aus Gewinnsucht" in einem neu zu schaffenden Gesetz ausdrücklich unter Strafe gestellt werden. In seinem Gutachten "Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung" folgt Verrel in weiten Teilen der Mehrheitsmeinung des Nationalen Ethikrats, der am vorigen Donnerstag in Berlin seine Stellungnahme vorlegte. Der Gutachter kommt in seiner 85-Seiten-Abhandlung zu dem Ergebnis, dass die Sterbebegleitung gesetzlich geregelt werden muss und nicht der Rechtsprechung überlassen werden kann. Denn unter Ärzten und Juristen gebe es "Unsicherheit über die Grenzen der Lebenserhaltungspflicht." Das liege auch an der "verwirrenden Vielfalt" von Urteilen. Für Irritationen habe unter anderem die Entscheidung des Bundesgerichtshofs von 2003 gesorgt, in der die gerichtliche Überprüfung von Patientenverfügungen für nötig gehalten wird. Die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts soll laut Verrel die Ausnahme sein und nur bei Zweifeln über den Patientenwillen oder bei Meinungsverschiedenheiten zwischen dem behandelnden Arzt und Angehörigen des Patienten vorgeschrieben werden. Dem Juristentag, der am 19. September in Stuttgart beginnt, wird nicht nur das Verrel-Gutachten vorliegen. Weiter wird er drei Referenten zum Thema hören, darunter Klaus Kutzer, der 2003 die Arbeitsgruppe "Patientenautonomie am Lebensende" leitete. Kutzer, bis zur Pensionierung Vorsitzender Strafrichter am BGH in Karlsruhe, befürwortet die Anerkennung von Patientenverfügungen. Der *FR* sagte er: "Ich rechne nach der Sommerpause mit einer neuen Gesetzesinitiative des Bundestags zur Sterbebegleitung." Wahrscheinlich werde von SPD und Union ein jeweils eigener Entwurf vorgelegt. Auch Kutzer kritisiert die "irreführende Terminologie". Es gehe nicht um "passive Sterbehilfe", sondern darum, unheilbar kranke Menschen "sterben zu lassen", wenn die das ausdrücklich wünschen (Frankfurter Rundschau, 17.7.2006)
- Zürich / Schweiz – Ruf nach gesetzlichen Regeln: Ende Mai hat der Bundesrat bekannt gegeben, er wolle keine neue gesetzliche Regelung der Suizidhilfe schaffen, die bestehenden Gesetze seien ausreichend und müssten bloss konsequent angewendet werden. Dies, obwohl die Nationale Ethikkommission ergänzende gesetzliche Bestimmungen empfohlen hat und auch aus den Kantonen - allen voran Zürich - entsprechende Forderungen laut geworden sind. Im Kanton Zürich ist man sowohl bei der Justizdirektion wie auch bei der Staatsanwaltschaft enttäuscht vom bundesrätlichen Nein: Eine Lösung auf Bundesebene wird kantonalen Alleingängen klar vorgezogen, da es unter anderem um das Wirken organisierter Sterbehelfer geht (Dignitas und Exit), die problemlos in andere Kantone ausweichen können, falls ihnen am einen Ort die Regeln nicht passen. Diskutiert werden vor allem eine gesetzliche Aufsicht über solche Organisationen oder klar definierte Voraussetzungen für die Sterbehilfe (Urteilsfähigkeit, ärztliche Abklärungen, Umgang mit Sterbewilligen aus dem Ausland usw.). Im Kanton Zürich sind derzeit im Parlament zwei Vorstöße zu diesem Thema hängig. Im August letzten Jahres hatte der Kantonsrat ein Postulat nicht an die Regierung überwiesen, das ein Verbot des «Sterbetourismus» sowie eine Bewilligungs- und Ausbildungspflicht für die Sterbehelfer verlangte. In der damaligen Debatte sprachen sich die Parlamentarier für die Beibehaltung der heutigen, liberalen Regelung aus. Sterbehilfe solle nicht verboten oder stark eingeschränkt werden, allenfalls brauche es auf Bundesebene eine Aufsicht über die Sterbehelfer (Neue Zürcher Zeitung, 17.7.2006)
- Kiel – Grüne wollen mehr zur Lage der Hospize wissen: Angesichts der Existenzkrise von zwei Hospizen in Schleswig-Holstein wollen die Landtags-Grünen mehr Fakten dazu, wie die Landesregierung die Versorgung künftig sicherstellen will. Ihre sozialpolitische Sprecherin Angelika Birk stellte am Freitag eine Kleine Anfrage.

Der Hospiz- und Palliativverband hofft derweil auf Gespräche aller Beteiligten: „Wir sehen einen Abstimmungsbedarf mit den Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung über die Aufnahmekriterien stationärer Hospize.“ (dpa, 21.7.2006)

- Wiesbaden – Pflegevertrag für Todkranke: Die drei größten Krankenkassen in Hessen - AOK, Barmer und DAK - haben sich mit den Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden auf eine intensivere Betreuung von Schwerstkranken verständigt. Das Abkommen soll den Kranken ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben im eigenen Haushalt oder in der Familie bis zum Sterben ermöglichen. Nach Angaben der AOK werde damit die stationäre Krankenhausbehandlung vermieden. Durch die Horst-Schmidt-Kliniken (HSK) als Koordinator werde die Betreuung von Palliativpatienten mit niedergelassenen Ärzten, ambulanten Pflegediensten und Hospizdiensten sichergestellt. Um die bestmögliche Behandlung in der Lebensendphase auch in den eigenen vier Wänden zu garantieren, wird ein interdisziplinäres Netzwerk aufgebaut. Mit dieser Integrierten Versorgung soll nicht nur eine optimale Schmerztherapie erfolgen, sondern auch medizinische, psychische und soziale Fragen mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprochen werden. Dazu gehört eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit des Krankenhauses für Patienten, Angehörige, niedergelassene Ärzte, Pflege- und Hospizdienste. Diese verbesserte Kommunikation untereinander ist das Herzstück des Vertrages von AOK Hessen, Barmer und DAK mit der HSK. Das dortige Zentrum Palliativmedizin wurde vor einem Jahr aufgebaut und hält alle Fäden in der Hand. „Wir stellen uns damit der Verantwortung für Schwerstkranke in Wiesbaden und der Region“, sagt Ingrid Strack, kaufmännische Geschäftsführerin der HSK. Die behutsame Trauerbegleitung nach dem Tod des Patienten ist ebenfalls Bestandteil des Konzeptes. „Einer medizinisch nicht erforderlichen Wiedereinweisung ins Krankenhaus wird dadurch eine klare Absage erteilt. In der Regel geschieht das, weil die Verwandten oder Partner an ihre Grenzen kommen und die stationäre Betreuung als vermeintlich letzter Rettungsanker gilt“, sagt Matthias Grün, verantwortlich für Integrierte Versorgung bei der AOK Hessen. „Qualifiziertes Pflegepersonal und Ärzte sollen die Lebensqualität so lange wie möglich erhalten, das war unser vorrangigstes Ziel“, so Lothar Guterding von der Barmer. Symptome des unheilbaren Leidens, wie etwa Übelkeit oder Atemnot, würden gelindert und somit ein würdevolles Sterben in vertrauter Umgebung ermöglicht. „Unser gemeinsames Anliegen ist es, dem Sterbenden und seinen Angehörigen eine umfassende Unterstützung zu geben, die über das reguläre Maß deutlich hinausgeht. Vor allem geht es uns um eine abgestimmte Therapie und einen intensiven Austausch, damit dieser beschwerliche Weg etwas erleichtert wird“, sagt Bernd-Oliver Maier, Abteilungsleiter Palliativmedizin bei den Horst Schmidt Kliniken. Schwerstkranke Patienten aus Wiesbaden und Umgebung können sich ab sofort bei den Horst-Schmidt-Kliniken informieren und an dem Integrierten Versorgungsvertrag Palliativmedizin teilnehmen (Frankfurter Rundschau, 21.7.2006)
- Wiesbaden – Ambulantes Angebot des Kinderhospizes Bärenherz: Eltern, deren Kind an einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit leidet, brauchen Hilfe. In Wiesbaden und Umgebung steht betroffenen Familien schon seit langem das Kinderhospiz Bärenherz in Erbenheim zur Seite, das von der gemeinnützigen Wiesbadener Hospizgesellschaft getragen wird. Das stationäre Betreuungsangebot ist nun durch einen ambulanten Kinderhospizdienst erweitert worden. „Ziel ist es, den Kindern, Jugendlichen und ihren Familien dabei zu helfen, auch mit einem schwerkranken Kind als Familie so lange wie möglich zu Hause leben zu können“, so Hospiz-Leiterin Annette Huwe. Dabei würden sowohl die erkrankten Kinder als auch deren Geschwister und Eltern betreut und unterstützt: Die Bärenherz-Mitarbeiter begleiten die jungen Patienten zum Arzt oder ins Krankenhaus und sprechen oder spielen mit ihnen. Allerdings werden den Angaben zufolge keine Pflegeleistungen erbracht. Die Eltern erfahren Hilfe im Haushalt und bei Behördengängen. Außerdem werden die Väter und Mütter über weitergehenden Hilfebedarf und die Angebote des stationären Kinderhospizes, etwa offene Elterntreffs und Trauergruppen, informiert. Für die Geschwister der betroffenen Kinder organisieren die Hospiz-Mitarbeiter Hausaufgaben-Betreuung und Freizeitaktivitäten. Vor dem Einsatz der Hospiz-Helfer werden in einem Erstgespräch die Bedürfnisse und Wünsche der Familie besprochen. Je nach Bedarf werden dann ein bis zwei Mitarbeiter in einer Familie eingesetzt und Betreuungszeiten sowie Tätigkeiten individuell der jeweiligen Situation angepaßt. Die Begleitung der Familien kann sich auch über einen längeren Zeitraum hin erstrecken, vom Zeitpunkt der Diagnose bis über den Tod hinaus, wie Huwe berichtete. Das ambulante Kinderhospiz sei primär für den Großraum Wiesbaden sowie den Rheingau gedacht und für die Familien kostenlos. Die Arbeit wird der Leiterin zufolge hauptsächlich von ehrenamtlichen Mitarbeitern geleistet, die einen sogenannten Hospizhelfer-Kurs absolviert hätten. „Wer Interesse an einem ehrenamtlichen Engagement im Kinderhospizdienst hat, kann sich gerne unverbindlich informieren“, so Huwe (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 24.7.2006)
- Berlin – Koalitionsfraktionen planen neuen Gesetzentwurf zu Patientenverfügungen: Im Streit um die Gültigkeit von Patientenverfügungen zeichnet sich ein Konflikt zwischen Bundesregierung und Koalitionsfraktionen ab. Wie aus Koalitionskreisen verlautete, wollen die Fraktionen Patientenverfügungen nur dann gelten lassen, wenn eine Krankheit einen tödlichen Verlauf genommen hat. Bundesjustizministerin Brigitte Zypries hatte da-

gegen stets dafür plädiert, den Patientenwillen in jeder Phase des Lebens zu befolgen. Einen Gesetzentwurf wollen die Koalitionsfraktionen unmittelbar nach der Sommerpause in den Bundestag einbringen. Der Präsident der Bundesärztekammer Professor Jörg-Dietrich Hoppe hatte sich wiederholt gegen eine gesetzliche Regelung ausgesprochen. Es sei illusorisch, alle denkbaren Fälle in Patientenverfügungen zu erfassen, sagt er. Der Gesetzgeber solle sich darauf beschränken, verfahrenstechnische Fragen zu regeln. „Der Patientenwille kann nur dann zur Einstellung einer Behandlung führen, wenn er eindeutig zu ermitteln ist“, so Hoppe. Der Nationale Ethikrat fordert dagegen eine klare Orientierung am Selbstbestimmungsrecht. Danach hätte ein Wachkoma-Patient, der mit künstlicher Ernährung und Beatmung noch Jahre leben kann, das Recht auf einen - voraus verfügt - Behandlungsabbruch (Ärzte Zeitung, 26.7.2006)

- Berlin – Ärzte gegen aktive Sterbehilfe: Die Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zur Sterbehilfe, der zufolge in ganz gravierenden Fällen eine Beihilfe zur Selbsttötung möglich sein soll, stößt auf heftigen Widerspruch von seiten psychotherapeutisch tätiger Mediziner. Tötung auf Verlangen sei vor dem Hintergrund der deutschen Euthanasie-Geschichte inakzeptabel, kritisiert die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Der Ethikrat habe nicht ausreichend berücksichtigt, daß zwei Drittel der selbstmordgefährdeten Menschen an einer Depression leiden. „In solchen Fällen kann nicht von einer selbstbestimmten Entscheidung gesprochen werden“, vielmehr müsse von den Ärzten alles darangesetzt werden, die Depression zu heilen und entsprechende „soziale Netze“ für die Betroffenen aufzubauen. „In den weitaus meisten Fällen besteht kein Sterbenswunsch mehr, ist die Krankheitsphase erst einmal überwunden.“ (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 28.7.2006)
- Elmshorn – Im Norden wird das erste Hospiz geschlossen: Geringe Auslastung bei hohem Bedarf - diese Situation bringt Hospize im Norden in eine Schieflage. Von insgesamt fünf Hospizen wird das erste nun geschlossen, ein weiteres ist akut bedroht. Das Hospiz in Elmshorn traf es als erstes: Nach zu geringer Auslastung beschloß der Betreiber, die gemeinnützige Hospiz Betriebsgesellschaft Fontiva, die Einrichtung mit 16 Plätzen zu schließen. Eine Mitarbeiterin bestätigte der „Ärzte Zeitung“, daß auch die Fontiva-Einrichtung in Geesthacht „akut bedroht“ sei. Auch für Geesthacht gibt der Betreiber eine geringe Auslastung als Grund für die betriebswirtschaftlichen Probleme an. Geesthacht und Elmshorn halten zusammen die Hälfte alle 65 Hospizplätze in Schleswig-Holstein vor. Nicht nur bei Fontiva beobachtet man eine zögerliche Genehmigung durch den Medizinischen Dienst für die Einweisung in Hospize. Die Kranken- und Pflegekassen bestätigen die strenge Prüfung. „Wir müssen genau hinschauen, ob die Voraussetzungen für die Einweisung in ein Hospiz gegeben sind“, sagt Rudolf Facklam vom VdAK Schleswig-Holstein. In der Vergangenheit habe es Fälle gegeben, in denen Patienten länger als sechs Monate in einem Hospiz betreut wurden: „Das war eine Entwicklung, die mit dem eigentlichen Hospizgedanken nicht zu vereinbaren war.“ Bei Fontiva hat man das Gegenteil beobachtet. Nach Auskunft einer Mitarbeiterin werden Patienten inzwischen so spät eingeliefert, daß bis zu ihrem Tod nur noch wenige Tage vergehen. Mit Sorge beobachtet der Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein die Entwicklung. Der Verbandsvorsitzende Dr. Hermann Ewald aus Kiel sucht deshalb das Gespräch mit den Verantwortlichen beim MDK und den Kassen. Er wünscht sich eine „großzügigere Genehmigung“. Zugleich will er die ambulante Versorgung verbessern. Derzeit wird im Norden an einem ambulanten Versorgungsplan gearbeitet, um Teams aus Ärzten, Pflegekräften, Seelsorgern und anderen Beteiligten zu bilden (Ärzte Zeitung, 28.7.2006)
- Berlin – Palliativmedizin soll Pflicht- und Prüfungsfach im Studium werden: Drei Jahre nach dem Ärztetag scheint auch der Bundesrat die Bedeutung der Schmerztherapie erkannt zu haben. Die Palliativmedizin zum Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium zu machen, hat jetzt Niedersachsen in der Länderkammer beantragt. Begründet wird der entsprechende Verordnungsentwurf damit, daß „noch erhebliche Defizite in der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen“ bestehen. „Um hier Abhilfe zu schaffen, sollen die Studentinnen und Studenten der Medizin bereits während ihrer Ausbildung hierauf vorbereitet werden“, heißt es dort. Ausdrücklich bezieht sich Niedersachsen in seinem Antrag auf Vorarbeiten der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“. Die Ethik-Enquete hatte in der vergangenen Legislaturperiode einen Schwerpunkt ihrer Arbeit auf das Thema Schmerztherapie gesetzt, um einen Kontrapunkt zur Debatte um Sterbebegleitung und Sterbehilfe zu setzen. „Die Behandlung von belastenden Symptomen, die am Ende des Lebens auftreten können, die Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden und ihren Angehörigen und die Auseinandersetzung mit schwierigen Entscheidungen am Lebensende gehören zu den zentralen Kompetenzen eines Arztes“, heißt es in der alten Stellungnahme der Enquete. „Insofern ist es notwendig, daß die Palliativmedizin zu einem Pflichtlehr- und Prüfungsfach für alle Medizinstudenten wird.“ Um die entsprechende Ausbildung der Medizinstudenten zu gewährleisten, sollte langfristig an allen medizinischen Fakultäten ein Lehrstuhl für Palliativmedizin eingerichtet werden, forderte die Enquete. Zusätzlich plädierte das Bundestagsgremium dafür, daß alle Unikliniken ein stationäres Palliativangebot aufbauen. Ausgegangen war das Bestreben, die Palliativmedizin zu fördern, aber im Jahr 2003 vom Ärztetag in Köln. Unter dem Eindruck der

Euthanasiedebatte in den Niederlanden und Belgien sprachen sich die Ärzte damals dafür aus, Palliativmedizin als Querschnittsbereich in der Approbationsordnung und mögliches Wahlfach für die Zulassung zur ärztlichen Prüfung anzuerkennen. Es hänge zu stark von einzelnen Fakultäten ab, welchen Stellenwert sie der Palliativmedizin in der Ausbildung der Ärzte geben, so die Begründung damals. „Auch unheilbar kranke Menschen können ihr Leben bis zuletzt als lebenswert empfinden, wenn sie professionell betreut werden, Zuwendung erfahren und nicht allein gelassen werden“, beschloß der Ärzteschatz. „Durch eine gute Kontrolle der körperlichen Symptome fassen viele Menschen in solch auswegloser Lage neuen Lebensmut und Kraft zum Weiterleben.“ Der Antrag von Niedersachsen wird jetzt in den Ausschüssen des Bundesrates beraten. Wann er zur Abstimmung kommt, steht noch nicht fest (Ärzte Zeitung, 1.8.2006)

- Kiel – Krank die stationäre Palliativversorgung am Fallpauschalensystem?: Was die Versorgung eines Sterbenden auf einer Palliativstation am Tag kostet, ist im Prinzip völlig klar, meint Hermann Ewald von der Uni-Klinik Kiel. „Rund 500 Euro“, sagt der Sprecher der Arbeitsgruppe DRG in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Da wäre eine Tagespauschale außerhalb des Systems der Diagnosis Related Groups (DRGs) seiner Meinung nach das Mittel der Wahl. Politisch ist das aber kaum durchzusetzen. Denn in Deutschland müssen bis auf wenige Ausnahmen fast alle Krankenhausleistungen über die Fallpauschalen berechnet werden. Deshalb muß auch die stationäre Versorgung von Palliativpatienten durch das Nadelöhr der ICD-10 (Diagnosen-) und OPS (Prozeduren-) Klassifikationen, um überhaupt vergütet werden zu können. Seit Anfang 2005 gibt es immerhin den OPS-Code „8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung“. Derzeit errechnet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) anhand der Daten von Krankenhäusern, die den neuen Code anwenden, die Vergütung für die Palliativleistungen. Sie werden im kommenden Jahr abrechnungsrelevant. Daß allerdings der OPS-Code 8-982 in seinem jetzigen Zuschnitt der Palliativversorgung wirklich dient, bezweifelt Ewald: „Ich bin da eher besorgt als erwartungsvoll.“ Denn wesentliche Bereiche der Palliativversorgung werden durch die Ziffer nicht abgedeckt: der hohe Personalaufwand zum Beispiel oder die spezielle Qualifikationen der Mitarbeiter. Ewald befürchtet auch, daß womöglich nicht alle beteiligten Krankenhäuser eine ausreichende Versorgung der Sterbenden vorweisen können und entsprechend wenig Leistungen kodieren. Außerdem können nicht nur Palliativstationen jenen OPS kodieren, sondern auch andere Abteilungen. Der besondere Bedarf einer Palliativstation würde so nicht berücksichtigt. In der Tat ist es schwierig, Palliativbetreuung in das bestehende DRG-System einzugliedern. Schon 2002 hat der Münsteraner Wissenschaftler Norbert Roeder in einer Studie festgestellt, daß die palliativmedizinische Begleitung schwerstkranker Menschen schwer pauschalierbar ist. Sterbende mit Darmkrebs zum Beispiel gehören bei der Einteilung nach DRGs zur selben Fallgruppe wie andere Patienten mit der gleichen Erkrankung. Roeder hat festgestellt, daß die Verweildauer von Palliativpatienten gleichwohl etwa doppelt so lang ist, wie bei internistisch-kurativ betreuten Patienten aus derselben DRG-Fallgruppe. Auch ist die Erkrankung der Palliativpatienten weit schwerer als die der Kurativ-Patienten. Entsprechend steigt der Betreuungsaufwand. Palliativpatienten sollten deshalb nach dem Willen der DGP, aber auch dem der AOK und der Deutschen Krebsgesellschaft als eigene Fallgruppe mit einer eigenen DRG versehen werden. Aber: „Das InEK rechnet den Schnitt aller kodierenden Kliniken aus“, erläutert Ewald, „und wenn die palliative Versorgung nicht um einen definierten Mindestabstand teurer ist als bei kurativ behandelten Patienten der jeweils selben Fallgruppe, dann wird das InEK gar nicht erst tätig.“ Nicht zuletzt deshalb hat die DGP im März dieses Jahres eine neue Eingabe ans DIMDI geschickt. Darin beantragt die Gesellschaft, daß eine palliativmedizinische Mitbehandlung durch ein „multiprofessionelles, abteilungsfremdes Behandlungsteam“, neu in den OPS-Katalog aufgenommen wird. Damit geht die DGP weit über den OPS 8-982 hinaus. Wenn der Vorschlag überhaupt Gehör fände, wäre er erst im Jahr 2009 abrechnungsrelevant, also nach der Prüfung durch das DIMDI, der Kodierung durch die Kliniken und Errechnung durch das InEK. Und erst danach könnte eine palliativmedizinische Basis-DRG geschaffen werden. So lange müssen die Palliativstationen durch Spenden von Fördervereinen, Querfinanzierungen oder schlicht ehrenamtliche Arbeit vieler Ärzte den Betrieb aufrechterhalten um todkranken Menschen ein würdiges Sterben ermöglichen zu können (Ärzte Zeitung, 3.8.2006)
- Hannover – Ärztin muss wegen achtfachen Totschlags von Patienten vor Gericht: Wegen Totschlags an acht Patienten muss sich eine Ärztin vor dem Landgericht Hannover verantworten. Eine entsprechende Anklage gegen die 56-jährige Medizinerin sei zur Hauptverhandlung zugelassen worden, erklärte das Gericht am Freitag. Die Krebsärztin soll an der Paracelsusklinik in Langenhagen bei Hannover acht Patienten „durch Verabreichung einer unangemessen hohen Dosis Morphin sowie eine zum Teil überhöhte Abgabe von Diazepam“ getötet haben. Die gleichzeitigen Verordnungen der Belegärztin für das starke Schmerz- und ein Beruhigungsmittel widersprachen nach Ansicht der Staatsanwaltschaft „den Regeln der ärztlichen Kunst“ und sollen zum Tod der zwischen 52 und 96 Jahre alten schwer erkrankten acht Patienten geführt haben. Die Hauptverhandlung wird nach Gerichtsangaben frühestens im nächsten Jahr beginnen. Der Fall hatte bei seiner Aufdeckung durch Ermittlungen einer Krankenkasse im Herbst des Jahres 2003 bundesweit Schlagzeilen gemacht. Der Angeklagten wurde damals nach fast 20 Jahren als Ärztin an der Langenhagener Klinik auch die Appro-

bation entzogen. Die 56-Jährige bestreitet alle Vorwürfe, sie will lediglich erlaubte Sterbebegleitung praktiziert haben. Zu erwarten ist in der Hauptverhandlung vor allem eine Auseinandersetzung zwischen den Gutachtern der Staatsanwaltschaft und der Verteidigung (Deutsches Ärzteblatt, 4.8.2006)

- Berlin – KBV stellt Versorgungskonzept zur Palliativmedizin vor: „Schwerstkranken Patienten wollen wir mit unserem Versorgungskonzept zur Palliativmedizin helfen. Deshalb appellieren wir an die Krankenkassen, dieses Konzept auch aufzugreifen.“ Mit diesen Worten hat heute Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einen entsprechenden Entwurf seines Hauses zum Thema Palliativmedizin kommentiert. Die KBV hat diesen heute im Internet veröffentlicht. Jedes Jahr sterben schätzungsweise 75.000 schwerstkranken Patienten in Deutschland (Hochrechnung auf Grundlage von Angaben des Rahmenprogramms zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW). Die KBV will mit ihrem Konzept die qualifizierte ambulante Palliativversorgung von Patienten in der letzten Lebensphase regeln, die auf eine kurative Behandlung nicht mehr ansprechen oder eine solche nicht wünschen und zuhause sterben möchten. Definiert werden der Umfang der palliativmedizinischen Versorgung sowie die Aufgabenspektren der betreuenden Vertragsärzte und kooperierenden Palliativärzte. „Der Gesetzgeber hat uns leider nur die Möglichkeit eröffnet, im Rahmen des Paragraphen 73c des Fünften Sozialgesetzbuchs zu agieren. Der erlaubt uns die Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung, nicht jedoch eine engere Kooperation mit den Pflegeberufen und den Krankenhäusern in Form von Integrationsverträgen. Von daher wäre es sinnvoll, wenn der Gesetzgeber uns im Zuge der Gesundheitsreform den Abschluss entsprechender Integrationsverträge ermöglichen würde“, so Köhler. Das Versorgungskonzept zur Palliativmedizin ist das fünfte Produkt aus der Vertragswerkstatt der KBV. Die bisher veröffentlichten Konzepte betreffen die Versorgung chronischer Wunden, interventionelle Schmerztherapie, Darmkrebs und die Versorgung HIV-Infizierter und AIDS-Kranker (Pressemitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 7.8.2006)
- Kiefersfelden – Ernährung per Magensonde rechtens: Der letzte Prozess um den Koma-Patienten Peter K. ist beendet. Mehr als zwei Jahre nach seinem Tod im Frühjahr 2004 wurde in der vergangenen Woche ein Urteil des Oberlandesgerichts München (OLG) rechtskräftig, das den Eltern von K. jedes Recht auf Schmerzensgeld und Schadenersatz abgesprochen hatte. Gudrun und Dieter K. wollten das Pflegeheim ihres Sohnes in Kiefersfelden dafür haftbar machen, dass das Personal dem im Koma liegenden Mann keine passive Sterbehilfe leisten wollte, obwohl eine Patientenverfügung vorlag. Die Richter sahen für eine Verurteilung des Heims keine rechtliche Grundlage. Der Fall des Koma-Patienten Peter K. hatte in den vergangenen Jahren bundesweit Aufsehen erregt, weil die unsichere Rechtslage um die Sterbehilfe viele Heime und Betreuer von Patienten in eine schwierige Lage bringt. Zum ersten Mal forderte ein Vater vor einem deutschen Gericht, seinen Sohn sterben zu lassen. Die Prozesse dauerten bis in dieses Jahr an. „Es gibt kein Gesetz, nach dem man dem Heim einen Vorwurf machen kann. Es ist also nicht rechtswidrig, einen Menschen am Leben zu lassen“, fasste der Rosenheimer Anwalt Christian Schungel, der das Pflegeheim vor Gericht vertreten hatte, die Rechtslage aus seiner Sicht zusammen. „Letztendlich fokussiert sich alles auf den Gesetzgeber, der endlich klare Vorgaben schaffen muss.“ Die Anwältin der Eltern, Beate Steldinger, geht aber davon aus, dass schon die Verfahren deutlich mehr Klarheit in die Rechtslage gebracht haben. „Kein Heim kann sich heute noch wie im Jahr 2001 verhalten. Die künstliche Ernährung gilt heute als medizinische Behandlung, die auf Willen des Patienten eingestellt werden muss.“ Die Leidensgeschichte von Peter K. begann am 19. Juni 1998, als er nach einem Selbstmordversuch ins Koma fiel. Im darauf folgenden September kam er in das Pflegeheim, wo er durch eine Magensonde ernährt wurde. Der behandelnde Arzt und der Vater als Betreuer von K. forderten im Dezember 2001 das Personal auf, die Ernährung zurückzufahren, bis der Patient sterbe. Eine entsprechende Patientenverfügung liege vor. Das Personal weigerte sich aus ethischen Gründen, diese Form der passiven Sterbehilfe umzusetzen. Das Landgericht Traunstein und das OLG München gaben dem Pflegeheim Recht. Bevor die schon angesetzte Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) in dieser Sache getroffen war, starb Peter K. im März 2004 an einer fiebrigen Erkältung. Statt des erhofften Grundsatzurteils des BGH gab es deshalb nur ein paar Sätze zur Sache, aus denen zu entnehmen war, dass der BGH im Gegensatz zu den Vorinstanzen den Klägern hätte Recht geben können. Um endgültige Rechtssicherheit zu schaffen, strengten K.s Eltern nach dem Tod ihres Sohnes einen Zivilprozess um Schadenersatz und Schmerzensgeld an, da ihr Sohn gegen seinen Willen habe leiden müssen. Das Landgericht Traunstein und das OLG München wiesen ihre Ansprüche jedoch zurück, da kein Verschulden der Pfleger zu erkennen sei. Den Abschluss aller Prozesse bildete nun ein formaler Akt: Die Anwälte der Eltern von K. zogen vergangene Woche ein Rechtsmittel zurück, mit dem sie die Revision des letzten OLG-Urteils vor dem Bundesgerichtshof erzwingen wollten, da keine Aussicht auf Erfolg bestand (Süddeutsche Zeitung, 8.8.2006)
- Brüssel / Belgien – In Belgien Engpaß bei Sterbehilfe-Präparat: Seit Herbst 2002 haben in Belgien unheilbar Kranke gesetzlichen Anspruch auf aktive Sterbehilfe. Tag für Tag enden Leid und Leben durchschnittlich ei-

nes Patienten durch die „Tötung auf Verlangen“; in Belgien ist dafür durchweg der Begriff „Euthanasie“ gängig. Ein Engpaß bei der Versorgung mit dem gängigsten Präparat, dem vom amerikanischen Arzneimittelhersteller Hospira angebotenen Pentothal, hat dazu geführt, daß in Apotheken und Krankenhäusern die Bestände in den vergangenen Wochen weitgehend ausgegangen sind. Der Brüsseler Palliativmediziner Wim Distelmans, Vorsitzender des „Euthanasieausschusses“, einem aus Ärzten, Juristen und andere Fachleuten zusammengesetzten Kontrollgremium, beklagte, daß zunehmend bei der Sterbehilfe auf andere, weniger zuverlässige Arzneimittel zurückgegriffen werde. „Bei der Euthanasie geht es darum, Patienten auf eine elegante und sichere Manier in ein unumkehrbares Koma zu versetzen. Pentothal ist das einzige Mittel, das dafür in Frage kommt“, sagte Distelmans der Zeitung „De Morgen“. Als Grund für die jüngste Entwicklung nannte er, daß der Arzneimittelhersteller jetzt auf die Vermarktung kleinerer Packungen mit jeweils einer Dosis übergehe. Bislang seien Apotheken verpflichtet, auf Rezept jeweils zehn Ampullen zu verkaufen. Der Engpaß bei der Versorgung mit Pentothal soll in rund zwei Wochen überwunden sein. Dann sollten rund 4000 Ampullen auf dem Markt verfügbar sein, kündigte die Arzneimittelbehörde an. Die belgische Gesetzgebung geht zum Teil über die als ausgesprochen weitreichend geltende niederländische Regelung aus dem Jahr 2000 hinaus. So ist die Tötung auf Verlangen auch zulässig, wenn ein Patient sich nicht in einer auswegslosen medizinischen Situation befindet, sondern über ständige psychische oder „andauernde und unerträgliche“ Leiden klagt. Voraussetzung für die aktive Sterbehilfe ist eine eindeutige persönliche Willenserklärung des Patienten; außerdem muß neben dem behandelnden ein zweiter Arzt zu Rate gezogen werden (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 10.8.2006)

- **Belgien – Pentothal:** Pentothal wird zur Sterbehilfe eingesetzt. In Belgien übersteigt die Nachfrage nach dem Euthanasie-Mittel bereits das Angebot. Woran liegt das? Aktive Sterbehilfe, auch Euthanasie genannt, ist in Deutschland strafbar. Anders sieht es beispielsweise in Belgien aus. Dort dürfen unheilbar Kranke seit 2002 auf Verlangen mit geeigneten Medikamenten zum Tode befördert werden. Das gängigste Mittel ist Pentothal, ein kurzfristig wirksames Schlafmittel aus der Klasse der Barbiturate. Auch als Natriumpentothal oder Thiopental bezeichnet, findet das Medikament seit seiner Erfindung durch die beiden Amerikaner Ernest Volwiler und Donalee Tabern im Jahre 1936 zahlreiche Verwendungszwecke. Ursprünglich diente es lediglich als Anästhetikum, das direkt in die Blutbahn injiziert werden konnte. Inzwischen allerdings wird es auch dazu benutzt, Patienten mit erhöhtem Schädelndruck in ein künstliches Koma zu versetzen. Daraus ergibt sich eine weitere Anwendung: In den Vereinigten Staaten wird das Mittel zusammen mit zwei weiteren Stoffen als Giftcocktail bei Hinrichtungen verabreicht. Eine Überdosis Pentothal ist letal. Diese Eigenschaft wird auch bei der Sterbehilfe ausgenutzt. Engpässe bei der Versorgung mit Pentothal gab es jetzt angeblich in Belgien. Verschiedene belgische Zeitungen, darunter De Morgen, berichten, daß dies auf betriebliche Veränderungen beim bisherigen Produzenten, der Firma Abbotts Laboratories, zurückzuführen ist. 2004 wurde dort die für die Barbituratproduktion zuständige Abteilung abgetrennt und nennt sich seitdem Hospira. Während Pentothal bisher in Verpackungen zu je zehn Ampullen verkauft wurde, will Hospira die Verpackungsgröße auf eine Ampulle begrenzen - genau die Menge, die einer tödlichen Dosis entspricht. Die alte Packung ist seit Wochen ausverkauft, die neue noch nicht auf dem Markt. In Belgien wird Pentothal durchschnittlich einmal pro Tag zur Sterbehilfe eingesetzt. In den belgischen Medien wird bereits darüber spekuliert, ob die Nachschubprobleme wirklich nur der Firma Hospira anzulasten sind. Im Web-Blog The Brussels Journal wird den Verantwortlichen der Pro-Euthanasie-Bewegung, die sich geweigert hatten, die größeren Packungen weiterhin abzunehmen, eine Mitschuld am Medikamentenengpaß unterstellt. Die belgische Hospira-Niederlassung versichert in einer aktuellen Pressemitteilung, es werde alles getan, das Medikament so schnell wie möglich wieder zur Verfügung stellen zu können. Auf wiederholte Nachfragen dieser Zeitung reagierte Hospira allerdings nicht (Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 13.8.2006)
- **Köln – Hausärzte für Gesetzentwurf der Hospiz Stiftung:** Der Deutsche Hausärzterverband unterstützt den von der Deutschen Hospiz Stiftung vorgelegten Entwurf für ein Palliativleistungsgesetz. Der Entwurf sieht einen Rechtsanspruch der Versicherten auf eine ambulante Versorgung mit palliativen Leistungen vor. „Wir hoffen, daß der Gesetzentwurf in der Gesundheitsreform Beachtung findet, um eine qualitätsgesicherte Unterstützung der schwerkranken Menschen zu gewährleisten“, sagt Verbands-Vize Dr. Diethard Sturm. Nach Vorstellung der Hospiz Stiftung sollen die Niedergelassenen bei der Betreuung dieser Patientengruppe unterstützt werden durch Palliative-Care-Teams mit besonders qualifizierten Ärzten und Pflegekräften. In einem Gespräch mit der Hospiz Stiftung habe der Hausärzterverband dargelegt, wie er sich die Rolle der Hausärzte in der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung vorstellt, berichtet Sturm. So müsse die Zusammenarbeit mit den spezialisierten Diensten jedem Hausarzt möglich sein. „Es darf keine Hürden für die Anforderung geben.“ Gleichzeitig sei es sinnvoll, daß sich Hausärzte für die Mitarbeit in den Palliativ-Care-Teams zusätzlich qualifizieren. Dort, wo es bereits solche Angebote gebe, stießen sie auf großes Interesse. „Die Kollegen wissen, daß sie und die Patienten von solch einer Zusatzqualifikation profitieren“, sagt Sturm. „Die Palliativ-Care-Teams sind so auf-

gebaut, daß alle Möglichkeiten offen sind, Hausärzte im Team zu beteiligen“, so Eugen Brysch, Geschäftsführender Vorstand der Deutschen Hospiz Stiftung (Ärzte Zeitung, 28.8.2006)

- Frankfurt am Main – Auszeichnung für Engagement in der Schmerzmedizin: Mundipharma ist mit dem Praxis-Preis 2006 der Zeitschrift "Der Kassenarzt" ausgezeichnet worden. Das Unternehmen wurde damit für seine flexible Schmerztherapie mit Palladon® (Hydromorphon) und sein Engagement in der Schmerz- und Palliativmedizin ausgezeichnet. Mit dem Preis werde die Entwicklung eines Stufe-III-Opioids gewürdigt, dessen Effektivität und Verträglichkeit in vielen Studien belegt worden sei, so Kassenarzt-Chefredakteur Dr. Ralf Stöltzing zur Preisverleihung. Das Medikament werde unabhängig vom Cytochrom-P450-Enzymsystem verstoffwechselt, die Gefahr von Interaktionen mit anderen Pharmaka sei dadurch minimiert. Das Unternehmen fördert zudem die Schmerz- und Palliativmedizin mit Fortbildungsangeboten. So hat Mundipharma an der Universität Bochum eine Stiftungsprofessur für Palliativmedizin und eine Stiftungsprofessur für Schmerztherapie errichtet. Jährlich vergibt das Unternehmen den Förderpreis der Palliativmedizin und weiter wurde 2003 das Forschungsprojekt "Schmerzfreies Krankenhaus" implementiert (Ärzte Zeitung, 1.9.2006)
- Berlin – Pflegedienste als Partner für die Integrierte Versorgung: Integrierte Versorgung soll künftig auch mit Partnern aus der Pflege möglich sein. Das plant die Bundesregierung im Zuge der Gesundheitsreform. Für Hausärzte wäre das eine interessante Option, meint der Bundesvorsitzende des Hausärzterverbands Rainer Kötzle. „Wir können uns Integrationsverträge mit Beteiligten aus der Pflege sehr gut vorstellen“, sagte Kötzle der „Ärzte Zeitung“. Möglich seien vor allem geriatrisch oder palliativmedizinisch ausgerichtete Versorgungsverträge unter maßgeblicher Mitwirkung von Hausärzten. Bislang können an Integrationsverträgen nur die Versorgungspartner teilnehmen, die der Gesetzgeber im fünften Sozialgesetzbuch zusammengefaßt hat. Dazu zählen außer niedergelassenen Ärzten, ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen auch Reha-Träger sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer. „Mitmachen kann beinahe jeder“, sagt das für Integrationsversorgung zuständige Vorstandsmitglied der KV Berlin Burkhard Bratzke. Doch viele KVen zweifeln, ob Kassen für alle IV-Verträge Geld von der Gesamtvergütung abziehen dürfen. Kritisch betrachtet die KV einen Vertrag, an dem ausschließlich eine Op-Praxis und ein Sanitätshaus mitwirken. „Sanitätshäuser sind keine zweite Versorgungsebene“. so Bratzke. Ein Abzug von der Gesamtvergütung für die Anschubfinanzierung sei nur möglich, wenn eine weitere Versorgungsebene mitwirke, meint der KV-Vorstand. Weil diese Rechtsposition umstritten ist, plant die Regierung Klarstellungen (Ärzte Zeitung, 7.9.2006)
- Kempten – „Aktive Sterbehilfe“ mit Gift: Angeklagter von Sonthofen wollte Patienten angeblich Gutes tun: Der vor dem Landgericht Kempten angeklagte Krankenpfleger von Sonthofen wollte laut einem Gutachter mit den tödlichen Vergiftungen betagter Patienten aktive Sterbehilfe leisten. Am Montag sagte Professor Klaus Foerster aus Tübingen in dem Verfahren als psychiatrischer Gutachter aus. Nach seiner Darstellung habe der Angeklagte das Gefühl gehabt, zwar etwas Verbotenes zu tun, aber letztlich doch zum Guten der Patienten gehandelt zu haben. „Wenn es falsch wäre, würde Gott es nicht zulassen“, habe der Angeklagte zu ihm gesagt. Dem 27-jährigen Krankenpfleger wird vorgeworfen, 29 Patienten mit einem Medikamenten-Mix getötet zu haben. In 16 Fällen lautet die Anklage auf Mord, in 12 Fällen auf Totschlag. In einem Fall wird ihm Tötung auf Verlangen zur Last gelegt. Der Angeklagte hat die Taten weitgehend eingeräumt, den Mordvorwurf aber entschieden zurückgewiesen. Er habe aus Mitleid gehandelt, hatte er am ersten Prozesstag gesagt. Seitdem schweigt der Beschuldigte. Foerster hat den Angeklagten nach eigenen Angaben über 28 Stunden lang befragt. Ausschlaggebend für dessen Entscheidung, dem Leben der Patienten mit einem Medikamenten-Mix ein Ende zu setzen, sei sein subjektives Gefühl gewesen, wie schlecht es den ihm anvertrauten Patienten ging. In diesen Situationen habe der Angeklagte aktive Sterbehilfe für geboten gehalten. Der Psychiater beschrieb den Angeklagten als verhaltensauffällig. Bereits im Kindergarten sei er sehr aggressiv gewesen. Im Alter von acht Jahren seien ihm „Größenfantasien und negativer Narzissmus“ bescheinigt worden. Verschiedene Ärzte mutmaßten, er habe möglicherweise bei der Geburt einen Hirnschaden erlitten. Die vor Wochen gehörten Aussagen der anderen beiden Gutachter wurden von der Verteidigung in Zweifel gestellt (Frankfurter Rundschau, 12.9.2006)
- Wuppertal – Todespillen aus dem Internet ließen Käufer qualvoll sterben: Die Staatsanwaltschaft Wuppertal hat Anklage gegen einen Mann erhoben, der tödliche Tabletten an Selbstmordkandidaten verkauft haben soll. Sechs seiner Kunden sind tot - sie starben qualvoll. Die Todesopfer sind nach Angaben der Behörde qualvoll umgekommen. In 13 weiteren Fällen konnten die Menschen noch gerettet werden, manche von ihnen lagen mehrere Tage im Koma und litten an schweren Krämpfen. Einer der Überlebenden hatte laut Staatsanwaltschaft bereits Leichenflecken am Körper, als er gefunden wurde. Das abgestorbene Fleisch habe herausgeschnitten werden müssen, sagte ein Sprecher. Einer der Käufer hatte die Tabletten noch nicht eingenommen. Unter dem Namen „Buddha“ hatte sich der 23-Jährige der Anklageschrift zufolge in Gesprächsforen für Selbstmörder eingeklinkt. Dabei gab er sich teils selbst als Selbstmordwilliger, teils als Medizinstudent aus, der ein buchstäblich todsicheres Mittel zu verkaufen habe. Der Verdächtige habe Arzneimittel wie Antiepilepti-

ka, Barbiturate und schwere Beruhigungsmittel an die Selbstmordwilligen verhöckert, sagte ein Sprecher der Staatsanwaltschaft. Ihm sei es dabei nur ums Geld gegangen, den Tod der Käufer habe er in Kauf genommen. Der Eventmanager verlangte für seine Dienste Beträge zwischen 200 und 1500 Euro, nahm aber auch „Naturalien“ wie etwa PCs entgegen. Die Gelder ließ er auf die Bankkonten von zwei Freunden vorab überweisen. Aufgedeckt wurden die Machenschaften, nachdem ein 19-Jähriger aus dem brandenburgischen Eberswalde halb tot in einem Hotel gefunden worden war - der zwölfte Kunde des mutmaßlichen Medikamentenhändlers. Die Eltern des jungen Mannes, der in einer dramatischen Rettungsaktion ins Leben zurückgeholt wurde, schalteten nach dem Selbstmordversuch ihres Sohnes die Polizei ein. Angeklagt ist der Mann nun wegen 19-fachen schweren Verstoßes gegen das Arzneimittelgesetz. „Nach deutschem Recht ist Selbstmord nicht strafbar und damit auch nicht die Beihilfe zur Tat“, erklärte der Sprecher der Staatsanwaltschaft. Der mutmaßliche Täter muss mit einer Gesamtfreiheitsstrafe von mehr als zehn Jahren rechnen. Er selbst schweigt zu den Vorwürfen (SPIEGEL Online, 14.9.2006)

- Stuttgart – Diskussion über Sterbehilfe im Vorfeld des Juristentags: Die Deutsche Hospiz Stiftung hat wenige Tage vor dem 66. Deutschen Juristentag für einen Ausbau der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender sowie für eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung plädiert. Strafvorschriften zur Sterbehilfe, wie sie beim Juristentag (DJT) diskutiert werden sollen, hält Vorstand Eugen Brysch dagegen für unnötig. „Das geltende Recht reicht aus“, sagte er in einem dpa-Gespräch. Beim größten europäischen Rechtskongress werden von Dienstag bis Freitag in Stuttgart annähernd 3000 Juristen über aktuelle rechtspolitische Themen diskutieren. Die Vorschläge des Juristentags finden nicht selten in Gesetzgebung und Rechtsprechung Beachtung. Das Hauptproblem bei der Sterbebegleitung - einem der Topthemen der Veranstaltung - liegt nach Bryschs Worten in der unzureichenden Palliativ- und Hospizversorgung. „Wir stehen hier als Entwicklungsland da.“ Nur 2,3 Prozent der 818.000 Sterbenden pro Jahr erhielten eine umfassende ärztliche, pflegerische und psychosoziale Begleitung; in Großbritannien und den skandinavischen Ländern liege die Versorgung bei annähernd 40 Prozent. Brysch bekräftigte die Forderung der Hospiz Stiftung nach einem Rechtsanspruch der Patienten auf Palliativ-Versorgung. Kritisch äußerte sich die Hospiz Stiftung zu dem im Vorfeld veröffentlichten Juristentag-Vorschlag, die Strafbarkeit von Ärzten zu lockern, wenn sie einen Schwerkranken bei einem Suizid sterben lassen. In einer Mitteilung der Organisation heißt es: „Es wäre bedenklich, wenn in der Sterbehilfe-Debatte der DJT dem Gesetzgeber das Signal gibt, das Tötungsverbot im Strafrecht durch besondere 'Tötungserlaubnisse' zu relativieren.“ Dagegen unterstützte der frühere Bundesrichter Klaus Kutzer den Vorschlag. Wenn der Entschluss zum Suizid frei verantwortlich und nicht aus einer akuten, womöglich depressiven Situation heraus gefasst worden sei, dann sollte der Arzt auf eine Rettung verzichten dürfen, ohne sich strafbar zu machen. „Der Arzt sollte Spielraum haben für seine Entscheidung“, sagte er in einem dpa-Gespräch. Bisher bleibt zwar die Beihilfe zum Suizid straflos, nicht aber der unterbliebene ärztliche Rettungsversuch (dpa, 17.9.2006)
- Hannover – EKD warnt in Sterbehilfe-Debatte vor Lizenz zum Töten: In der Diskussion um Sterbehilfe hat die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) vor einer „Lizenz zum Töten“ gewarnt. Vor dem an diesem Dienstag beginnenden 66. Deutschen Juristentag lehnte der Vize-Vorsitzende der EKD, Christoph Kähler, aktive Sterbehilfe ebenso wie die Beihilfe zur Selbsttötung bei Schwerkranken ab. „Wer das Leben wie das Sterben aus Gottes Hand annimmt, sollte sich nicht zum Richter über das Leben machen“, sagte der Landesbischof der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Thüringen am Montag. Patienten sollten stattdessen das Recht bekommen, selber über den Einsatz von lebensverlängernden Maßnahmen zu entscheiden. Die gesetzlichen Regelungen zur Tötung auf Verlangen sollten beibehalten und nicht in Richtung aktiver Sterbehilfe gelockert werden, selbst wenn europäische Nachbarländer diesen Weg wählten, sagte Kähler. Ärztliche Mitwirkung bei Selbsttötungen lehne die Kirche ebenso ab wie Organisationen, die Menschen einen Suizid erleichtern wollten. Diesen Organisationen gehe es darum, Menschen eine zügige und effiziente Möglichkeit zum Selbstmord zu verschaffen. Damit drohe eine Kommerzialisierung von Selbsttötungen und ein Anstieg der Fälle. „Nach christlichem Verständnis liegen Leben und Sterben der Menschen in Gotteshand“, sagte der Bischof. „Deshalb ist das Abwarten des Todes die angemessene Haltung im Blick auf das eigene und fremde Sterben.“ Der Mensch könne aber sein Sterben bedenken und gestalten. Dazu gehöre die Erkenntnis, den Tod zuzulassen und ihm nichts mehr entgegenzusetzen. Die Sterbehilfe ist eines der Themen des 66. Juristentages (dpa, 18.9.2006)
- Osnabrück – Sterbehilfe: Zypries und Ärztepräsident gegen Strafrechtsreform: Bundesjustizministerin Brigitte Zypries (SPD) und Ärztepräsident Jörg-Dietrich Hoppe haben eine von Experten geforderte Reform des Strafrechts für Sterbehilfe-Fälle abgelehnt. „Ich sehe hier keinen Klarstellungsbedarf. Dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird schon heute im Strafrecht besonders Rechnung getragen“, sagte Zypries der „Neuen Osnabrücker Zeitung“. Habe der Patient „klar zu erkennen gegeben, dass er eine Heilbehandlung nicht will, muss der Arzt sie unterlassen“. Anderenfalls drohe dem Mediziner, sich wegen Körperverletzung strafbar zu

machen. Zypries wandte sich damit gegen den Vorstoß von Strafrechtlern, die passive Sterbehilfe - also den Behandlungsabbruch auf Wunsch des Patienten - künftig ausdrücklich von Strafe freistellen wollen. Die Fachleute wollen beim Juristentag in Stuttgart für ihre Linie werben. Beim Deutschen Juristentag beraten von heute an knapp 3000 Teilnehmer über Fragen aus Justiz und Rechtspolitik. Zu den wichtigsten Themen gehört die Sterbehilfe. Hoppe sagte dem Blatt, eine Reform helfe nicht weiter. Stattdessen solle die Verbreitung der schmerzlindernden Palliativmedizin und der Hospize noch stärker unterstützt werden. Rechtsunsicherheiten für Ärzte ließen sich durch die vorgeschlagenen Änderungen nicht beseitigen. Nach wie vor müsse im Einzelfall entschieden werden (dpa, 19.9.2006)

- Genf/Lausanne – Professur für Palliativmedizin in der Schweiz gestiftet: Der erste Professor für Palliativmedizin in der Schweiz wird Jose Luis Pereira, der fortan an den Universitäten Lausanne und Genf lehren und forschen wird. Während der nächsten zwanzig Jahre will die Leenaards-Stiftung für den Lehrstuhl jährlich 500.000 Franken zur Verfügung stellen. Unter Palliativmedizin und -pflege versteht man die Schmerz und Leid lindernde Behandlung von Menschen mit weit fortgeschrittenen unheilbaren Krankheiten. Pereira, in Südafrika geborener Portugiese, war zuletzt an der Universität Calgary in Kanada tätig (Neue Zürcher Zeitung, 21.9.2006)
- Stuttgart – Juristen pochen auf gesetzliche Grundlage für wirksame Patientenverfügungen: Auf dem Juristentag haben am Mittwoch alle Referenten verlangt, Patientenverfügungen müssten rechtlich wirksam sein. Unter großem Beifall der Teilnehmer sagte der Münchner Medizinprofessor Gian Borasio, dass Therapien an Sterbenskranken ohne jede Heilungsaussicht nicht angezeigt seien: „Lebensverlängerung ist sicher ein Therapieziel. Sterbeverlängerung ist aber kein Therapieziel“, so Borasio wörtlich. Der Münchner Rechtsanwalt Wolfgang Putz schilderte dramatische Patientenschicksale. So wurde eine 75-jährige Komapatientin in einem katholischen Pflegeheim weiter künstlich ernährt, obwohl bei der zuckerkranken Frau bereits ein Bein abgestorben war und die Ärzte eine Operation ablehnten, weil sie keine Narkose mehr machen konnten. Erst auf Intervention des Anwalts wurde die Schwerstkranke in ein Kreiskrankenhaus verlegt, wo sie nach Einstellung der künstlichen Ernährung starb. Der Bonner Rechtswissenschaftler Torsten Verrel und Klaus Kutzer, ehemals Vorsitzender Richter am Bundesgerichtshof, plädierten für schriftliche Patientenverfügungen, die möglichst nach ärztlicher Beratung abgefasst werden sollten. Der Patient solle entscheiden, unter welchen Voraussetzungen er keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr wünscht. Anders als es Vertreter der Kirchen wollen, müsse dieser Wille auch dann beachtet werden, wenn der Sterbeprozess noch nicht eingetreten sei und das Leben noch Jahre künstlich verlängert werden könne. Aber auch mündliche Verfügungen seien anzuerkennen. Verrel sagte der *FR*: „Auch wenn ein Patient eine Bluttransfusion ablehnt, weil er den Zeugen Jehovas angehört, muss das respektiert werden.“ Das hätten die Gerichte bereits entschieden. Anders sei der Fall jedoch, wenn solch eine Verfügung für Kinder getroffen werde. Verrel: „Das ist Missbrauch.“ In solchen Fällen müsse das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden. In der Vergangenheit war Eltern das Sorgerecht entzogen worden, wenn sie medizinisch sinnvolle Therapien für ihre Kinder untersagten. Auch in anderen Konfliktfällen zwischen Patient, Angehörigen und Ärzten müsse das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden können, so Verrel. Mit dem breiten Zuspruch der Fachleute für die Wirksamkeit von Patientenverfügungen rückt eine Gesetzesreform erstmals seit 20 Jahren in greifbare Nähe. Denn auch nach dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung soll die Patientenverfügung neu geregelt werden. Über mögliche Änderungen im Strafrecht für Fälle von Sterbehilfe gibt es dagegen weiter Differenzen. Bundesjustizministerin Brigitte Zypries (SPD) hat strafrechtliche Lockerungen bereits ausgeschlossen. Auch auf dem Juristentag gingen die Meinungen auseinander. Einigkeit bestand unter den Experten, dass eine Tötung auf Verlangen ohne Ausnahme strafbar bleiben soll. Weder Ärzte noch Angehörige dürften einem Schwerstkranken auf dessen Wunsch eine tödliche Dosis Medikamente verabreichen. Die Mehrheit lehnte es auch ab, dass Mediziner Schwerstkranken bei ihrer Selbsttötung begleiten. Zwar ist die Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland straffrei. Das deutsche Landesrecht der Ärzte verbietet aber eine Assistenz der Ärzte beim Suizid. Verrel will die Assistenz der Ärzte aber in begründeten Ausnahmefällen zulassen (Frankfurter Rundschau, 21.9.2006)
- Stuttgart/Hamburg – Juristen fordern Klarstellungen zur Sterbehilfe: Der 66. Deutsche Juristentag in Stuttgart hat gesetzliche Klarstellungen für die Sterbehilfe gefordert. So solle das Unterlassen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen bei Schwerstkranken unter bestimmten Bedingungen straffrei werden, hieß es in einer Entschließung am Donnerstag in Stuttgart. Zu den Bedingungen zählten beispielsweise der ausdrückliche Wille des Betroffenen oder eine entsprechende Patientenverfügung, für die ebenfalls gesetzliche Regelungen erforderlich seien. Handlungsbedarf sehen die Juristen zudem im Sozialversicherungs- und ärztlichen Gebührenrecht. Dabei geht es um schmerzmedizinische Behandlungen. Ein Ausbau der Palliativmedizin kann nach Expertenansicht bei Todkranken den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe verringern. Palliativmedizin lindere das Leiden bei Patienten mit nicht mehr heilbaren fortgeschrittenen Erkrankungen, hieß es derweil beim Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) am Donnerstag in Hamburg (Ärzte Zeitung, 22.9.2006)

- Mainz – Plädoyer gegen Sterbehilfe von Kardinal Lehmann nach Juristentag: Der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz, Kardinal Karl Lehmann, hat sich mit Blick auf die Beschlüsse des Deutschen Juristentages gegen Sterbehilfe ausgesprochen. Der Ärzteschaft werde kein Dienst erwiesen, wenn der ärztlich assistierte Suizid von Schwerkranken zugelassen würde, sagte der ranghöchste deutsche Katholik am Samstag bei einer Podiumsdiskussion in Mainz. Eine solche Regelung würde dem Ansehen der Mediziner schaden und das Vertrauen in sie beeinträchtigen. Der 66. Deutsche Juristentag hatte in der vergangenen Woche in Stuttgart eine Klarstellung der gesetzlichen Regelungen für die Sterbehilfe gefordert. So sollten etwa Ärzte unter bestimmten Bedingungen straffrei bleiben, wenn sie bei Schwerkranken lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen, begrenzen oder beenden. Zu den Voraussetzungen für die so genannte passive Sterbehilfe soll nach einem Beschluss der Juristen unter anderem der ausdrückliche Wille des Betroffenen oder eine entsprechende Patientenverfügung zählen, für die ebenfalls rechtliche Regelungen erforderlich seien (dpa, 23.9.2006)
- Hannover/Göttingen – Elf neue Thesen zu Patientenverfügungen: Die Arbeitsgruppe "Sterben und Tod" der Göttinger Akademie für Ethik in der Medizin e.V (AEM) hat in Hannover elf Thesen zur gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen aufgestellt. Mit der Stellungnahme grenzt sich die AG von dem Zwischenbericht der Bundestags-Enquete „Ethik und Recht der modernen Medizin“ ab, der im September 2004 erschienen war. „Wir brauchen eine verbindliche Regelung für Ärzte und Angehörige“, sagte Dr. Gerald Neitzke, Koordinator der Arbeitsgruppe, „und zwar eine Regelung ohne Reichweitenbeschränkung.“ Die Enquete-Kommission hatte, anders als die Arbeitsgruppe, vorgeschlagen, daß eine Patientenverfügung sich nur auf die Sterbephase beziehen solle. „Wir denken, daß Patienten auch für den Fall des Komas das Recht für eine verbindliche, selbstbestimmte Regelung erhalten sollen“, sagte Neitzke der „Ärzte Zeitung“. Bei der Unterschrift zur Einwilligung in eine Operation werde ja auch eine Art Patientenverfügung getroffen, so Neitzke, „Wir müssen davon ausgehen, daß diese bei vollem Bewußtsein getroffene Verfügung auch dann gilt, wenn der Patient bewusstlos auf dem Op-Tisch liegt“, sagte der Ethiker, „gleiches gilt für Patienten im Koma.“ Die Verantwortung für die Inhalte einer prospektiven Willensbekundung liege allein auf Seiten der verfügenden Person, heißt es in dem Papier, die Verantwortung für die Interpretation und die Umsetzung trügen vor allem Patientenstellvertreter und Ärzte. „Arzt und Betreuer haben beim Vorliegen einer Patientenverfügung sorgfältig zu prüfen, ob der aktuelle Wille des Patienten erkennbar ist und ob er sich geändert hat“, sagte der Theologe und Akademie-Mitglied Ralph Charbonnier anläßlich der Thesenveröffentlichung. Erstmals in Deutschland fordert die AEM auch einen gesetzlich festgelegten Anspruch auf „eine wohnortnahe, qualifizierte, ambulante und stationäre palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung“, heißt es in These elf. Außerdem wird ein niedrigschwelliges Beratungsangebot gefordert, aber keine Beratungspflicht. „Bei uns soll es nicht so weit kommen wie in Österreich“, sagte Neitzke, „dort müssen Patienten für die Beratung und die Verfügung selbst einen Notar zu Rate ziehen und entsprechend zahlen.“ (Ärzte Zeitung, 28.9.2006)
- Wiesbaden – BKK: Vereinbarung mit Palliativ-Netz: Zum Sterben möchten die meisten Menschen nach Hause. Tatsächlich aber sind nach einer aktuellen Studie zur Hospizarbeit zufolge 90 Prozent in Krankenhäusern und Pflegeheimen, wenn das Leben zu Ende geht. Eine gut organisierte integrierte Palliativversorgung könnte das ändern und etwa den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe gar nicht erst aufkommen lassen, ist Facharzt Thomas Nolte vom Zentrum für ambulante Palliativversorgung (ZAPV) überzeugt. Laut Nolte hat sich die Region Wiesbaden zu einer „bundesweiten Vorzeigeregion bestmöglicher Versorgung von Menschen am Lebensende entwickelt“. Das Erfolgsmodell basiert auf der Kooperation von etwa 20 ambulanten und stationären Einrichtungen im „Palliativ-Netz Wiesbaden Taunus“, zu dem sich Haus-, Fachärzte, Psychologen und Physiotherapeuten, aber auch Hospizhelfer und Seelsorger bis hin zu speziell ausgebildeten „Palliativ-Care-Kräften“ zusammengeschlossen haben, um eine Betreuung der Schwerkranken rund um die Uhr nach Möglichkeit in den eigenen vier Wänden garantieren zu können. Das Modell wird mittlerweile auch von Kostenträgern anerkannt und entsprechend honoriert. Der BKK-Landesverband Hessen beispielsweise hat sich in diesen Tagen mit dem Palliativ-Netz Wiesbaden zur Kostenübernahme verpflichtet. Mit dem Vertrag kämen die Betriebskrankenkassen den Überlegungen des Gesetzgebers zuvor, die palliative Versorgung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum Standard zu machen, sagt BKK-Verbandsvorstand Jürgen Thiesen und bekräftigt in dem Zusammenhang seine grundsätzliche Kritik an der umstrittenen Gesundheitsreform: Die Kassen brauchten „keine Einmischung und Ersatzvornamen eines staatlichen Gesundheitswesens“. Im Wettbewerb suchten und nutzten sie die mit dem Gesundheitsmodernisierungs-Gesetz (GMG) geschaffene Option der Vertragsfreiheit (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 30.9.2006)