

Kurze Meldungen (Gesundheitspolitik / Palliativmedizin & Hospizarbeit / Sterbehilfe)

Juli – September 2007

- Den Haag / Niederlande – 2.297 Fälle von aktiver Sterbehilfe: In 2.297 Fällen haben niederländische Ärzte im Jahr 2005 aktive Sterbehilfe geleistet. Das ergibt sich aus offiziellen Zahlen des "Centraal Bureau voor de Statistiek" in Den Haag. Insgesamt sind 2005 in den Niederlanden 136.000 Menschen gestorben. Aktive Sterbehilfe ist dort unter bestimmten Umständen erlaubt. Ärzte sind verpflichtet, alle Fälle an eine staatliche Untersuchungsstelle zu melden, Kritiker des Sterbehilfegesetzes weisen mit Blick auf offizielle Zahlen allerdings darauf hin, dass es eine erhebliche Dunkelziffer gibt (Ärzte Zeitung, 4.7.2007)
- Köln – Hospizstiftung zieht Bilanz: Mehr als 19.000 Menschen haben sich im vergangenen Jahr an das Schmerz- und Hospiztelefon der Deutschen Hospiz Stiftung gewandt. Daraus ergaben sich nach Angaben der Stiftung 6.200 Patientenberatungen. Dies spiegelt vor allem die Unsicherheit der Menschen bei diesem Thema wider, so der Geschäftsführende Vorstand der Deutschen Hospiz Stiftung Eugen Brysch. Die Stiftung finanziert sich ausschließlich über Spenden. 2006 standen ihr insgesamt 1,4 Millionen Euro zur Verfügung, rund acht Prozent mehr als 2005. Für Patientenberatungen und das Schmerz- und Hospiztelefon gab die Einrichtung davon im vergangenen Jahr 365.000 Euro aus. Der größte Ausgabenposten war mit 471.000 Euro die Beratung und Förderung von Hospizdiensten. Auf die Verwaltung entfielen 224.000 Euro, das waren 16 Prozent der Ausgaben (Ärzte Zeitung, 5.7.2007)
- Basel / Schweiz – Sterbehelfer unter Druck: Hilfsorganisationen in der Schweiz heftig kritisiert: In der Schweiz ist eine heftige Diskussion entbrannt, ob Sterbehilfe-Organisationen staatlich beaufsichtigt werden müssen. Diese Forderung hat der Ständerat, die Kleine Kammer des Schweizer Parlaments, erhoben. Er warnt vor einem wachsenden Sterbehilfetourismus und mahnt mehr Transparenz an. Der Schweizer Justizminister Christoph Blocher hingegen hält nichts von Gesetzesänderungen. Das ärztliche Standesrecht sei besser geeignet, um komplexe Fallkonstellationen mit Blick auf die Sterbehilfe konkret zu regeln. Blocher: „Letztlich muss der Arzt in eigener Verantwortung, je nach Gegebenheiten des Einzelfalls, entscheiden, welche Maßnahmen unterlassen werden können und welche Therapie unerlässlich oder zulässig ist.“ Die Debatte hat neue Impulse bekommen, nachdem am vergangenen Freitag der Züricher Sterbehelfer Peter B. vom Basler Strafgericht der fahrlässigen Tötung und Beihilfe zum Suizid schuldig gesprochen worden ist. Das Gericht verurteilte B. zu drei Jahren Freiheitsstrafe, davon zwei auf Bewährung. Der pensionierte Psychiater, Gründer der Sterbehilfe-Organisation "Suizidhilfe", hatte unter anderen einen 46-jährigen Mann beim Suizid begleitet, der unter einer Zwangsneurose und schweren Depressionen litt. Baumann verwendete eine selbst entwickelte Atemmaske, die zum Tod des Mannes durch Ersticken führte. Der Psychiater sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass der Mann am Todestag urteilsfähig gewesen sei, so der Gerichtspräsident in seiner Urteilsbegründung (Ärzte Zeitung, 10.7.2007)
- Berlin - Steinbeis-Hochschule Berlin erhält Forschungsauftrag zum Thema „Psychische Belastungen und deren Bewältigung“: Prof. Dr. Peter Dohm, Direktor des Steinbeis-Transfer-Institut Management im Gesundheits- und Sozialwesen IMAGS der Steinbeis-Hochschule Berlin, freut sich über eine Forschungsspende der DGL Helix Stiftung Kinderhilfe – vertreten durch Hildegard Gottlob aus Essen. Die DGL Helix Stiftung Kinderhilfe ist in den vergangenen Jahren bereits durch eine Förderung einzelner Projekte im Bereich Geschwisterarbeit in Kinderhospizen hervorgetreten. Ziel des konkreten Forschungsauftrages an der Steinbeis-Hochschule Berlin ist es, einen entscheidenden Beitrag zur Bewältigung der immensen psychischen Belastungen von Personen zu leisten, die in Hospizen respektive anderen Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen tätig sind. Der Forschungsauftrag wird an den langjährigen Lehrbeauftragten der Steinbeis-Hochschule Berlin und Experten im Sozial- und Gesundheitswesen Dr. Christian Loffing vergeben. Prof. Dr. Dohm äußert sich diesbezüglich: „Wir können uns für dieses Projekt keinen geeigneteren Forscher vorstellen.“ Dr. Christian Loffing hat bereits eine Kooperation mit dem Bundesverband Kinderhospiz e.V. in Freiburg geschlossen, der sich über die Kooperation ebenfalls erfreut zeigt. „Nutznießer des Projektes werden die Beschäftigten und letztendlich die Patienten sein, klar dass wir dies unterstützen.“, argumentiert Sabine Kraft, Geschäftsführerin des Bundesverband Kinderhospiz e.V. Das Forschungsprojekt wird im August 2007 beginnen, Ende Juli 2008 werden erste Ergebnisse erwartet (Pressemitteilung der Steinbeis-Hochschule Berlin, 10.7.2007)
- Hannover – Rat der EKD plädiert für gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen: Der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) hat sich für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen ausgesprochen. Patienten, Angehörige und Ärzte bräuchten mehr Rechtssicherheit bei Entscheidungen am Lebensende, heißt es in den "Eckpunkten des Rates der EKD für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen", die in der vergangenen Woche den Abgeordneten des Deutschen Bundestages übersandt wur-

den. Die Ziele einer solchen gesetzlichen Regelung sollten unter anderem sein, die Vorsorge für Zeiten der Entscheidungsunfähigkeit eines Patienten verbindlich zu regeln, die Wirksamkeitsvoraussetzungen und die Reichweite von Patientenverfügungen festzulegen, die Aufgaben von Betreuern und Bevollmächtigten sowie die Rolle von Vormundschaftsgerichten zu klären. Jedem Menschen sollte ein menschenwürdiges Sterben gewährt werden. „Nach christlicher Überzeugung gilt, dass über menschliches Leben, in welchem Stadium auch immer, nicht frei verfügt werden darf, sondern dass Gott allen Dingen ihre Zeit bestimmt hat. Der Mensch steht vor der Aufgabe, zu erkennen und zu wissen, wann was an der Zeit ist. Davon ist das Ende menschlichen Lebens nicht ausgenommen.“ Aus dem Verbot, frei über menschliches Leben zu verfügen, folge nicht die Pflicht zur Lebensverlängerung um jeden Preis. Die Tötung auf Verlangen oder die Beihilfe zur Selbsttötung sind ethisch unter allen Umständen unzulässig, so der Rat. Die Selbstbestimmung des Patienten und die Fürsorge für ihn seien miteinander zu verbinden und aufeinander zu beziehen, stellt der Rat fest. „Im Zweifel ist für das Leben zu entscheiden.“ Eine Patientenverfügung sollte schriftlich abgefasst werden, allerdings müsse „auch die Änderung oder der Widerruf der getroffenen Festlegungen jederzeit und ohne Formzwänge möglich sein, um auf aktuelle Situationen reagieren zu können.“ Da eine Patientenverfügung fast immer auf Interpretation angewiesen sei, empfehle es sich, sie mit einer Vorsorgenden Vollmacht zu verknüpfen, in der ein Bevollmächtigter benannt wird. „Auf diese Weise ist in dem Gespräch über den mutmaßlichen Willen des nicht mehr äußerungsfähigen Menschen eine Person beteiligt, die sein besonderes Vertrauen genießt und mit allen Entscheidungsvollmachten ausgestattet ist.“ Hinsichtlich der Reichweite von Patientenverfügungen stellt das EKD-Leitungsgremium fest, dass auch bei Wachkoma-Patienten die Möglichkeit bestehen sollte, eine Patientenverfügung, die eine Begrenzung der lebenserhaltenden Maßnahmen auf einen bestimmten Zeitraum vorsieht, als bindend anzusehen. „Wenn bei einem stabilen Wachkoma, das schon viele Monate andauert, zusätzliche, lebensgefährdende Erkrankungen (wie z.B. eine Lungenentzündung) auftreten, soll, sofern eine entsprechende Patientenverfügung vorliegt, auf therapeutische Maßnahmen (wie etwa die Gabe von Antibiotika) verzichtet werden können.“ Umgekehrt könne das Instrument der Patientenverfügung auch als Festlegung genutzt werden, dass im Fall eines stabilen Wachkomas die Behandlung uneingeschränkt fortzusetzen sei (Pressemitteilung der EKD, 11.7.2007; Die Eckpunkte stehen in der Rubrik „Download“ der DGP-Website zur Verfügung)

- Brüssel / Belgien – Anhörung im Europaparlament: Liberale wollen Debatte über aktive Sterbehilfe: Für Menschen, die schwer oder unheilbar krank seien, sei aktive Sterbehilfe mitunter die einzige Möglichkeit, würdig zu sterben. So argumentierten Referenten bei einer Anhörung im Europaparlament, zu der die Liberalen eingeladen hatten. Mit der Veranstaltung wollten die Vertreter der liberalen Fraktion vor allem eine europaweite Debatte über die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe anstoßen. Aktive Sterbehilfe, hieß es bei der Veranstaltung, stünde auch im Einklang mit dem europäischen Grundrecht auf Würde. Allerdings strebe man keine einheitliche europäische Gesetzgebung in diesem Bereich an, so der Fraktionsvorsitzende Graham Watson. Dies zu entscheiden, sei Sache der einzelnen Regierungen. Vielmehr ginge es darum, durch eine breite öffentliche Diskussion Ängste und Bedenken mit Blick auf aktive Sterbehilfe abzubauen. Zur Erinnerung: Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland verboten, die Bundesärztekammer lehnt sie konsequent ab. Die Erfahrungen in den Niederlanden und Belgien, die die Tötung auf Verlangen seit Jahren unter Auflagen erlauben, hätten gezeigt, dass sich durch klare gesetzliche Regelungen illegale und unkontrollierte Praktiken verhindern lassen, hieß es in Brüssel. Eine Auffassung, die auch mit Blick auf die aktuelle Sterbehilfedebatte in Deutschland extrem umstritten ist. Viele der Betroffenen würden die Möglichkeit zur aktiven Sterbehilfe lediglich als eine Option ansehen und sich dadurch nicht unter Druck gesetzt fühlen, sagte die Präsidentin der europäischen Vereinigung für den Freihilfetod (Right to Die Europe), Elke Baezner (Ärzte Zeitung, 12.7.2007)
- Hannover – Integrierte Versorgung Palliativmedizin startet in Hannover: Einen integrierten Versorgungsvertrag zur Betreuung Sterbenskranker haben die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Niedersachsen mit allen in der Region palliativmedizinisch tätigen Krankenhäusern, Hospizen, Ärzten sowie Hospiz- und Palliativdiensten entwickelt. Darauf hat die Krankenkasse am Freitag hingewiesen. So genannte Patientenkoordinatoren betreuen die Versicherten und ihre Angehörigen persönlich. In Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten organisieren sie die Versorgung der Patienten und garantieren rasche Hilfe, auch um das häusliche Umfeld zu stabilisieren. Die spezielle ambulante Betreuung soll es den Patienten ermöglichen, würdig und familiär geborgen in der gewohnten Umgebung Abschied nehmen zu können. „Ich freue mich über die sinnvolle interdisziplinäre Verknüpfung und die für alle Beteiligten unbürokratische Umsetzung der Palliativversorgung“, sagte der Vorstandsvorsitzende der KV, Eberhard Gramsch. „Wir hoffen, dass sich andere Krankenkassen und Regionen dieses Programm zum Vorbild nehmen, um die Betreuung sterbenskranker Menschen auf breiter Ebene zu verbessern, betonte auch der Vorstandsvorsitzende der KKH, Ingo Kailuweit (Deutsches Ärzteblatt, 13.7.2007)

- Bremen – Pflege für zwei Euro die Stunde: Ein Bremer Pflege-Anbieter will den deutschen Markt aufrollen. "McPflege" heißt die Firma. Ihr Angebot: häusliche Betreuung rund um die Uhr ab zwei Euro pro Stunde. "McPflege" will keine Konkurrenz sein zu Pflegediensten, teilt das Unternehmen mit, sondern eine Ergänzung zu den Pflegediensten vor Ort. Möglich wird das Angebot durch billige Arbeitskräfte aus Osteuropa, die "McPflege" im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit in Europa für den deutschen Markt angeheuert hat. Nach Angaben der Firmengründer und Betriebswirtschaftler Alwin Teiken und Norbert Meiners vermittelte man qualifiziertes und sozialversichertes osteuropäisches Pflegepersonal aus Ungarn und der Slowakei. Abgerechnet wird direkt mit den Anbietern, "McPflege" kassiert die Provisionen. Bisher gibt es zwei Büros, weitere sollen folgen. "Mit unserem Service sind wir in der Lage, pflegende Familienangehörige und die bundesdeutschen Pflegedienste zu unterstützen und zu entlasten, um es den Pflegebedürftigen zu ermöglichen, so lang als irgend möglich und medizinisch vertretbar im eigenen Zuhause zu bleiben", erklärt das Unternehmen. Die Pflegenden sollen 24 Stunden im Haushalt der Pflegepatienten leben und sie "hingebungsvoll betreuen", heißt es in einer Mitteilung. Für die Pflegebedürftigen und ihre Familien entstehen dabei Kosten in Höhe von 1.500 Euro pro Monat - bei anderen Pflegedienstleistern müssten sie dafür 4.000 bis 5.000 Euro bezahlen. Die Gewerkschaft Verdi reagierte kritisch auf das Billig-Angebot. Verdi-Mitarbeiterin Annette Klausning spricht von "Dienstmagd-Gehabe" und "Allzeit-bereit-Mentalität". „Wir wissen, dass es einen großen Schwarzmarkt in der Pflege gibt“, so Klausning zur "Ärzte Zeitung", „aber eine sehr schlechte Situation durch eine schlechte wie ‚McPflege‘ zu ersetzen, ist keine Lösung.“ Ihre Befürchtung: McPflege wird immer mehr Pflegeleistungen übernehmen und die Konkurrenz ausstechen (Ärzte Zeitung, 3.8.2007)
- Bremen – Das klägliche Ende von McPflege: Gerade mal 14 Tage hat die Geschäftsidee getragen, jetzt ist Ende. Der Pflegedienstleister McPflege strich am Freitag die Segel; seine Geschäftsführer Norbert Meiners und Alwin Teiken begründeten den Schritt mit „massiven persönlichen Anfeindungen“ aus dem Kreis von Sozialverbänden. „Wir sind nicht länger bereit, im Brennpunkt der Diskussion zu stehen.“ Sie versichern aber, dass ihr Angebot „ernsthaft“ gewesen sei. Angehörige Pflegebedürftiger starren nun ungläubig auf die Webseite, auf der sie nur noch eine Erklärung für den Schritt finden. Sie hatten große Hoffnungen in die Agentur gelegt, die nach eigenen Angaben osteuropäische Haushaltshilfen für 24-Stunden-Betreuung ab zwei Euro die Stunde legal vermitteln wollte. Dafür war sie aber auch als sittenwidriger Sklaventreiber beschimpft worden. „Vielleicht ist die Zeit noch nicht reif für unser Konzept“, sagte Meiners der FR. Sie glauben aber mit ihrer Firma der politischen Diskussion über den Pflegenotstand einen Gefallen erwiesen zu haben. Rechtliche Probleme habe es keine gegeben, versicherte er. Es seien noch keine Verträge mit Kunden abgeschlossen worden. Norbert Meiners meinte zumindest bislang ein ausgemachter Experte im Werben und Trommeln für Geschäftsideen zu sein. Als Professor an der privaten Fachhochschule für Wirtschaft und Technik (FHWT) in Vechta und Mitglied der Beratungsfirma atlando Aktiengesellschaft in Oldenburg hält er seit Jahren Vorträge in Krankenhäusern oder schreibt Beiträge in Fachzeitschriften der Gesundheitsindustrie wie „So werden Sie zur (Bären-)Marke“, „Tu Gutes und sprich drüber“ oder „Kommunikation = Chefsache“. Aber grau ist alle Theorie. Aus Meiners Umkreis ist nun zu hören: Ihm sei McPflege über den Kopf gewachsen, Tag und Nacht habe sein Telefon geklingelt. Mit der gewaltigen Resonanz habe der FHWT-Experte im Bereich „Marketing, Vertrieb und Kommunikation“ nicht gerechnet (Frankfurter Rundschau, 11.8.2007)
- Bonn/Stuttgart – Erstmals in Deutschland erhält Patientin Cannabis aus der Apotheke: Erstmals kann eine Patientin in Deutschland Cannabis in der Apotheke kaufen. Die Bundesopiumstelle in Bonn bestätigte am Dienstag einen entsprechenden Bericht der „Süddeutschen Zeitung“. Sein Amt habe dem Antrag einer 51-jährigen Frau aus Baden- Württemberg, die unter Multipler Sklerose leidet, unter strengen Auflagen zugestimmt, sagte der Leiter der Bundesopiumstelle, Johannes Lütz. Die Patientin darf von Ende August an zunächst ein Jahr lang Extrakte aus Hanf legal beziehen. Ein Arzt muss die Therapie begleiten. Der Zeitung zufolge zeigen immer mehr Studien, dass Cannabis die Muskelkrämpfe (Spastiken) und Schmerzen lindern kann, die bei der Nervenkrankheit Multiple Sklerose auftreten. Cannabis fällt unter das Betäubungsmittelgesetz. Eine Genehmigung sei abhängig vom jeweiligen Einzelfall, sagte Lütz. Es müsse nachgewiesen und ärztlich attestiert werden, dass es zur Einnahme des Cannabisprodukts keine Alternative gebe. „Jeder Antrag wird sorgfältig, aber wohlwollend geprüft“, sagte Lütz. Wichtig sei für die Genehmigung eines Antrags auch, dass angemessene Sicherungsmaßnahmen getroffen würden. So solle vermieden werden, dass die Droge entwendet werde. Bis Mai 2005 waren alle Anträge von Erkrankten, Cannabis als Medizin einsetzen zu dürfen, von der Bundesopiumstelle pauschal abgelehnt worden. Ausnahmen wurden nur für wissenschaftliche oder im öffentlichen Interesse liegende Zwecke gemacht. Dann urteilte das Bundesverwaltungsgericht, dass auch die Gesundheit von einzelnen Patienten im öffentlichen Interesse liege. Anträge dürften nicht pauschal abgelehnt, sondern müssten in jedem Einzelfall geprüft werden (dpa, 21.8.2007)
- Prag / Tschechien – Tschechen streiten über aktive Sterbehilfe: Ein geplantes Gesetz zur aktiven Sterbehilfe hat in Tschechien eine öffentliche Debatte über Euthanasie hervorgerufen. Künftig sollen Ärzte auf den

Wunsch von unheilbar kranken Patienten hin eine Giftdosis verabreichen dürfen - das sieht ein Gesetzentwurf vor, der im Prager Abgeordnetenhaus vorbereitet wird. Führende Politiker aus Regierung und Opposition haben sich allerdings bereits skeptisch über den Vorstoß geäußert. Ob der entsprechende Antrag eine Mehrheit findet, ist deshalb noch unklar. Eine Reportage in der größten Zeitung Tschechiens, Mlada fronta Dnes, hat die öffentliche Debatte über die Sterbehilfe losgetreten. In ihr wird der Weg eines behinderten Tschechen zum umstrittenen Schweizer Sterbehilfe-Verein Dignitas geschildert. In einer repräsentativen Umfrage sprachen sich daraufhin knapp zwei Drittel der Befragten dafür aus, den sogenannten „assistierten Selbstmord“ auch in Tschechien zu legalisieren. „Dass der Mensch frei über sich selbst entscheiden kann, ist der höchste Wert des Lebens“, sagt Boris Stastny. Der Abgeordnete der bürgerlich-demokratischen Partei ODS, die auch die Regierung stellt, ist Initiator des aktuellen Gesetzentwurfes. Einige Mitglieder des parlamentarischen Gesundheitsausschusses haben bereits ihre Unterstützung für das Gesetz angekündigt. Tschechien wäre das erste der östlichen EU-Länder, das die aktive Sterbehilfe gesetzlich erlaubt. Eine entsprechende Debatte in Ungarn wurde vor einigen Jahren von einem Urteil des Verfassungsgerichts beendet. In Tschechien selbst hatten Abgeordnete bereits vor zwei Jahren einen ersten Vorstoß dazu unternommen: Aktive Sterbehilfe sollte nicht mehr als Mord bewertet werden, sondern müsste vor Gericht zu einem Freispruch führen können. Zu den entschiedenen Gegnern der Sterbehilfe in Tschechien gehören die Kirchen. Anlässlich der Debatte vor zwei Jahren haben in Prag erstmals christliche Kirchen mit Vertretern von Muslimen und Juden eine gemeinsame Stellungnahme verabschiedet. In ihr betonen sie das Recht auf Leben und mahnen einen anderen gesellschaftlichen Umgang mit tödlichen Krankheiten an. In der Öffentlichkeit allerdings finden diese Argumente kaum Gehör, weil nur wenige Tschechen einer Religionsgemeinschaft angehören. Die Prager Ärztekammer hat sich in der Debatte um die Euthanasie noch nicht geäußert. Dazu gingen die Meinungen der Mitglieder zu stark auseinander, heißt es dort. Der Vorsitzende Milan Kubek allerdings weist auf die Gefahr hin, dass Angehörige die Kranken zu einer Entscheidung drängen könnten. „Ich kann mir nicht vorstellen, dass sich eine solche Beeinflussung gesetzlich verhindern lässt“, sagte Kubek vor tschechischen Journalisten. Selbst wenn die Sterbehilfe erlaubt würde, sollte laut Kubek jeder Arzt selbst entscheiden können, ob er bei einem Selbstmord helfen wolle (Frankfurter Rundschau, 21.8.2007)

- **Bern / Schweiz – Schweizer Regierung lässt Regeln für Sterbehilfe unverändert:** In der Schweiz werden keine strengeren Vorschriften für die Sterbehilfe eingeführt. Die Regierung lehnte es am Mittwoch ab, die Verschreibung und Abgabe des Betäubungsmittels Natrium- Pentobarbital (NAP) neu zu regeln, das von vielen Organisationen bei der Suizidhilfe verwendet wird. Entsprechende Änderungen hatte unter anderem das Parlament gefordert. Alle geprüften Möglichkeiten hätten sich als unzweckmäßig erwiesen, stellt das Justizministerium dazu fest. Unter anderem wurde untersucht, ob Ärzte gesetzlich verpflichtet werden sollten, den Gesundheitszustand und Sterbewunsch vertieft abzuklären und eine weitere Fachperson heranzuziehen. Eine solche Regelung sei nicht gerechtfertigt, hält der Bericht fest. Ärzten soll auch nicht die Pflicht auferlegt werden, bei der Einnahme von NAP zu überwachen, ob der Patient aus freiem Willen Selbstmord begeht oder durch Dritte getötet wird. Eine solche „polizeiliche Pflicht“ gehöre nicht zu den ärztlichen Aufgaben, erklärte das Ministerium. Das Betäubungsmittel NAP wird meist von einem Vertrauensarzt einer Suizidhilfeorganisation verschrieben. 15 Gramm NAP wirken binnen von zwei bis fünf Minuten. Das Betäubungsmittel führt zum vollständigen Koma, zur Lähmung des Atemzentrums und schließlich zum Tod. Verboten ist in der Schweiz nur die aktive Sterbehilfe. Nicht ausdrücklich geregelt, aber toleriert sind die indirekt aktive Sterbehilfe durch die Abgabe von schmerzlindernden Medikamenten mit lebensverkürzender Nebenwirkung und die passive Sterbehilfe durch Verzicht auf lebenserhaltende Behandlung (dpa, 29.8.2007)
- **Berlin – Angehörige sollen bis zu zehn Tage bezahlten Pflegeurlaub bekommen:** Arbeitnehmer sollen nach Plänen des Bundesgesundheitsministeriums künftig bis zu zehn Tage bezahlten Urlaub nehmen können, wenn in ihrer Familie unerwartet ein Pflegefall eintritt. Angehörige sollten „von den Krankenkassen bis zu zehn Tage bezahlte Pflegezeit bekommen, um sich beim Eintritt des Pflegefalls alle nötigen Auskünfte, Hilfen, Ratschläge verschaffen zu können“, sagte Ministerin Ulla Schmidt (SPD) der „Bild“-Zeitung. Die Regelung war schon in den im Juni vorgestellten Eckpunkten für die Reform der Pflegeversicherung als zu prüfende Möglichkeit angeführt worden. Neu ist nun die Festlegung Schmidts, dies auch so im Gesetzentwurf festzuschreiben. Demnach soll für pflegende Angehörige künftig ein Krankengeldanspruch greifen, wie ihn Eltern bei Krankheit ihrer Kinder schon heute haben. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen verlangten allerdings, die Leistungen müssten aus Steuermitteln vom Staat finanziert werden. Arbeitgeberpräsident Dieter Hundt äußerte sich insgesamt zurückhaltend, in der Union wurden Zweifel an der Finanzierbarkeit laut. Sozialverbände begrüßten die Pläne dagegen einmütig. Unabhängig von dem kurzfristigen Pflegeurlaub sollen Angehörige von Pflegebedürftigen künftig einen Rechtsanspruch auf eine unbezahlte Pflegezeit von bis zu sechs Monaten erhalten. „Familienmitglieder sollen sich ein halbes Jahr von der Arbeit freistellen lassen können, wenn sie sich ganz um ihr pflegebedürftiges Familienmitglied kümmern wollen“, sagte Schmidt. „Jeder Pflegebedürftige, der will, bekommt zudem einen Pflegebegleiter, der alle Probleme re-

geln kann.“ Der Pflegeexperte der Union, Willi Zylajew (CDU), wies die Pläne für einen bezahlten Pflegeurlaub als unrealisierbar zurück. Die Idee sei „sehr schön“, sie habe aber Ähnlichkeit mit der Forderung „Freibier für alle“, sagte Zylajew dem „Tagesspiegel“. Wenn man pro Arbeitstag 150 Euro und pro Jahr 500.000 Fälle veranschlage, komme man bereits auf Kosten von 750 Millionen Euro, rechnete er vor. Die SPD-Fraktion signalisierte dagegen ihre „vorbehaltlose“ Unterstützung. Die Grünen nannten die Pläne unzureichend (dpa, 30.8.2007)

- Berlin – Pflegekassen kritisieren Plan für bezahlten Pflege-Urlaub: Die Pflegekassen haben die Finanzierungspläne der Bundesregierung für künftig bis zu zehn Tage bezahlten Pflege-Urlaub kritisiert. „Es ist grundsätzlich positiv, den Menschen das zu ermöglichen, aber wir sind der Auffassung, dass es Aufgabe des Staates wäre, das zu finanzieren“, sagte Michaela Gottfried, Sprecherin des federführenden Verbandes VdAK, in Berlin. Es handele sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Koalition will mit der anstehenden Pflegereform Angehörigen von Pflegebedürftigen die Möglichkeit geben, für bis zu zehn Tage von der Arbeit freigestellt zu werden, um Betreuung und Organisation in die Hand nehmen zu können. Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) sagte am Montag der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“, dies werde die Pflegeversicherung bezahlen. In der vergangenen Woche hatte sie noch gesagt, Angehörige sollten die bezahlte Pflegezeit von den Krankenkassen bekommen. Die Kosten bezifferte sie auf voraussichtlich weniger als 100 Millionen Euro. Dies sei durch die Pflegereform abgedeckt. Der Pflegebeitrag soll zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozentpunkte steigen. Die Pflegekassen können nach übereinstimmenden Angaben mehrerer Verbände zu den finanziellen Auswirkungen einer solchen Regelung noch keine Angaben machen, weil ihnen Daten über die Zahl der Betroffenen fehlen. Der Pflegeexperte der Union, Willi Zylajew (CDU), war von Kosten in Höhe von 750 Millionen Euro ausgegangen (dpa, 4.9.2007)
- Hamburg – Selbstmord-Apparat provoziert Diskussion über Sterbehilfe: Das Gerät ist klein und grün wie die Farbe der Hoffnung. Doch mit Hoffnung hat der „Sterbehilfe-Automat“, den der ehemalige Hamburger Justizsenator Roger Kusch diese Woche präsentierte, nichts zu tun. Die Maschine ist für Menschen gedacht, die sich aufgegeben haben. Sterbewillige könnten sich mit Hilfe des Geräts per Knopfdruck selbst eine tödliche Injektion verabreichen, erläuterte Kusch bei einem Wahlkampftermin in einem Altenheim und verursachte damit in Hamburg gehörig Wirbel. Er habe nicht provozieren, sondern nur Optionen der legalen Sterbehilfe erklären wollen, rechtfertigte sich Kusch, der die neu gegründete Partei Heimat-Hamburg führt. „Unmoralisch und skandalös“ nannte dagegen der SPD-Kandidat für die Bürgerschaftswahl 2008, Michael Naumann, Kuschs Auftritt. Der katholische Hamburger Erzbischof Werner Thissen sprach von einer „abscheulichen Verirrung“. Herr Kusch habe sich „endgültig disqualifiziert“, sagte auch Eugen Brysch von der Deutschen Hospizstiftung. „Ich habe mehrere Jahre für eine Legalisierung von Sterbehilfe gekämpft“, sagte dagegen der Hamburger Justizsenator der Süddeutschen Zeitung. Da sich aber an der rechtlichen Situation nichts ändere, wolle er sterbewilligen Menschen nun eine Lösung anbieten, die schon heute mit dem deutschen Recht vereinbar sei. In Deutschland ist es verboten, einen Menschen auf dessen Verlangen hin zu töten. Hilfe zum Suizid ist aber, im Gegensatz zu anderen Ländern wie Italien, nicht strafbar. Palliativmediziner, die unheilbar kranke Patienten behandeln, kritisieren, dass die Debatte um Sterbehilfe sich meist nur um rechtliche Fragen dreht. „Die Diskussion wird vom falschen Ende her geführt, nämlich aus der Perspektive jener Patienten, die alle Hoffnung verloren haben“, sagt Gian Domenico Borasio, Professor für Palliativmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Ziel müsse dagegen sein, das Mögliche zu tun, damit Menschen ihren Lebensmut nicht verlören. Die Erfahrung der Palliativmediziner zeige, dass Menschen, die von Schmerzen befreit werden oder sich mit Psychologen unterhalten können, einen einmal geäußerten Todeswunsch oft wieder zurücknehmen. In Palliativ-Teams, die Menschen am Lebensende betreuen, arbeiten darum neben Medizinern immer auch Psychologen und Theologen. Die Bundesregierung hat mit der Gesundheitsreform beschlossen, die Betreuung von sterbenden Menschen auszubauen. „Trotzdem hat noch nicht jeder in Deutschland Zugang zu guter Palliativmedizin“, betont Borasio. Kuschs Idee eines „Sterbehilfe-Automaten“ ist nicht neu. Der Arzt Philip Nitschke entwickelte in den 90er Jahren in Australien eine Maschine, die Patienten per Computerbefehl eine tödliche Injektion verabreichte. Vier Menschen nahmen sich auf diese Weise ihr Leben, bevor die australische Regierung die Gesetze änderte und die assistierten Selbsttötungen verbot (Süddeutsche Zeitung, 7.9.2007)
- Siegburg/Berlin – Palliativversorgung: Richtlinien-Entwurf des G-BA steht: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich auf einen Entwurf einer Richtlinie zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung verständigt. Wenn die Abstimmung reibungslos verläuft, könnte die Richtlinie Anfang 2008 in Kraft treten. Sie soll dazu beitragen, dass sich die Versorgung von schwerstkranken Menschen verbessert, die am Lebensende zu Hause gepflegt werden. Dazu wurde im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes ein entsprechender Passus (§ 37 b) in das Sozialgesetzbuch (SGB) V eingefügt. Seitdem haben Betroffene theoretisch Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Sie soll in Zukunft entweder durch einen

Vertrags- oder einen Krankenhausarzt verordnet werden können. Die Krankenkassen werden die Leistung prüfen dürfen, müssen sie aber nicht genehmigen. So soll ein Zeitverzug verhindert werden. „Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen“, heißt es im Gesetz. Die Richtlinie des G-BA dient in erster Linie dazu, den Anspruch der Patienten zu präzisieren. In § 132 d SGB V ist festgelegt, dass nach Inkrafttreten der Richtlinie die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinienvorgaben Verträge mit Anbietern schließen. Sie müssen zudem gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie Pflege- und Hospizorganisationen regeln, wer welche Leistungen erbringen kann und wie sich Qualität und Fortbildung sichern lassen (Deutsches Ärzteblatt, 14.9.2007)

- Rom / Vatikanstadt – Vatikan zu Sterbehilfe: Der Vatikan verurteilt weiterhin die Einstellung der Versorgung von Wachkomapatienten auch in Ausnahmesituationen als unmoralischen Akt. „Die Verabreichung von Nahrung und Wasser, auch auf künstlichen Wegen, ist prinzipiell ein gewöhnliches und verhältnismäßiges Mittel der Lebenserhaltung“, heißt es in einem Schreiben der Glaubenskongregation. Die künstliche Ernährung sei „verpflichtend“, solange sie dazu diene „Leiden und Tod durch Verhungern und Verdurstern“ zu verhindern (Frankfurter Rundschau, 15.9.2007)
- Berlin – Große Entscheidungsfreiheit für Hausärzte in der Palliativmedizin: Die Palliativmedizin wird absehbar eine neue Herausforderung auch für Hausärzte. Etwa jeder zehnte sterbende Mensch, das wären mehr als 80.000, so schätzt man beim Gemeinsamen Bundesausschuss, könnte Anspruch auf eine spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung haben. Grundlage ist die letzte Gesundheitsreform. Der Bundesausschuss hat dazu einen ersten Richtlinienentwurf entwickelt. Darin wird präzisiert, welche Patienten einen Anspruch auf diese neue Versorgungsform haben. Vor allem Hausärzte werden es sein, die die Leistung nach den jeweiligen Umständen des Einzelfalls eigenverantwortlich verordnen. Sie haben eine große Entscheidungsfreiheit. Nach Angaben von KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller gibt es keine Krankheitsausschlüsse. Beispielhaft nennt er sterbende Patienten mit Schmerzen, neurologisch/psychiatrischer, respiratorischer und gastroenterologischer Symptomatik jeweils in schwerer Ausprägung. Auch Krebskranke können der palliativmedizinischen Versorgung bedürfen. Hausärzte können bei entsprechender Qualifikation auch in den Palliative-Care-Teams mitarbeiten, die für eine flächendeckende spezialisierte Versorgung neu eingerichtet werden. Etwa 250 Palliative-Care-Teams werden benötigt. Derzeit gibt es etwa 50. Sie bestehen aus palliativmedizinisch qualifizierten Ärzten, Pflegern und Case-Managern. Die Teams sollen in Hospizvereine eingebunden sein, 24 Stunden erreichbar sein und im Notfall intervenieren können. Im nächsten Schritt plant der GBA eine Experten-Anhörung; ein Richtlinien-Beschluss wird für Dezember erwartet. Mit Zustimmung des Ministeriums kann die Richtlinie zum 1. Januar 2008 wirksam werden (Ärzte Zeitung, 17.9.2007)
- Freiburg – Kinderhospize fordern mehr Geld für die Betreuung todkranker Kinder: Anlässlich des Weltkindertags hat der Bundesverband Kinderhospiz von Bundesregierung und Krankenkassen mehr finanzielle Unterstützung für die Betreuung sterbenskranker Kinder gefordert. Bislang müssten die Angebote zur Entlastung, Begleitung und Unterstützung der an lebensbegrenzenden Erkrankungen leidenden Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Angehörigen überwiegend aus Spendengeldern bestritten werden, erklärte der Dachverband der Kinderhospizarbeit in Deutschland am Mittwoch in Freiburg. Mit einer größeren Unterstützung für die acht stationären Kinderhospize und 45 ambulanten Kinderhospizdienste in Deutschland könnten Bundesregierung und Kassen zugleich die Rechte der lebensbegrenzt erkrankten Kinder stärken, erklärte der Bundesverband Kinderhospiz weiter. Seinen Schätzungen zufolge leben in Deutschland mehr als 20.000 Kinder und Jugendliche mit zum Tode führenden Krankheiten wie etwa der Stoffwechselerkrankung Mukoviszidose (Deutsches Ärzteblatt, 19.9.2007)
- München – Seit zehn Jahren gibt es Palliativmedizin in Harlaching: Es klingt zunächst etwas merkwürdig, wenn Susanne Vogel von ihrem „Wohnzimmer“ spricht. Doch wenn man den Raum sieht mit dem üppigen Grün und der Couch im Eck, den Raum, in dem sie schon Hochzeiten gefeiert, aber auch Abschied genommen haben, versteht man, was die Ärztin meint: Ein schöner Ort ist wichtig auf einer Station, die viele Patienten nicht lebend verlassen. Die Palliativstation im Krankenhaus Harlaching gibt es nun schon seit zehn Jahren – sie war die zweite ihrer Art in München, nachdem die Barmherzigen Brüder in Nymphenburg 1991 eine Vorreiterrolle übernommen hatten. Sechs „mühevollen Jahre“ später war auch für das städtische Krankenhaus die Finanzierung gesichert, erinnert sich Ludwig Lutz, der in Harlaching Chefarzt für Onkologie ist. Gustava Everding, Ärztin und schon früh in der Hospiz-Bewegung aktiv, unterstützte die Idee; vom Christophorus Hospizverein kommen bis heute Ehrenamtliche, um zu helfen. „Heute ist die Station das Kleinod unseres Klinikums“, sagt er. 300 schwerkranke Patienten werden pro Jahr auf der Station betreut. Es sind Menschen mit einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen Krankheit, etwa einem schweren Tumorleiden oder einer Lähmung der Atemmuskulatur. Es gibt eine Warteliste; in der Regel schaffe man es aber, die Patienten in einer der Münch-

ner Palliativstationen unterzubringen, sagt Vogel. Ihr ist es wichtig, dass es bei der Vergabe der zehn Betten „gerecht zugeht“. Privatpatienten würden deshalb nicht bevorzugt aufgenommen. Allerdings bleibt auch selten jemand länger als drei Wochen. Denn die Betreuung ist personalintensiv und somit teuer. Die Städtischen Kliniken wollen die Versorgung weiter „optimieren“, wie deren Geschäftsführer Reinhard Fuß sagt. Ende des Jahres soll deshalb eine weitere Palliativstation mit neun Betten im Schwabinger Krankenhaus öffnen. Bevor ein Patient auf eine Palliativstation kommt, muss ein Arzt dies befürworten. Es folgt ein Aufnahmegespräch, bei dem die meisten Patienten zwar die Hoffnung äußern, gesund zu werden. Doch zwei Drittel der Patienten sterben auf der Palliativstation. Und so versuchen die Ärzte, die Hoffnung nicht zu nehmen, andererseits aber auch ehrlich zu sein. „Wir formulieren kleinere Ziele“, sagt Vogel: dass ein Patient wieder schlafen kann, dass er schmerzfrei ist. Es sei, sagt Chefarzt Lutz, nicht Aufgabe einer Palliativstation, „dem Leben mehr Tage hinzuzufügen, sondern den Tagen mehr Leben.“ (Süddeutsche Zeitung, 20.9.2007)

- Winterthur / Schweiz – Podium an der Jahrestagung von palliative.ch: Der vertrauensvolle Kontakt mit den Angehörigen ist ein entscheidender Faktor bei der ärztlichen Begleitung schwerkranker Menschen. Im Rahmen der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (palliative.ch) in Winterthur diskutierten am Mittwoch zwei Angehörige von Verstorbenen mit Fachleuten über kommunikative Kompetenzen im Umgang mit Schwerkranken. Eine Frau berichtete über die Begleitung ihres krebserkrankten Mannes, dass das Wissen um den bevorstehenden Tod einen Menschen stark verändern könne. Ihr Mann sei immer verschlossener geworden. Gerade vor diesem Hintergrund könne sie als Angehörige die Zurückhaltung vieler Ärzte bei der Morphin-Abgabe auch in den leidvollen letzten Tagen eines Sterbenden nicht nachvollziehen. Für den Psychiater Friedrich Stiefel ist in der letzten Phase einer tödlichen Krankheit nur eine Frage entscheidend: „Was ist jetzt wesentlich für diesen Menschen?“ Als Arzt sei er sich bewusst, dass er eine Person nie so gut kennen und verstehen könne, wie dies den Angehörigen aus tiefer Verbundenheit möglich sei. Psychotherapeutin Annina Hess bezeichnete es als selbstverständlich, dass sich das Verhalten in existenziellen Situationen ändere, und dies gelte es auch zu respektieren. Wenn zum Beispiel ein Sterbender persönliche Nähe zunehmend ablehne, könne das auch ein Schutz sein vor dem Festhalten an einem Leben, von dem er in einem schmerzvollen Prozess Abschied genommen habe. Pfarrerin Ulrike Büchs wiederum betonte das Recht eines Patienten, den Zeitpunkt für das Eingehen auf schwierige Fragen selbst festzulegen. Die Kommunikation über die Begleitung seiner sterbenden Mutter sei im Spital eigentlich gar nicht möglich gewesen, stellte ein anderer Gesprächsteilnehmer im Rückblick fest. Mit Fragen nach einer Sterbebegleitung oder der Möglichkeit, als Sohn über Nacht neben dem Bett seiner Mutter bleiben zu können, habe er vor allem Staunen oder Hilflosigkeit ausgelöst. Über die Erfahrungen bei einem anschließenden Aufenthalt seiner Mutter im Zürcher Lighthouse äusserte er sich dagegen positiv. Die Podiumsteilnehmer waren sich darin einig, dass der Wandel hin zu einer adäquaten Gewichtung der Palliativmedizin und der entsprechenden Kommunikations-Kompetenzen noch längst nicht abgeschlossen sei. Pflegefachfrau Isabelle Beytrison kritisierte, dass der nahende Tod zu oft noch als Versagen der Medizin verstanden werde statt als Aufforderung zur aufmerksamen Begleitung des Sterbenden. Stiefel sagte, man dürfe die Bedingungen für die Patienten nicht losgelöst von denen der Pflegenden betrachten. Wenn ein Spital wie eine Produktionsfirma straff durchorganisiert werde, so führe dies zu einem Kulturwandel mit erschreckenden Folgen (Neue Zürcher Zeitung, 20.9.2007)
- Berlin – Ärzte verpflichten sich zur Umsetzung von Patientenverfügungen: In der Debatte um die Selbstbestimmung von Todkranken haben mehrere Ärzte die Umsetzung von Patientenverfügungen zugesichert. „Der Wille des Patienten hat für mich oberste Priorität“, heißt es in dem sogenannten Lahrer Kodex, der am Donnerstag in Berlin vorgestellt wurde. Initiator Tejas Alexander, Chefarzt am Herzzentrum Lahr in Baden, rief Ärzte auf, mit ihrer Unterschrift zahlreich Respekt vor dem Willen des Patienten zu signalisieren. Im Bundestag sind drei Gruppenanträge von Abgeordneten im parlamentarischen Verfahren, die die Verbindlichkeit solcher Verfügungen unterschiedlich regeln wollen. Die rund neun Millionen bestehenden Patientenverfügungen über den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen sind für Ärzte derzeit nicht zwingend bindend (dpa, 27.9.2007)
- Berlin – Bundesärztekammer hält den „Lahrer Kodex“ für überflüssig: Ärzte gehen in die Offensive für mehr Respekt vor dem Patientenwillen. Mit dem Lahrer Kodex verpflichten sie sich, Patientenverfügungen als verbindlich zu betrachten. Die Bundesärztekammer betrachtet die Selbstverpflichtung kritisch. „Wir unterstützen das Bemühen um Klarheit und Transparenz ärztlicher Entscheidungen am Lebensende“, so Professor Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer (BÄK). Er hält die Selbstverpflichtung jedoch für überflüssig: „Es bedarf keines weiteren Kodexes, um Grundsätze ärztlicher Sterbebegleitung zu verdeutlichen“, so Fuchs. Die Kammer verweist darauf, dass sie Ärzten mit den "Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung" und den "Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis" wesentliche Orientierungshilfen an die Hand gegeben habe. Die Initiatoren der Selbstverpflich-

tungserklärung wollen mit dem Kodex dazu beitragen, dass Ärzte eine innere Haltung im Umgang mit Konflikten am Lebensende entwickeln, die den Respekt vor dem Patientenwillen reflektiert. „Hier geht es um viel mehr als um Rechte und Pflichten. Situationen zwischen Leben und Tod sind immer komplex. Deshalb wird jedes vernünftige Gesetz große Spielräume lassen müssen“, sagte der Initiator des Lahrer Kodex, der Anästhesist Dr. Tejas Alexander vom Herzzentrum Lahr bei der Vorstellung der Selbstverpflichtung. Einhellig wendet sich der Lahrer Kreis gegen politische Bestrebungen, die Reichweite von Patientenverfügungen gesetzlich zu beschränken. Der Kodex betrachtet Patientenverfügungen grundsätzlich als verbindlich, auch wenn der Patient seinen Willen aktuell nicht äußern kann. Zudem verpflichten sich die Ärzte, todkranken Patienten mit palliativen Maßnahmen ein würdiges Sterben zu ermöglichen, distanzieren sich aber ausdrücklich von aktiver Sterbehilfe. Patientenverbände und politische Organisationen begrüßen die dritte Selbstverpflichtung der Ärzte, sich Zeit für Gespräche von Mensch zu Mensch zu nehmen und Patienten beim Verfassen ihrer Patientenverfügung zu unterstützen. „Wenn die Würde des Menschen mit der Verpflichtung zur Lebenserhaltung in Konflikt gerät, muss die Menschenwürde handlungsleitend sein, um dem Patientenwillen gerecht zu werden“, sagte Dr. Michael de Ridder aus Berlin, Leiter der Vivantes-Rettungsstelle am Urban, der den Kodex als zweiter Arzt unterzeichnete. Er betrachtet die Selbstverpflichtung als "Perspektivwechsel" der Ärzte beim Blick auf das Lebensende. Die Frage dürfe nicht sein, ob die lebenserhaltenden Geräte abgeschaltet werden dürften, sondern ob sie weiter eingesetzt werden dürften, so de Ridder (Ärzte Zeitung, 28.9.2007)

Quelle: Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (www.dgpalliativmedizin.de)