



Hospiz Patientenschutz Aktuell

Sonder-Info . . . Sonder-Info . . . Sonder-Info . . . Sonde

Menschenwürdig leben bis zuletzt Anstöße für eine neue Gesundheitspolitik



I. Menschenwürde bis zuletzt

Die Würde des Menschen ist unantastbar, formuliert das Grundgesetz in seinem ersten Artikel. Die Menschenwürde zu achten und zu schützen ist daher Verpflichtung aller staatlichen Gewalt. Alle Menschen besitzen Würde, doch diese kann gekränkt werden. Je größer die Schwäche des einzelnen Menschen, je größer seine Abhängigkeit von Hilfe, desto bedrohlicher das Risiko und die Wahrscheinlichkeit, dass seine Würde verletzt wird. Wenn ein Sterbender in ein Krankenhaus oder ein alter Mensch in ein Pflegeheim eingewiesen wird, braucht er möglicherweise Hilfe und Fürsorge rund um die Uhr. Wenn dieser Patient allein bleibt, weil er krank, dement oder schwach ist, dann wird seine Würde gekränkt. Wenn seine Einsamkeit und sein Schmerz übersehen werden, dann lassen wir ihn spüren, dass er eine Belastung ist.

Daher fordern wir:

Die Achtung und der Schutz der Würde von Menschen, erst recht von Kranken, Schwachen, Sterbenden und Trauernden, muss zum obersten Kriterium in unserem Versorgungssystem werden.

Kann man die Würde eines Menschen stärker verletzen, als ihm anzubieten, ihn zu töten? Es wäre so, als ob wir Augen und Ohren vor seinen Wünschen verschließen, die um Fürsorge, Kompetenz und damit palliative Behandlung bis zu seinem Lebensende bitten. Unsere Gleichgültigkeit, unser Mangel an Kompetenz, an Verständnis und Liebe ist eine Kränkung und macht krank. Die Würde der Alten, der Schwachen und Sterbenden muss jeden Tag durch uns geschützt werden. Würde hat auch damit zu tun, wie wir in Beziehung zueinander treten, wie wir andere sehen, achten und respektieren.

Mit Vertretern aller europäischen Staaten verabschiedete der Europarat im Juni 1999 einstimmig ein Dokument, das detailliert den Bedarf für Palliative-Care beschreibt. Darin wird unterstrichen, dass alle europäischen Staaten verpflichtet sind, schwerkranken und sterbenden Patienten kompetente Palliative-Care anzubieten. Gleichzeitig formuliert dieses Dokument der aktiven Sterbehilfe eine deutliche Absage.

Ein Service der Deutschen Hospiz Stiftung



II. Die Euthanasiepraxis in den Niederlanden als Herausforderung für die gute Versorgung der Sterbenden in Deutschland

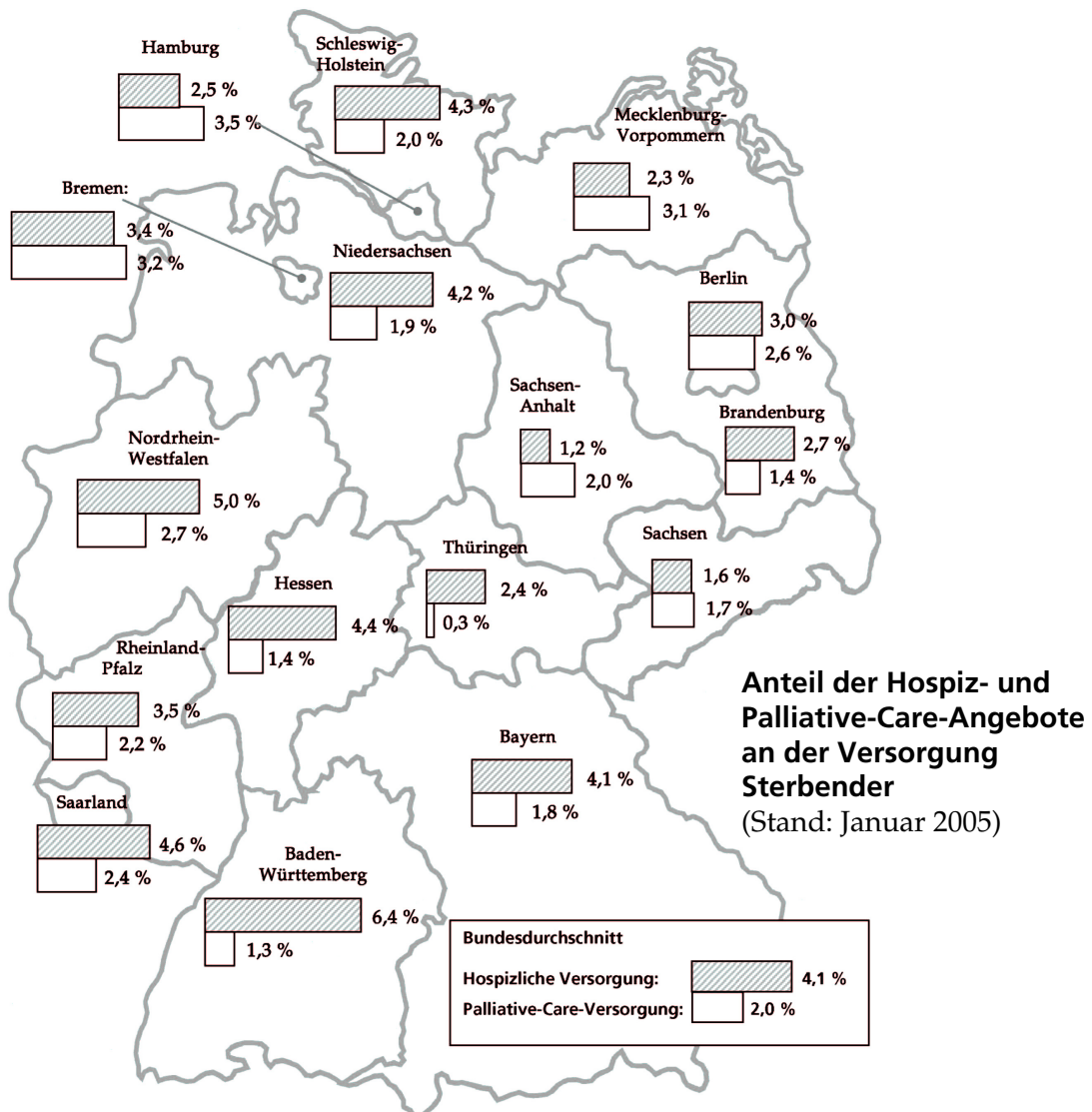
Als erstes europäisches Land haben die Niederlande durch eine Gesetzesänderung die aktive Sterbehilfe zugelassen. Jahr für Jahr erhalten ungefähr 3 000 Patienten nach wiederholtem Drängen durch ihren Arzt aktive Sterbehilfe in Form einer tödlichen Injektion. Darüber hinaus wird bei schätzungsweise 1 000 Patienten aktive Sterbehilfe durchgeführt, ohne dass sie darum gebeten hätten. Diese Patienten waren z.B. bewusstlos oder aus einem anderen Grund nicht in der Lage, in ihrer letzten Lebensphase selbst zu entscheiden. In diesen Situationen hat der Arzt vermeintlich die Entscheidung „im Namen des Patienten“ getroffen.

Wenn alle europäischen Länder die niederländische Praxis einführen würden, müsste man europaweit jährlich mit 200 000 Patienten rechnen, die durch aktive Sterbehilfe zu Tode kommen; darunter wären 50 000 Menschen, die dies nicht gewollt haben.



III. Hospizliches Denken und palliative Arbeit

Die weltweite Hospizbewegung hat schon viel erreicht. Das Wachsen der Hospizbewegung und die Chancen von palliativer Versorgung stellen seit Jahren eine ermutigende Gegenbewegung zur Tabuisierung des Sterbens, zum Szenario eines qualvollen, einsamen Leidens am Lebensende und zur aktiven Euthanasie dar.



Erfreulicherweise ist es zunehmend gelungen, eine Bewegung, die vor mehr als dreißig Jahren einsetzte, nicht nur am Leben zu halten, sondern kontinuierlich in Angeboten, Einrichtungen und Organisationen zu etablieren, in gesellschaftlichen Interessengruppen und in einer „Menschenrechtsbewegung für ein würdiges Lebensende“ zu verankern. Zunächst hatte sich die Hospizbewegung bewusst als Alternative zum Gesundheitssystem verstanden. Heute gilt es, ihre Haltung, ihre Kompetenzen, ihre Erfahrung in die Regelversorgung einzubringen und zum festen Bestandteil und Qualitätsmerkmal werden zu lassen.

Palliative-Care ...

- verzögert nicht den Tod noch beschleunigt sie ihn,
- sorgt für Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen,
- schließt psychische und spirituelle Aspekte der Patientenversorgung mit ein,
- ist ein Unterstützungsangebot, um den Patienten zu helfen, so aktiv wie möglich bis zum Tod zu leben,
- ist ein Begleitungsangebot für die Angehörigen in der Zeit der Erkrankung des Patienten und später in ihrer eigenen Trauerphase (WHO 1990)
- setzt voraus, dass Tod und Sterben normale Vorgänge des Lebens sind.

Ein wichtiger Grundsatz von Palliative-Care lautet: *„Wenn die Lebenssituation eines Patienten hoffnungslos erscheint, gibt es noch viel, was wir ihm anbieten können“*. Dieses Angebot besteht aus einer kompetenten medizinischen Behandlung, einer ausgezeichneten Pflege, einer angemessenen psychosozialen und - wenn gewünscht - auch religiös-spirituellen Betreuung. Verständnis für die Schmerzen und Leiden eines Menschen sind dabei keine leeren Versprechungen. Dieses Engagement darf nicht nur Einzelpersonen gelten, die das Glück haben, auf einer „guten Palliativstation“ behandelt zu werden. Das Angebot der Zukunft muss vielmehr allen Patienten gelten, die unter lebensbedrohlichen Erkrankungen leiden, unabhängig von Diagnose, Alter und Aufenthaltsort: im Krankenhaus, im Pflegeheim oder zu Hause.

Um dieses Ziel zu erreichen, müssen Voraussetzungen geschaffen werden:

Unsere Gesellschaft muss ihre Haltung gegenüber den Schwachen und den Sterbenden ändern. Den Verantwortlichen im Gesundheitswesen müssen die Augen geöffnet werden für die Alten und die Sterbenden, damit sie die Hilfe erhalten, die sie brauchen.

Daher fordern wir:

- **Eine Ent-Tabuisierung des „Sterbens im Gesundheitswesen“,**
- **eine öffentliche Diskussion aus dem Blickwinkel der Betroffenen,**
- **sowie eine umfassende Durchdringung des Bewusstseins breiter Bevölkerungsschichten zu den Themen Sterben, Tod und Trauer, vor allem auch über Konzepte und Initiativen in Kindergärten, Schulen, Universitäten und Volkshochschulen.**

Doch auf Gesellschaft und Gesundheitswesen darf die Lösung dieser Probleme nicht abgeschoben werden. Entscheidend ist vielmehr, wie wir als Privatpersonen und Individuen Verantwortung übernehmen, wenn unsere Angehörigen erkranken oder alt werden. Nur durch ein tragfähiges Netzwerk, in dem Angehörige, Freiwillige, Nachbarn, dazu die „professionellen“ Helfer, Institutionen und Lehreinrichtungen zusammen arbeiten, mit Respekt gegenüber der Kompetenz des anderen, kann es gelingen, den Schwachen und den Schwerkranken ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen.



Daher fordern wir:

- **Ausbau der bestehenden Netzwerke zur Sicherung einer ganzheitlichen Betreuung.**
- **In Gemeinden ab 30 000 Einwohner sollte es für Betroffene und ihre Angehörigen eine zentrale Anlauf- und Informationsstelle für Beratung geben.**
- **Für eine gelingende Vernetzung ist das Schnittstellenmanagement zwischen Palliative-Care-Diensten und ehrenamtlichen Hospizdiensten besonders wichtig. Dies zu etablieren und die verantwortlichen Schnittstellenmanager auch adäquat in Hauptamtlichkeit zu entlohnen, ist anzustreben.**

Die Antwort ist eine kompetente Palliativmedizin und Palliative-Care für alle, die sie brauchen. Die dafür notwendige bedarfsgerechte (Um)gestaltung muss auf mehreren Ebenen erfolgen, um ein effizientes Ineinandergreifen der unterschiedlichen Bereiche zu sichern.

Daher fordern wir:

- **Die niedergelassenen Ärzte müssen jederzeit Unterstützung durch einen Palliative-Care Dienst erhalten können.**
- **Sozialstationen und ambulante Pflegedienste müssen die Kompetenz von Palliative-Care-Diensten einfordern können, ebenso Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime. Im stationären Bereich muss qualifizierte Sterbebegleitung als Dienstleistung vertraglich festgelegt werden, und der oft beschworene Grundsatz „ambulant vor stationär“ muss sich in einer Gesetzesüberarbeitung zur besseren Förderung der ambulanten Hospiz- und Palliative-Care-Arbeit niederschlagen.**



**IV. Sterbende und ihre Angehörigen unterstützen:
Eine neue Herausforderung für ein altes System**

Tod und Sterben betreffen jeden: in Deutschland sterben jährlich etwa 860 000 Menschen (Statistisches Bundesamt 2000), d.h. mit Angehörigen und Freunden sind davon Millionen Menschen unmittelbar betroffen. Die pflegenden Angehörigen sind dabei jene Gruppe, die unter der ungenügenden Versorgung für sterbende Menschen besonders leidet.

Daher fordern wir:

Unterstützung für die Angehörigen durch Einführung von Karenztagen für Angehörige in der Sterbebegleitung, gesetzlich festgelegten Sonderurlaub, Förderung von Selbsthilfegruppen „Pflegerische Angehörige“, Förderung von Trauer-Selbsthilfegruppen uvm.

Neben diesen quantitativen Aspekten sind auch die qualitativen Veränderungen in der Situation sterbender Menschen nicht zu vernachlässigen. Diese bringen für die gelingende Versorgung von sterbenden Menschen und ihren Angehörigen neue Herausforderungen mit sich, denen es mit geeigneten Konzepten und Strategien zu begegnen gilt:

- Dass die Menschen in Europa immer älter werden bedeutet, dass wir in immer höherem Lebensalter sterben. Sterbende zu versorgen heißt daher immer häufiger, hochbetagte, kranke und verwirrte Menschen zu pflegen und zu begleiten. So werden Al-

ten- und Pflegeheime zu Orten des Sterbens. Diese Einrichtungen sind jedoch nicht gut genug darauf vorbereitet. Neben der oftmals unzureichenden Qualifizierung und Ausbildung der Pflegekräfte für Sterbebegleitung und palliative Versorgung kommt es durch Personalmangel und Arbeitsüberlastung zu großen Qualitätsverlusten in der Versorgung.

- Als Ergebnis jahrelanger Anstrengungen unter dem Motto „ambulant vor stationär“ können auch pflegebedürftige Menschen zu Hause bleiben und dort versorgt werden. Dies gelingt jedoch nicht immer „bis zuletzt“. Häufig werden Menschen noch in ihren letzten Lebenswochen oder -tagen in eine Einrichtung – sei es in ein Krankenhaus oder stationäre Altenhilfe – abgeschoben, was eine große Belastung für alle Beteiligten darstellt.
- Auch behinderte Menschen werden alt und sterben eines natürlichen Todes. Wir wissen aber, dass das Umfeld, in dem diese Menschen leben, heil- und sonderpädagogisch ausgerichtet ist. Die pflegerische und medizinische Versorgung gehört dort nicht zu den Kernkompetenzen. Was geschieht mit behinderten Menschen, die in einer oft jahre- und jahrzehntelangen familienähnlichen Betreuungssituation in den Heimen ihr Zuhause haben, wenn sie dann krank werden, pflegebedürftig und abhängig von kontinuierlicher ärztlicher Betreuung? Es überrascht nicht, dass weitsichtige Träger von Behinderteneinrichtungen hier nach Hospiz- und Palliativversorgung rufen.

Die Verschiebung des Krankheitsspektrums und der demographische Wandel lassen die Bevölkerungsgruppen ins Blickfeld rücken, die in der Palliativversorgung bislang zu kurz gekommen sind. In der gesamten europäischen Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung standen PatientInnen mit einer onkologischen Erkrankung im Mittelpunkt des Interesses, und bis heute ist der Versorgungsalltag auf einer Palliativstation oder in einem Hospiz weitgehend vom Bedarf dieser Zielgruppe geprägt. Zwar wurde so die Versorgung von Krebskranken enorm verbessert und damit auch ein Krankheitsbild von vielen Tabus befreit. Gleichzeitig wird jedoch immer deutlicher, dass es viele andere Gruppen gibt, die eine bessere Versorgung am Lebensende benötigen: Die Alten, die neurologisch Erkrankten, die chronisch Kranken, behinderte Menschen, und nicht zuletzt Kinder. Dass einer Mehrheit von ihnen der Zugang zu einer adäquaten palliativen Versorgung verwehrt ist, sehen wir als ein gesellschaftlich hochrelevantes sozial-ethisches Problem. Insbesondere Fragen nach der Verteilungsgerechtigkeit gesellschaftlicher Mittel drängen sich hier auf. Soll es weiterhin ein Sterben erster, zweiter und dritter Klasse geben?

Daher fordern wir:

Palliative-Care muss zum festen Bestandteil der Regelversorgung und in das Sozial- und Gesundheitssystem integriert werden.

Auch international verschiebt sich die Aufmerksamkeit in diesem Sinne. Das Konzept Palliative-Care wird auf seine Anwendung und Übertragbarkeit auf andere Bereiche hin geprüft, hinterfragt und erweitert. Deutlich wird dabei, dass eine Erweiterung dringend notwendig ist, dafür jedoch auch ein neues und anderes Wissen erforderlich wird, als dies im Kontext von Menschen mit onkologischen Erkrankungen erarbeitet wurde.



V. Hospizliche und Palliative Kultur entwickeln

Eine kritische Prüfung der bestehenden Versorgung ist immer der erste Schritt zu einer gezielten fachlichen, interdisziplinären und eben humanen Weiterentwicklung. Der tiefgreifende Wandel der Ausgangssituation für Sterbende in den modernen Gesellschaften muss in den Blick genommen und sozialepidemiologisch sowie aus der Perspektive von Palliative-Care beschrieben werden. Wir benötigen daher dringend Antworten auf folgende Fragen: Wo sterben die Menschen? Wie sterben sie? Wie werden sie in der letzten Lebensphase versorgt? Wie sieht die ärztliche, wie die pflegerische Versorgung aus? Was gelingt in welchem Versorgungsbereich (Krankenhaus, Hauskrankenpflege, Alten- und Pflegeheim), wo sind innovative Ansatzpunkte für Entwicklungen?

Palliativstationen sind – ihrem Auftrag gemäß – keine ausreichende Antwort auf diese Versorgungsherausforderungen. Dies entspricht nicht ihren Zielsetzungen und würde auch die Möglichkeiten einer einzelnen Einrichtung übersteigen. Die Erfolge der inzwischen zahlreichen Palliativstationen im deutschsprachigen Raum können nicht verdecken, dass es nur unzureichend gelungen ist, über diese Einrichtungen hinaus in den Akutkrankenhäusern generelle Standards für eine gute Palliativversorgung einzurichten. Als „Inseln der Versorgung“ für sterbende Menschen laufen sie Gefahr, einer Minderheit von Menschen ein „Sterben erster Klasse“ zu ermöglichen. Um dem entgegenzutreten und eine ganzheitliche Versorgung zu sichern, bedarf es der Implementierung von Elementen der Hospizarbeit und Palliative-Care in die bestehende Regelversorgung und des Ausbaus schon bestehender Netzwerke.

Daher fordern wir:

- **Palliative-Care muss als prüfungsrelevantes Pflichtfach in die Ausbildung von Medizinern, Pflegepersonen, psychosozialen und seelsorglichen Berufen integriert werden.**
- **Palliative-Care muss als Fachqualifikation für Pflegekräfte, Seelsorger und Therapeuten gelten.**
- **Palliativmedizin muss als Facharztausbildung angeboten werden.**
- **Darüber hinaus ist die Einrichtung von Palliative-Care-Zentren an Universitätskliniken anzustreben.**
- **Im Bereich der Fort- und Weiterbildung sollte Palliative-Care für medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgliche Professionen verpflichtend eingeführt werden.**
- **Es sollte kompetente Ethikberatungen in Palliative-Care an allen stationären Einrichtungen geben, denn wie ethische Entscheidungen am Lebensende getroffen werden, bestimmt nachhaltig die Versorgungsqualität.**
- **Nötig ist im Sinne der Qualitätssicherung**
 - **eine kontinuierliche Supervision für alle Dienste und Berufe in der Sterbebegleitung,**
 - **eine Förderung multiprofessioneller Dialoge und**
 - **begleitende Forschung im Bereich Hospizarbeit, Palliative-Care, im Betreuungsrecht und im Bereich der Ernährung.**

Die Angst vor einem fremdbestimmten und unwürdigen Sterben, das wegen fehlender fachlicher und sozialer Betreuung von unnötigen medizinischen Interventionen unterbrochen wird, ist latent. Die Umstände des Sterbens in unserem System lassen den Tod nicht selten als Erlösung erscheinen. Der Alltag in den Kliniken ist vielfach von immer denselben Erfahrungen bestimmt: Die Handlungslogik der „Organisation Krankenhaus“ ist auf Gesundheit, Rehabilitation und maximale Lebensverlängerung ausgerichtet, es „darf“ nicht gestorben

werden. PatientInnen gelten als „aufgeklärt“ und wissen dennoch nicht, wie es um sie steht. Schmerztherapie geschieht oft ohne den Erkenntnisstand der Palliativmedizin, und die psychosoziale Betreuung ist unzulänglich und zufällig.

Die Erfahrungen, die Konzepte, die Regeln und Standards von Palliativstationen und ambulanten Palliativteams zum Bestandteil der Sterbekultur, einer „palliativen Kultur“ des jeweiligen Hauses werden zu lassen, wird ein wichtiger und unverzichtbarer nächster Schritt sein. Dazu braucht es angemessene Veränderungsprozesse im Krankenhaus oder Altenheim, und vor allem den entsprechenden Auftrag seitens der Leitung. Dieser wird in adäquate Organisationsentwicklungsprojekte zu übersetzen sein. Bildungsseminare, Unterricht und Weiterbildung sind unverzichtbare Bestandteile eines solchen Prozesses, als isolierte Maßnahmen greifen sie aber zu kurz angesichts der Komplexität der Fragestellung.



VI. Im Mittelpunkt: Ethik und finanzielle Ressourcen

Kommunikation und Ethik sind zentrale Kategorien einer guten Palliativversorgung (Husebø, Klaschik 2000). Wir gehen davon aus, dass sich im Sterben und in der Versorgung Sterbender wie in einem Vergrößerungsglas die zentralen Versorgungsherausforderungen von Humanität und Professionalität, von Ethik und Ökonomie, von Person und Organisation erkennen lassen. So muss z.B. auf der Systemebene (vor allem der Finanzierungssysteme, Sozialversicherungssysteme, der politischen Entscheidungsebene) nachhaltig die Frage gestellt werden: Welche Versorgung wollen wir für wen?

Rationalisierung und Kommerzialisierung sind immanente Risiken für die Qualitätssicherung in der Versorgung von sterbenden Menschen. Dem muss entgegengetreten werden, indem die Gesellschaft die Qualität des Lebensendes als Indikator ihrer eigenen humanen Entwicklung begreifen lernt und indem die Politik die absehbaren demografischen Entwicklungen interpretiert und dementsprechend Ressourcen für vorrangige gesellschaftspolitische Ziele frei macht bzw. dadurch die Entwicklungspotentiale selbst weckt.

Hier kann als Beispiel der Glaubenssatz vieler Politiker genannt werden, wonach die Altersentwicklung die Kassen überfordert und demnach Ressourcenknappheit notwendigerweise zu Einsparungen insbesondere im Intensivmedizin- und Pflegebereich führt. 60% der Kosten im Gesundheitswesen werden für die letzte Lebensphase aufgewandt, dennoch mit einem unbefriedigenden Ergebnis. Statt einer ganzheitlichen Betreuung führt ein Modul-System zu absurden Entwicklungen: Oft werden bei Schwerstkranken und Sterbenden nur Einzelfunktionen betrachtet und Teildiagnosen gestellt. Der Gedanke der Ganzheitlichkeit geht dabei verloren. Die verschiedenen Bereiche und Angebote für diese Patientenklientel sind nicht hinreichend vernetzt und ineinandergreifend – der Betroffene wird häufig von Einrichtung zu Einrichtung geschoben.

In der Phase der größten finanziellen Belastung des Gesundheitswesens, der letzten Monate vor dem Tod, gäbe es beträchtliche Einsparungspotentiale, gerade wenn man in eine vernetzende palliative Versorgung investierte. Ohne Palliative-Care-Teams (PCT) ist das Betreuungsverhältnis 61% im Krankenhaus zu 39% zu Hause, mit PCT 35% im Krankenhaus und 65% zu Hause. Durch Palliative-Care-Teams könnten also wesentlich mehr Menschen zu Hause bis zum Tode betreut werden, was zu einer verbesserten palliativmedizinischen Betreuung der betroffenen Patienten, einer Verbesserung der Leistungsbreite und eben einer Reduzierung der Behandlungskosten führt.

Auf politischer Ebene wurde in Deutschland zwar dafür gesorgt, dass Palliativmedizin in die Approbationsordnung der Ärzte aufgenommen und die Beschaffung der Schmerzmittel ver-



einfacht wurde. Sterbebegleitung durch ambulante Hospizdienste wird seit 2002 von den gesetzlichen Krankenkassen mitfinanziert. Doch im Hinblick auf die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschale (DRGs) in den Kliniken besteht die große Gefahr, dass die Bedürfnisse der Schwerstkranken und Sterbenden nicht berücksichtigt werden. Es wird nämlich künftig von den Krankenhäusern nicht mehr nach Verweildauer der Patienten abgerechnet, sondern nach einer Diagnosenpauschale. So können z. B. Betten für unheilbar kranke Tumorpatienten nicht ausreichend finanziert werden. Es kommt zu einer frühzeitigen Entlassung und erneuter Einweisung von Patienten, einer Höhercodierung und nicht zuletzt einem Hin- und Herschieben von Patienten zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung. Auch der Mediziner Prof. Dr. Eberhard Klaschik weist warnend auf die neuen Fallpauschalen in Kliniken hin, in denen er eine „Riesengefahr“ sieht. „Kommen diese Pauschalen wie sie bisher geplant sind, ist das der Bankrott der Palliativmedizin“ (vgl. Klaschik in dpa Artikel von Löll; 09.03.03).

Daher fordern wir:

kurzfristig

- **den Einbezug der Leistungen der Pflegeversicherung und die Anpassung an den Index gewährleisten,**
- **die Abrechenbarkeit von Demenz in der Pflegeversicherung ermöglichen,**
- **eine geregelte Finanzierung für Kinderhospizarbeit garantieren**
- **und eine Herausnahme der Kosten für Schmerzmittel für Schwerstkranke und Sterbende aus der Deckelung der Arzneimittelbudgetierung bewirken.**

langfristig

- **muss Palliative-Care abrechenbar werden,**
- **sollte es persönliche Tagesbudgets für Schwerkranke und Sterbende in den letzten zwölf Monaten geben - um neben dem Heilungsauftrag auch dem Begleitauftrag im Gesundheitswesen Raum zu geben,**
- **ist eine regelmäßige Anpassung dieser Budgets an den Lebenshaltungskostenindex unumgänglich**
- **und schließlich muss Palliative-Care für mindestens vier Monate in die Fallpauschale (DRGs) der Krankenhäuser aufgenommen werden.**

Neben einer neuen Ethik des „hospizlichen Denkens“ muss es auch zu einer klugen Umlenkung der vorhandenen Mittel kommen. Studien in Deutschland haben bewiesen: Die Belastungsanzeige des Personals sinkt, wenn die Sterbebegleitung ein integraler Bestandteil der Arbeit ist.

Nur so werden neue Formen der Solidarität, des Miteinanders, der Wechselseitigkeit und der Hilfe für Kinder und Alte, für Schwache, Kranke und Verwirrte, für Hilfsbedürftige und Abhängige in dieser Gesellschaft möglich.

Dem Akutkrankenhaus kommt hier eine besondere Rolle zu. Dort ist das Bewusstsein dafür, dass es Verfahren für ethische Entscheidungen braucht, am weitesten entwickelt. Gleichzeitig darf das Krankenhaus keine „Monopolstellung in ethischen Fragen“ einnehmen, denn ebenso bedeutend sind ethische Entscheidungen für Altenheime und Behinderteneinrichtungen, sowie insbesondere in der Hauskrankenpflege.

Daher fordern wir:**Die Ausrichtung weiterer Diskussionen an zentralen Fragen:**

- **Wie wollen wir mit Schwachen, Behinderten, Alten, Kranken, Sterbenden, d.h. „unproduktiven“, lobbylosen und gesellschaftlich isolierten Menschen umgehen? Als Ziel für den zukünftigen Umgang mit Sterbenden gilt der Leitsatz „Für alle, die es brauchen“.**
- **Wie kann Solidarität neu begründet, fachlich realisiert und politisch finanziert werden? Integrierte Versorgung als Ziel für die Betreuung am Lebensende setzt voraus, dass eine integrierte Finanzierung ausgehandelt wird.**
- **Wie können die Bedürfnisse der Betroffenen zum Ausgangspunkt konzeptioneller palliativer Qualitätsentwicklung werden? Zu erarbeiten sind patientenorientierte Konzepte für die Regelversorgung.**
- **Wie können wir schneller aus den Erfahrungen in unterschiedlichen internationalen palliativen Modellen lernen? Wie wird palliative Kultur Qualitätsmerkmal der Regelversorgung?**

Es geht um die grundsätzliche Frage, wie die Rechte der Betroffenen – seien es PatientInnen oder deren Angehörige – identifiziert und wie sie in der Betreuung sichergestellt werden können. Dazu brauchen Einrichtungen eigene Strukturen und Verfahren, Diskurse und Ethikberatungsprozesse. Nur wenn es gelingt, auch diese ethischen Fragestellungen zu bearbeiten, wird man dem Ziel einer palliativen Kultur in der Regelversorgung näher kommen.

02.45.01.002

Impressum:

Der Hospiz Patientenschutz Aktuell (HPA) ist eine spezielle Informationsschrift, insbesondere für die Mitglieder der Deutschen Hospiz Stiftung.

Geschäftsstelle: Europaplatz 7, 44269 Dortmund, Tel. 0231 / 73 80 73-0, Fax 023 1/ 73 80 73-1
Informationsbüro Berlin, Chausseestraße 10, 10115 Berlin, Tel. 030 / 2 84 44 84 - 0, Fax 030 / 2 84 44 84 - 1
Informationsbüro München, Baldestraße 9, 80469 München, Tel. 089 / 20 20 81 - 0, Fax 089 / 20 20 81 - 1
Internet: www.hospize.de

Spendenkonto: 111 111 111, Stadtparkasse Dortmund, BLZ 440 501 99

Die Deutsche Hospiz Stiftung ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts mit Sitz in Düsseldorf. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 29.10.2001, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.

