

Gutachten Nr. 84 vom 27. März 2023 über die Verfügbarkeit medizinischer Versorgung in Wohnpflegezentren im Kontext der COVID-19-Pandemie, insbesondere Komfortpflege und Palliativpflege.

Inhaltsverzeichnis

Befassung	4
1. Pflege am Lebensende in den Wohnpflegezentren: Konzept und regulatorischer Rahmen	7
a. Palliativpflege und Palliativpflege für Senioren	7
b. Gesetzliche, regulatorische und finanzielle Rahmenbedingungen für Palliativpflege	11
c. Gesetz vom 28. Mai 2002 über Sterbehilfe.....	13
2. Auswirkungen von COVID-19 auf die Kontinuität der Pflege	14
a. Probleme mit der Kontinuität der Pflege zwischen Wohnpflegezentren und Krankenhäusern	15
b. Relationale Kontinuität	17
c. Kontinuität der Pflegeerbringung	19
d. Die Kontinuität der Information.....	23
3. Ethische Betrachtungen	26
4. Empfehlungen	28
a. Eine Organisation, die den Zugang zur Pflege und deren Kontinuität gewährleistet .	28
a.1. Kontinuität zwischen allen Akteuren in der Pflege	28
a.2. Tatsächliche Ausübung des Rechts auf Pflege am Lebensende.	29
a.3. Verfügbarkeit von Arzneimitteln für die Linderung von Symptomen und für die Pflege am Lebensende.....	30
b. Bessere Informationen über erwünschte und mögliche Pflege	30
b.1. Referent für die Pflege am Lebensende in jedem Wohnpflegezentrum	30
b.2. Engagement für Frühzeitige Pflegeplanung (VZP).....	30
b.3. Besseres Verständnis der Palliativpflege	31
b.4. Den Bitten um Sterbehilfe zuhören	31
c. Bessere Ausbildung und Anerkennung von Begleitern der Pflege am Lebensende....	31
c.1. Einführung einer palliativen Pflegekultur	31
c.2. Bessere Ausbildung für Frühzeitige Pflegeplanung (VZP), Palliativpflege und Sterbehilfe.....	31
c.3. Bessere Anerkennung der Personen, die Pflege am Lebensende erteilen.....	32
Abkürzungen	33

COPYRIGHT

Belgischer Beratender Ausschuss für Bioethik
E-Mail: info.bioeth@health.fgov.be

Unter der Voraussetzung der folgenden Quellenangabe ist es zulässig, aus diesem Gutachten zu zitieren: „*Aus dem Gutachten Nr. 84 des Belgischen Beratenden Ausschusses für Bioethik, abrufbar auf www.health.belgium.be/bioeth”.*

Vorläufige Warnung:

Die Stellungnahmen des Ausschusses werden auf Niederländisch und Französisch verfasst. Bitte betrachten Sie diese beiden Sprachversionen als offiziell, auch wenn Übersetzungen in anderen Sprachen verfügbar sind.

Befassung

Die Interministerielle Konferenz (IMC) Volksgesundheit stellte am 21. August 2020 eine zweiteilige Gutachtenanfrage an den Beratenden Ausschuss für Bioethik über die Bewältigung der Gesundheitskrise in den Wohnpflegezentren während der ersten Covid-Welle:

- 1) Der Zugang von Senioren in Wohnpflegezentren zu den Krankenhäusern, genauer gesagt zu den Intensivstationen;
- 2) Die Verfügbarkeit angemessener medizinischer Pflege in Wohnpflegezentren während des ersten Höhepunktes der Epidemie, insbesondere Komfortpflege und Palliativpflege.

Der Ausschuss hat den ersten Teil der Frage in seinem „Gutachten Nr. 78 vom 9. Juli 2021 über die Gleichbehandlung und Autonomie von Bewohnern von Wohnpflegezentren (WZC) im Kontext der COVID-19-Pandemie“ behandelt.¹

Die Frage bezüglich der Verfügbarkeit von Pflege, die in diesem Gutachten behandelt wird, hängt eng mit der Frage des Zugangs von in Wohnpflegezentren wohnhaften Senioren zu den Krankenhäusern zusammen. Deshalb wurden wichtige Aspekte des zweiten Teils der Gutachtenanfrage bereits in Gutachten 78 behandelt. Der Ausschuss ist jedoch der Meinung, dass wichtige Aspekte der Frage über die Verfügbarkeit von Pflege ein vollwertiges Gutachten verdienen, in dem der Begriff der Pflegekontinuität als Leitfaden für die Beantwortung davon verwendet wird, insbesondere die Pflege in Bezug auf das Lebensende (palliative Pflege und Euthanasie).

Der Ausschuss hat beschlossen, sich nicht auf die strikt medizinische Pflege zu beschränken - wie die Gutachtenanfrage andeuten könnte - sondern die Frage auf die Pflege in ihrer Gesamtheit zu erweitern, in einer ganzheitlichen Sichtweise des Lebens und der Gesundheit. Gemäß der Fragestellung seitens des IMC wird in diesem Gutachten lediglich auf die Situation in Wohnpflegezentren eingegangen. Der Ausschuss ist sich zwar dessen bewusst, dass Palliativpflege und Komfortpflege in anderen Pflegekontexten (Krankenhäuser, Hauskrankenpflege, Einrichtungen für behinderte Menschen usw.) auf vergleichbare Schwierigkeiten gestoßen sind.

Das Gutachten wird nicht von der Regel abweichen, die in den meisten, von der ersten Covid-Welle veranlassten Berichten sehr üblich ist, nämlich gelegentlich ziemlich kritisch zu sein. Es

¹ Belgischer Beratender Ausschuss für Bioethik, Gutachten Nr.78 vom 9. Juni 2021 über die Gleichbehandlung und Autonomie von Bewohnern von Wohnpflegezentren (WZC) im Kontext der COVID-19-Pandemie. <https://www.health.belgium.be/nl/advies-nr-78-gelijke-behandeling-en-autonomie-bewoners-wzc>

ist nicht die Absicht des Ausschusses, wen auch immer an den Pranger zu stellen. Im Gegenteil, es ist ihm ein Anliegen, auf den unglaublichen Mut, die Beharrlichkeit, die Erfindungsgabe und das Anpassungsvermögen hinzuweisen, das die Pflegeerbringer während dieser Pandemie an den Tag gelegt haben. Wir können sie dafür nicht genug loben und bewundern. Der Zweck dieser Übung ist es jedoch, die Mängel und Unzulänglichkeiten des Systems als Ganzes ans Licht zu bringen, wie diese festgestellt wurden, und die manchmal sehr problematische und selbst dramatische Folgen für Menschen gehabt haben, sowohl für Bewohner als auch Pflegeerbringer, damit diese in Zukunft vermieden werden können. Gleichzeitig muss betont werden, dass auch nicht alle Einrichtungen in gleichem Maße Probleme erfahren haben; es gibt auch Einrichtungen, bei denen die Pflegekontinuität zu keinem einzigen Zeitpunkt in Gefahr geraten ist.

Dieses Gutachten wurde auf der Grundlage von Zeugnissen aus verschiedenen, bereits veröffentlichten Berichten oder aus Anhörungssitzungen, die in unseren eigenen oder in anderen (insbesondere parlamentarischen) Foren abgehalten wurden, erstellt.^{2,3,4,5,6,7,8} Die ethische Reflexion wurde deshalb hauptsächlich auf Basis narrativer Angaben und der Lektüre von Berichten entwickelt.

Für die chronologische Übersicht der epidemiologischen Situation und der Maßnahmen in den Wohnpflegezentren während der ersten Welle wird auf Gutachten Nr. 78 verwiesen. Dasselbe

² Für die Behandlung der Frage, die den Ausgangspunkt des vorliegenden Gutachtens darstellt, wurden auch die Erfahrungen in der Praxis ausgelotet, über die drei Verbände für Palliativpflege (Fédération Wallonne des Soins Palliatifs (FWSP), Fédération Bruxelloise des Soins Palliatifs et Continus (FBSP) und Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (FPZV)), die gemeinsam Bestandteil des Föderalen Evaluationsbüros für Palliativpflege sind. Die Frage wurde an den Präsidenten dieses Organs gestellt, Dr. Alex Peltier, und zwar von Paul Vanden Berghe, ebenso Mitglied desselben Organs, dem in einer E-Mail vom 14. Januar 2022 auch die Antwort zugesendet wurde. Der FWSP übermittelte auch noch gesondert zusätzliche interne Vermerke, die für die Fragestellung relevant sind, z.B. « *Qu'est-ce qui a dysfonctionné au niveau des soins palliatifs en MR-MRS durant la première crise COVID (printemps 2020)?* » Synthèse des réponses reçues des MR-MRS" (FWSP 11 januari 2022) zie ook: Palliativpflegeverband Ostbelgien, *Jahresbericht 2020. Ein Jahr gezeichnet durch die Coronakrise*. 55 S., S. 52-53.

³ Föderales Evaluationsbüro Palliativpflege, *Evaluationsbericht Palliativpflege*, Dezember 2020, insbesondere S. 10-11.

https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/pz_rapport_2020.pdf

⁴ Pourquoi la crise du coronavirus devrait-elle nous alerter sur l'importance des soins palliatifs ? *Carte blanche* par Thomas Wojcik, Christine De Cafmeyer et Lorraine Fontaine, dans *La Libre Belgique* 13 octobre 2020.

<https://www.lalibre.be/debats/opinions/2020/10/13/pourquoi-la-crise-du-coronavirus-devrait-elle-nous-alerter-sur-limportance-des-soins-palliatifs-MCBHJXX5XNBH5DJ2NVUPP77V2Y/>

⁵ *On s'en sortira Co-Vit! Traversons ensemble la pandémie. Des mots qui nous font du bien.* https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/psppl_livret_co-vit.pdf

⁶ L'accompagnement en fin de vie au temps du coronavirus : histoire d'une infirmière confrontée au virus pour la première fois en COVID-19. La culture palliative, un outil pour "panser" la pandémie? La revue des soins palliatifs en Wallonie. Trimestriel Mars 2021 (50), S.16-27 & 28-34. https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/50Trimestriel_2103_web.pdf

⁷ *Crise sanitaire: Quand les professionnels réinventent leurs pratiques* La revue des soins palliatifs en Wallonie. Trimestriel septembre 2021 (52), S. 19-37. https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/52Trimestriel_2109_Site.pdf

⁸ *Le deuil en situation COVID-19 : Diversité, vécu et perspectives.* La revue des soins palliatifs en Wallonie. Trimestriel décembre 2021 (53), S. 14-33. https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/53Trimestriel_211214_Site.pdf

gilt für die rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf die funktionelle Bindung zwischen Wohnpflegezentren und Krankenhäusern, für die Betreuungsnormen des Pflegepersonals und für die Gesetzgebung über die Rechte des Patienten und die Frühzeitige Pflegeplanung. Lediglich die rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf Palliativpflege in den Wohnpflegezentren werden nachstehend noch kurz in Erinnerung gebracht, gemeinsam mit jenen der Legalisierung der Sterbehilfe. Auf diese Weise kann der Akzent in diesem Gutachten mehr auf das emotionale Erlebnis der Krise bei den Bewohnern, Angehörigen und Pflegeerbringern gelegt werden, und auch auf die Reaktionen, die diese Erfahrungen hier und da - institutionell oder nicht - ausgelöst haben. So wurde das geistige Wohl der Bewohner, ihrer Angehörigen und der Pflegeerbringer in den Wohnpflegezentren schwer auf die Probe gestellt, und alles, was dies gestört hat, hat viele Fragen über die Fähigkeit des Systems hervorgerufen, damit umzugehen.

Die Frage bezüglich der Verfügbarkeit von Pflege wird vor dem Hintergrund des Begriffes der Pflegekontinuität in all ihren verschiedenen Dimensionen behandelt. Mehrere Feststellungen über die Risse dieser Kontinuität, die durch die Pandemie und dem Umgang damit verursacht wurden, wurden bereits in Gutachten 78 besprochen, und werden in diesem Gutachten gelegentlich kurz in Erinnerung gebracht. Leser, die mehr über diese Feststellungen erfahren möchten, werden auf Gutachten 78 verwiesen. In diesem Gutachten hat der Ausschuss jedoch die Frage in Bezug auf Palliativpflege⁹ und Sterbehilfe nicht behandelt, auf die hier näher eingegangen wird.

Deshalb beginnt dieses Gutachten mit Hintergrundinformationen über die Organisation der Palliativpflege und Sterbehilfe in den Wohnpflegezentren.

Anschließend werden die Auswirkungen der COVID-19-Epidemie auf die Verfügbarkeit der Pflege aus dem Blickwinkel der Pflegekontinuität besprochen. Komfortpflege, Palliativpflege und der Zugang zu Sterbehilfe werden beleuchtet.

Im dritten und vierten Kapitel werden ethische Erwägungen behandelt, die sich insbesondere auf Palliativpflege und Sterbehilfe - wie diese während der Krise eingesetzt wurden - bezieht, sowie auch Empfehlungen, um deren Praxis zu optimieren.

⁹ Der Ausschuss berücksichtigt in diesem Gutachten unter „Komfortpflege und Palliativpflege“ (die Frage des IMC) auch die ‚Supportive Pflege‘, die ebenso von der Pandemie getroffen wurden. Supportive oder unterstützende Pflege „ist auf die Linderung der Nebenwirkungen ausgerichtet, vor allem der Schmerzen. Diese Pflege kann in jedem beliebigen Stadium der Krankheit erteilt werden und schließt eine Genesung somit nicht aus.“ Stichting tegen Kanker. Siehe <https://www.kanker.be/alles-over-kanker/jongeren-en-kanker/dagelijkse-leven/levenseinde-ondersteunende-en-palliatieve-zorg>

1. Pflege am Lebensende in den Wohnpflegezentren: Konzept und regulatorischer Rahmen

In Belgien, wie auch den uns umringenden Ländern, melden sich neue Bewohner der Wohnpflegezentren mit stets höherem Pflegebedarf an. Der Großteil von ihnen ist beinahe völlig von der Pflege abhängig, und hat wenig bis keine therapeutischen Möglichkeiten mehr für eine oder mehrere chronische Erkrankungen. Dies ist folglich der Grund, der sie zum Wechsel in eine Wohnpflegeeinrichtung veranlasst. Die Aufenthaltsdauer in diesen Wohnpflegeeinrichtungen wird zudem immer kürzer.¹⁰ Die meisten Pflegeerbringer, Familien und Angehörige setzen sich jeweils auf ihre eigene Art und Weise für einen möglichst hohen Komfort und Lebensqualität dieser Bewohner und ihrer Eltern/Angehörigen ein, bis zum letzten Tag. Sie erzielen dabei gute Ergebnisse, die in der öffentlichen Meinung selten die Aufmerksamkeit erhalten, die sie verdienen. Während zahlreiche Geschichten über schlechte Behandlung im Umlauf sind, bleiben die Fakten, auf die sie verweisen - wie authentisch sie auch sind - Ausnahmen. Auch wenn der Tod unvermeidlich für jeden von uns der Endpunkt ist, spielt die Art und Weise, wie er uns ereilt, eine große Rolle: die Qualität dieser letzten Momente färbt die Erinnerung der Hinterbliebenen für immer positiv oder negativ.¹¹

a. Palliativpflege und Palliativpflege für Senioren

Obwohl es Sterbebegleitung immer schon gab, ist Palliativpflege als multidisziplinäre Fachrichtung eine noch junge Disziplin. Diese Art der Pflege wurde im Umfeld von Cicely Saunders seit Mitte der 1980er Jahre durch den Einsatz vieler Pioniere lanciert. So wurde in den vergangenen fünfunddreißig Jahren nach und nach Fachkompetenz aufgebaut: Wissen, Fertigkeiten und Einstellung, gemäß den vier bekannten Dimensionen: Schmerz- und Symptombherrschaft (medizinisch), psycho-emotional, sozial und spirituell-existenziell,¹² mit der Bedeutung von Kommunikation als besonderen Schwerpunkt. Dies zeigt sich seit zehn

¹⁰ Siehe <https://corporate.solidaris-vlaanderen.be/wp-content/uploads/2020/06/Persbericht-Profiel-bewoner-woonzorgcentrum-24.06.2020.pdf>, S. 5: „Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in einem Wohnpflegezentrum beträgt 2 Jahre“.

Siehe auch https://www.cm.be/media/CM-Informatie-Ouderenzorg_tcm47-68575.pdf

¹¹ Der Nobelpreisgewinner Daniel Kahneman bestätigt, dass unsere allgemeine Beurteilung vergangener Ereignisse größtenteils nicht durch die Freude oder das Leiden bestimmt wird, die/das wir während der vollständigen Dauer eines vergangenen Ereignisses erlebt haben, sondern durch unsere Erfahrung am Höhepunkt und am Ende davon. Siehe *‘The peak-end rule and the remembered self’*: Daniel Kahneman, *Thinking, Fast and Slow*, Penguin Books, 2011, S. 377 “35. Two Selves” oder siehe „die Peak-End-Regel“ in der niederländischen Version *On feilbare denken. Thinking, fast and slow*, Business Contact, 2012, S. 408 “35 Twee zelden”.

¹² Siehe <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Jahren auch in der Entwicklung wissenschaftlicher Richtlinien und *bewährter Praktiken* zur Unterstützung der Praxis.¹³

Insbesondere für die Altenpflegeeinrichtungen ist eine Population, die durch große Bewohnerzahlen mit Zeichen von Schutzbedürftigkeit gekennzeichnet ist („Frailty“-Syndrom¹⁴) und/oder die an einer komplexen Kombination chronischer Erkrankungen wie Herzleiden, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Atmungsprobleme, Krebs und neurodegenerative Erkrankungen wie Demenz leiden.¹⁵ Diese zunehmende Komplexität und wechselnde Krankheitsmuster lassen spezifische Anforderungen an das Lebensende entstehen. Geriatrische Palliativpflege ist die medizinische Behandlung und Pflege von Patienten in einem hohen Alter, mit Gesundheitsproblemen und fortschreitenden und fortgeschrittenen Erkrankungen, deren Prognose beschränkt ist und wobei der Schwerpunkt auf der Lebensqualität liegt. Aus diesem Grund konzentriert sich Palliativpflege auf die geriatrische Beurteilung, die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen und die Behandlung physischer und psychologischer Probleme, wobei auch soziale und spirituell-existenzielle Aspekte integriert werden. Zudem müssen die einzigartigen Charakteristiken des Auftretens von Symptomen und von Krankheitsbildern, die Interaktion zwischen Erkrankungen, die Notwendigkeit des sicheren Verschreibens von Arzneimitteln und die Bedeutung einer maßgeschneiderten multidisziplinären Vorgehensweise für ältere Palliativpatienten und ihre Familie anerkannt werden.¹⁶

Historisch gesehen war Palliativpflege anfänglich auf Krebspatienten ausgerichtet, wobei die funktionale Verschlechterung häufig die terminale Phase vorhersagt. Ausgehend von diesem Modell hat sich der Eindruck verstärkt, dass Palliativpflege nur in den letzten Lebenswochen relevant ist und nur von speziellen Teams angeboten werden kann. Wie aus den Modellen des Krankheitsverlaufs von Lynn & Adamson deutlich hervorgeht, ist der Verlauf vieler chronischer Krankheiten und die Prognose einer chronischen Krankheit, von Demenz oder ‚Frailty‘ (Gebrechlichkeit) oft schwer einzuschätzen.¹⁷ Demzufolge wird Palliativpflege bei dieser Patientenpopulation häufig zu spät oder überhaupt nicht angeboten. Aktuelle Modelle der Palliativpflege zielen stets mehr auf die Bedürfnisse älterer Patienten und ihrer Pflegeerbringer ab, und kombinieren mögliche lebensverlängernde Behandlungen mit strikter Symptombekämpfung für Patienten mit unheilbaren, fortschreitenden Krankheiten. Dieses

¹³ Siehe www.pallialine.be und www.palliaguide.be; Siehe auch: “Nouveau domaine : Soins palliatifs et COVID-19” <https://www.fbsp-bfpz.org/post/nouveau-domaine-soins-palliatifs-et-covid-19>

¹⁴ Siehe ‘Clinical Frailty Scale’ <https://www.dal.ca/sites/qmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>

¹⁵ Dieser und folgende Absätze von Punkt a. basieren auf Nele Van Den Noortgate, *Palliative Medecine*, in Cho, H.-H., Michel, J.-P., Gaşowski, J., *Textbook of Geriatric Medicine International*, 2023, Korea, Seoul, Argos Publ., 2023, 2^e ed.

¹⁶ Pautex, S. Curiale, V. Pfisterer, M., Rexach, L. Ribbe, M. Van Den Noortgate, N. *A common definition of geriatric palliative medicine*. *J Am Ger Soc*, 2010;58:790-1.

¹⁷ Better Palliative Care for Older People. Eds Davies E and Higginson I. World Health Organization 2004; Lynn J, Adamson DM. *Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age*. Arlington, VA, Rand Health 2003.

Modell der Palliativpflege weist viele Übereinstimmungen mit der Pflege geriatrischer Patienten auf, die oft an chronischen, unheilbaren, fortschreitenden Krankheiten leiden, bei denen eine ganzheitliche, multidisziplinäre Pflege, die auf Lebensqualität und den Erhalt der Funktionalität ausgerichtet ist, das Ziel der Pflege ist.

Das folgende Modell, das auf dem WHO-Modell der integrierten Pflege bei älteren Menschen basiert, kann als Leitfaden für Gesundheitsfachkräfte bei der Behandlung von Patienten mit einer fortschreitenden, unheilbaren Krankheit sinnvoll sein.

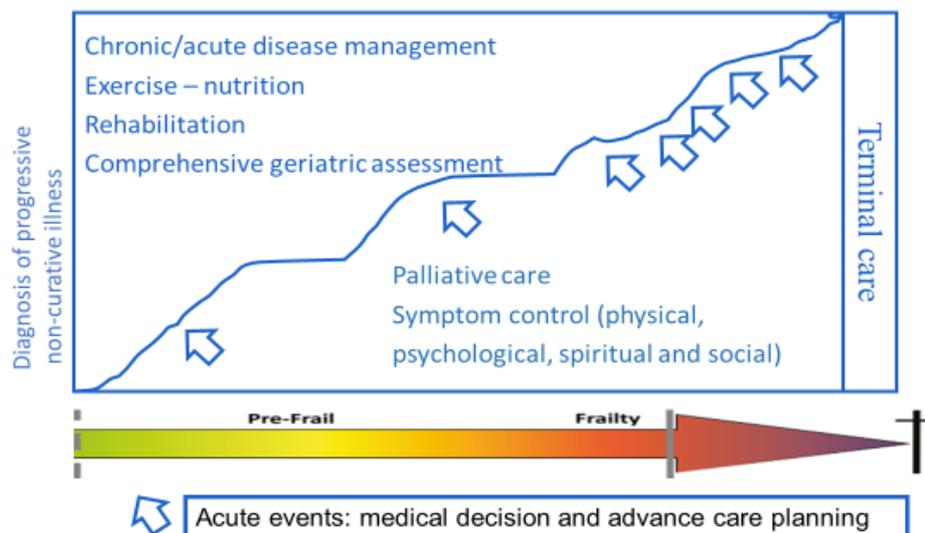


Abbildung 1: ‘Care model for frail older people with non-curable progressive diseases’ (Pfleagemodell für gebrechliche ältere Menschen mit fortschreitenden, unheilbaren Krankheiten)¹⁸

Symptome im letzten Lebensjahr bei älteren Menschen sind oft komplexer als bei jüngeren Patienten. Eine aktuelle Studie bei älteren Menschen mit einer fortgeschrittenen chronischen Krankheit, die in kollektiven Einrichtungen wohnen, hat gezeigt, dass nahezu alle Teilnehmer (86%) mindestens 1 Symptom erfahren, das als mäßig oder ernst beurteilt wurde, und die meisten (69%) erfuhren 2 oder mehr Symptome. Die von den meisten Teilnehmern gemeldeten Symptome waren eingeschränkte Aktivität (61%), Müdigkeit (47%) und physisches Unbehagen (38%).¹⁹ Darüber hinaus können psychosoziale und spirituell-existenzielle Bedürfnisse, die mit anderen Lebensereignissen wie z. B. Trauer zusammenhängen, andere Formen des Leidens verursachen. Eine gute Schmerz- und Symptombekämpfung basiert, wie bereits angegeben, auf den folgenden vier Pfeilern: körperliches, psychisches, soziales und spirituell-existenzielles Wohl. Wenn einer dieser Pfeiler vergessen wird, kann die Schmerz- und

¹⁸ Conroy, S., Carpenter, C., Banerjee, J, *Silver Book of Geriatrics II. Quality care for older people with urgent care needs*, British Geriatrics Society, 2021. <https://www.bgs.org.uk/resources/resource-series/silver-book-ii>

¹⁹ Walke LM, Gallo WT, Tinetti ME, Fried TR. The burden of symptoms among community-dwelling older persons with advanced chronic disease. *Arch Intern Med* 2004;164:2321-4.

Symptombekämpfung unmöglich werden. Ein weiterer Punkt ist, dass Zuhören und Anwesenheit oft wichtiger sind als die Verschreibung von Medikamenten. Die Aufklärung über die Ursachen der Symptome und die geplanten Maßnahmen löst häufig die Beschwerden des Patienten und der Familienmitglieder. Auch nicht-medikamentöse Methoden haben in der Behandlung älterer Palliativpatienten ihren Platz. Palliative Strahlentherapie und Chemotherapie können älteren Patienten angeboten werden, um die Symptome besser unter Kontrolle zu bekommen. Vor allem in dieser Population ist jedoch eine sorgfältige Abwägung der Vorteile dieser Eingriffe im Vergleich zu deren Toxizität erforderlich. Bis heute wurden diese Behandlungsarten bei älteren Menschen nur wenig untersucht. Um ihnen die beste Pflegequalität zu bieten, ist auch der Unterschied zwischen Schmerzen und Unbehagen wesentlich. Darüber hinaus ist Komfort noch immer etwas anderes als die reine Abwesenheit von Unbehagen oder Schmerzen, und hängt dieser auch eng mit dem Begriff der Lebensqualität („Quality of life“) zusammen.

Es gibt verschiedene Instrumente, um Klinikärzten bei der Einschätzung der Prognose behilflich zu sein.²⁰ Wie für die meisten dieser Instrumente gilt, dass ihre bewiesene wissenschaftliche Zuverlässigkeit jedoch auf Populationsebene stärker ist als auf individueller Ebene, wo unvorhersehbare Faktoren eine genaue Einschätzung der Lebenserwartung erschweren. Selbst in den akuten Momenten sind aufgrund der Komplexität des medizinischen Entscheidungsfindungsprozesses multidisziplinäre Besprechungen zwischen Notärzten, Organspezialisten und Geriatern erforderlich, um die optimalen therapeutischen Möglichkeiten für den älteren Patienten festzulegen. Ein wesentliches Element in dieser medizinischen Entscheidungsfindung sind die Pflegeziele des Patienten selbst, die im Prozess der Beratung zwischen dem Patienten, seinen Pflegeernbringern und häufig auch den Angehörigen genauer festzulegen sind, insbesondere die Frühzeitige Pflegeplanung (VZP) oder ‚Advance Care Planning‘ (ACP).²¹ Während des Übergangsprozesses von lebensverlängernder zu palliativer Pflege verändert sich die Haltung der Pflegeernbringer. Zu Beginn einer chronischen Krankheit wird der Arzt gezielt die Krankheit behandeln und alle möglichen Behandlungen suchen, um das Leben zu verlängern; je mehr der Krankheitsprozess voranschreitet, wird sich diese Haltung von krankheitsbezogener Pflege in patientenbezogener Pflege und von einer lebensverlängernden Behandlung in eine schmerz- und symptomorientierte Behandlung verändern. Dabei wird die Anwesenheit noch wichtiger: Um adäquate Informationen zu bieten und über die Präferenzen und Wünsche des Patienten zu kommunizieren. Das rechtzeitige Erkennen der terminalen Phase und die diesbezügliche Kommunikation sind auch für den Patienten und seine Angehörigen äußerst wichtig.²²

²⁰ Z. B. (S)Pict: siehe The Supportive & Palliative Care Indicators tool. Siehe <https://www.spict.org.uk/>

²¹ Zie Fédération Wallonne de Soins Palliatifs - <https://www.soinspalliatifs.be/acp.html>

²² Nele Van Den Noortgate, *Palliative Medecine*, in Cho, H.-H., Michel, J.-P., Gąsowski, J., *Textbook of Geriatric Medicine International*, 2023, Korea, Seoul, Argos Publ., 2023, 2. Ausgabe

b. Gesetzliche, regulatorische und finanzielle Rahmenbedingungen für Palliativpflege

In Belgien wurde 2002 ein allgemeiner gesetzlicher Rahmen für Palliativpflege geschaffen,²³ mit entsprechender Finanzierung,²⁴ gleichzeitig mit der Gesetzgebung über Patientenrechte und Sterbehilfe. Das Gesetz über die Palliativpflege garantiert, dass man Palliativpflege im Rahmen der Begleitung am Lebensende bekommen kann. Die Vorkehrungen für das Angebot der Palliativpflege und die Kriterien für die Rückerstattung dieser Pflege durch die Sozialversicherung müssen dafür sorgen, dass alle unheilbaren Patienten im gesamten Pflegeangebot einen gleichberechtigten Zugang zu Palliativpflege haben. Seit 2002 wird der gesetzliche und finanzielle Rahmen in Bezug auf Palliativpflege schrittweise weiterentwickelt, insbesondere im Jahr 2016, einerseits mit der Ausweitung der Begriffsbestimmung der Palliativpflege, d.h. „Unter Palliativpflege versteht man: die Gesamtheit der Pflegeleistungen für einen Patienten, der sich unabhängig von seiner Lebenserwartung in einem fortgeschrittenen Stadium oder im Endstadium einer schweren, fortschreitenden und lebensbedrohlichen Krankheit befindet“, und andererseits mit der Einführung einer neuen Skala für die Identifizierung des Patienten („PICT - ‚Palliative Care Indicators Tool‘),²⁵ die 2018 weiter verdeutlicht wurde, wenn auch noch stets auf die Durchführungsbeschlüsse in Bezug auf (die Entschädigung für) die Anwendung dieser Skala gewartet werden muss.²⁶ Unlängst wurde ein gesetzlicher Rahmen für das Honorar einer VZP-Konsultation (Frühzeitige Pflegeplanung) vorgesehen, die für den Patienten völlig kostenlos erfolgt.²⁷ Speziell für den Sektor der Altenpflegeeinrichtungen, und auf föderaler Ebene, wurde bereits im Jahr 2001 eine Beihilfe zur Schulung und Sensibilisierung des Personals der Alten- und Pflegeheime und einiger Altenheime vorgesehen.²⁸ 2008 wurde zusätzlich eine Finanzierung für

²³ Gesetz vom 14.06.2002 über die Palliativpflege (BS vom 26.10.2002).

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2002/06/14/2002022868/justel>

²⁴ Berichte des Föderalen Evaluationsbüros Palliativpflege:

<https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/federale-platforms/federaal-overlegplatform-palliatieve-zorg> (Publikationen)

Für eine Übersicht über Palliativpflege siehe Gerkens S, Merkur S. Belgium: *Health system review. Health Systems in Transition*, 2020; 22(5): pp.i-237, p. 156-158.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf>

²⁵ Gesetz vom 21.07.2016 zur Änderung des Gesetzes vom 14. Juni 2002 über die Palliativpflege, zur Ausweitung der Begriffsbestimmung von Palliativpflege (BS vom 29.08.2016), Art. 2.

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2016/07/21/2016024163/justel>

Für das Instrument „PICT“, siehe <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/identificatie-van-de-palliatieve-patient-toekenning-van-een-statuut-dat-verband-houdt-met>

²⁶ Föderales Evaluationsbüro Palliativpflege. Evaluationsbericht Palliativpflege 2020, ebenda, S. 18.

²⁷ <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/adv-anc-care-planning-anticiperen-betere-zorg-patient-palliatief.aspx>

²⁸ Um auf die kollektiven Altenpflegeeinrichtungen zu verweisen, werden die Begriffe gemäß dem gesetzlichen Rahmen und der Zuständigkeitsebene verwendet. Bis 2019 fielen diese unter die föderale Zuständigkeit, danach unter die Zuständigkeit der Regionen oder Teilidentitäten (d.h. Gemeinschaften, Regionen, Gemeinschaftskommissionen): RVT = Alten- und Pflegeheim; MRS = les maisons de repos et de soins; ROB = Altenheim MR = les maisons de repos (pour personnes âgées); Seit der Regionalisierung (d.h. der sechsten Staatsreform) sprechen die flämischen Vorschriften von einem „Wohnpflegezentrum“ (WZC).

Personalmitglieder zur Unterstützung der Palliativpflege in der Einrichtung („palliative Funktion“) vorgesehen. Und seit 2009 müssen Patienten mit einem palliativen Status in den Altenpflegeeinrichtungen auch keinen persönlichen Anteil mehr für die Honorare von Hausbesuchen durch den Hausarzt bezahlen, wie früher bereits in der Hauskrankenpflege festgelegt war, und zwar unter der Voraussetzung, dass dieselben Bedingungen erfüllt sind. Auch die Regionalbehörden haben eine Initiative gesetzt, insbesondere auch in Bezug auf die Frühzeitige Pflegeplanung (VZP). Hier sei auf die flämische öffentliche Hand und das neue Wohnpflegedekret aus dem Jahr 2019 verwiesen, wobei ein Bezugsrahmen in Bezug auf Palliativpflege, Frühzeitige Pflegeplanung und Entscheidungen über das Lebensende in den Wohnpflegezentren entwickelt wurde.²⁹ Mittels Beschlusses der wallonischen Regierung, der das wallonische Gesetzbuch für Soziale Aktion und Gesundheit ändert, ist künftig die Gesetzgebung über die Wohnpflegezentren - ‚Maisons de repos (MR) -maisons de repos en de soins (MRS)‘ - in einem Text zusammengeführt.³⁰

Unter Impuls der Pioniere der Palliativpflege, Pflege am Lebensende und Sterbehilfe werden seit 2002 im Rahmen ihrer jeweiligen Netzwerke, insbesondere der drei belgischen Verbände für Palliativpflege,³¹ der regionalen Netzwerke/Plattformen für Palliativpflege und Organisationen wie RWS (Recht auf Würdiges Sterben)³² und LEIF (LebensEnde InformationsForum),³³ sehr viele Ausbildungen, Schulungen und Fortbildungen für Pflegeerbringer organisiert. Insbesondere die praktische Vorgehensweise ist eine wichtige Ergänzung der „stark variierenden“ und in einigen Fällen beschränkten Ausbildungen, die von den verschiedenen medizinischen Fakultäten im Land geboten werden.³⁴ Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit durch Kampagnen der Regierung wurde bis vor kurzem unterlassen,³⁵ während die genannten Organisationen mit eigenem Einsatz und Mitteln sehr wohl Ergebnisse erzielen. So standen Palliativpflege, Pflege am Lebensende, Sterbehilfe und Frühzeitige Pflegeplanung Ende 2019 in den vielen Altenpflegeeinrichtungen des Landes, bei

²⁹ Dekret der flämischen Regierung vom 15. Februar 2019 über die Wohnpflege. <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/decreet/2019/02/15/2019030252/justel>

³⁰ Beschluss der wallonischen Regierung vom 16. Mai 2019 zur Änderung des reglementarischen Teils des wallonischen Gesetzbuchs für Soziale Aktion und Gesundheit im Hinblick auf Bestimmungen in Bezug auf ältere Menschen. Artikel 129 dieses Beschlusses ist der Palliativpflege gewidmet (Anlage 120 des wallonischen Gesetzbuchs, Kapitel 11). <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/besluit/2019/05/16/2019015205/justel>
Innerhalb der wallonischen Instanzen sind Aktivitäten und Besprechungen im Gange, um die für die Wohnpflegezentren (MR-MRS) gültigen Normen weiter zu entwickeln.

³¹ Palliatieve Zorg Vlaanderen. Siehe <https://palliatievezorgvlaanderen.be> - Fédération Wallonne de Soins Palliatifs. Siehe <https://www.soinspalliatifs.be/> - Brussels Federatie voor Palliatieve en Continue Zorgen/Fédération Bruxelloise de Soins Palliatifs et Continus. Siehe <https://nl.fbsp-bfpz.org/>

³² Recht op Waardig Sterven. <https://www.rws.be/>

³³ Levenseindeinformatieforum. <https://leif.be/>

³⁴ Siehe Gutachten aus dem Jahr 2017 der Königlichen Akademie für Medizin von Belgien über Ausbildung in der Palliativpflege an den medizinischen Fakultäten. <https://www.academiegeneeskunde.be/sites/default/files/2022-04/Advies20161022.pdf> oder <https://www.academiegeneeskunde.be/adviezen>

³⁵ Siehe unter anderem:

<https://www.health.belgium.be/nl/news/praat-over-je-oude-dag>; <http://mijnoude-dag.be/>;
<https://www.health.belgium.be/fr/news/parlons-de-nos-vieux-jours> en <http://mesvieuxjours.be/>

Pflegeerbringern und bei Bewohnern und ihren Angehörigen auf der Tagesordnung, wenn auch in unterschiedlichem Maße. Dies variierte von der zögernden Verabreichung dieser Pflege bis zur Integration davon in der täglichen Pflegepraxis.

c. Gesetz vom 28. Mai 2002 über Sterbehilfe³⁶

Das Gesetz vom 28. Mai 2002, das die Sterbehilfe legalisiert, definiert Sterbehilfe als „die von einer Drittperson ausgeführte Handlung, durch die dem Leben einer Person auf deren Bitte hin vorsätzlich ein Ende gesetzt wird“. Neben der notwendigen Voraussetzung, dass Sterbehilfe von einem Arzt ausgeführt werden muss, schreibt das Gesetz drei entscheidende Bedingungen vor: (1) eine Bitte, die freiwillig, überlegt und wiederholt von einem Patienten, der handlungsfähig und bewusst ist, formuliert worden ist, und die nicht durch Druck von außen zustande gekommen ist, (2) eine anhaltende und unerträgliche körperliche oder psychische Qual, die nicht gelindert werden kann; (3) und das Vorliegen einer medizinisch aussichtslosen Lage, infolge eines schlimmen und unheilbaren unfall- oder krankheitsbedingten Leidens.

Darüber hinaus müssen Form- und Verfahrensbedingungen eingehalten werden, um zu gewährleisten, dass die wesentlichen Bedingungen erfüllt sind. Die erste dieser Bedingungen ist die Pflicht des Arztes, den Patienten über die Diagnose und die Prognose, die möglichen therapeutischen Optionen und die Möglichkeiten der Palliativpflege zu informieren. Der Arzt wird verschiedene Gespräche mit dem Patienten führen, um sich vom anhaltenden Charakter der Bitte zu vergewissern. Der Arzt muss auch einen unabhängigen Arzt zu Rate ziehen, der fachlich auf die fragliche Erkrankung spezialisiert ist. Dieser zu Rate gezogene Arzt muss nach Einsichtnahme in die medizinische Akte und der Untersuchung des Patienten einen Bericht über den Schweregrad und die Unheilbarkeit der Erkrankung erstellen, sowie auch über den anhaltenden, unerträglichen, nicht zu lindernden Charakter des Leidens. Wenn der Tod des Patienten offensichtlich nicht in absehbarer eintreten wird, ist das Auftreten eines zweiten unabhängigen Arztes erforderlich, der Psychiater oder Facharzt für die betreffende Erkrankung ist. Nach einer erneuten Einsichtnahme in die medizinische Akte des betroffenen Patienten und der entsprechenden Untersuchung des Patienten konzentriert dieser Arzt seinen Bericht auf die Art des Leidens (anhaltend, unerträglich, nicht linderungsfähig) und auf den freiwilligen, überlegten und wiederholten Charakter der Bitte.

Nachdem der gesetzliche Charakter für Sterbehilfe in Erinnerung gerufen wurde, stellt sich die Frage nach der Anwendung dieses Gesetzes in den Wohnpflegezentren in Zeiten der Pandemie.

³⁶ Siehe <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2002/05/28/2002009590/justel>

2. Auswirkungen von COVID-19 auf die Kontinuität der Pflege

Der Ausbruch des Coronavirus hatte erhebliche Auswirkungen auf die Altenpflege in den Wohnpflegezentren. Welche Entscheidungen wurden getroffen, um die Folgen der Pandemie so viel wie möglich in Grenzen zu halten? Und welche Folgen hatte dies für die Pflegekontinuität, die Palliativpflege, die Komfortpflege am Lebensende, die Bitte um Sterbehilfe und den Zugang dazu?

Wie im Gutachten 78³⁷ und in der Gutachtenanfrage angegeben, waren die wichtigsten Probleme der ersten Welle nicht nur die Folge der Desorganisation der Transfers zwischen Wohnpflegezentren und Krankenhäusern zum Zweck der Erhaltung der Krankenhauskapazität, sondern auch - und vielleicht selbst vor allem - die Folge des Mangels an adäquater pflege, sowohl auf physischer Ebene (aufgrund des bekannten Mangels an Personal, Fertigkeiten und Material, verschlimmert durch die Pandemie) als auch auf psycho-sozialer-spiritueller Ebene. Die Pflegekontinuität, die in ‚normalen‘ Zeiten gewährleistet war, geriet als während der COVID-19-Krise schwer unter Druck.

Die Pflegekontinuität wird definiert als „die Möglichkeit, die Pflege für einen spezifischen Patienten ohne Unterbrechung im Hinblick auf Zeit und Pflegeerbringer zu organisieren, und um den Verlauf der Krankheit in seiner Gesamtheit zu umfassen“.³⁸

Der Begriff der Pflegekontinuität ermöglicht nicht nur die Berücksichtigung des Zustandes der Gesundheitspflege zu einem bestimmten Zeitpunkt in quantitativer und qualitativer Hinsicht, sondern auch, um diese auf einer mehr dynamischen Ebene zu betrachten, indem man sie in ihren strukturellen und vorübergehenden Beziehungen untersucht.

Die Frage nach der Kontinuität der Pflege zu stellen, bedeutet zu prüfen, wie Pflege im Netzwerk der interstrukturellen Beziehungen, die für die erfolgreiche Ausführung der Pflege erforderlich sind, eingesetzt wird. Diese Beziehungen können extern sein, wie jene zwischen Wohnpflegezentren und Krankenhäusern oder behandelnden Ärzten, oder aber auch intern, wie beispielsweise innerhalb der Wohnpflegezentren in Bezug auf den Übergang von der präventiven und kurativen Pflege zur palliativen Pflege. Die Qualität der Pflege hängt erheblich

³⁷ Gutachten 78, ebenda

³⁸ Siehe [Continuïteit van zorg - Naar een gezond België \(gezondbelgie.be\)](https://gezondbelgie.be), - [Continuité des soins - Vers une Belgique en bonne santé \(belgiqueenbonnesante.be\)](https://belgiqueenbonnesante.be) und auf Englisch [Continuity of care - For a Healthy Belgium](https://www.who.int/publications/i/item/continuity-of-care-for-a-healthy-belgium) - Auf Niederländisch werden beide verwendet, ‚Kontinuität der Pflege‘ und ‚Pflegekontinuität‘.
Siehe auch Gerkens S., Merkur S., „Belgium Health system review“, *Health Systems in Transition*, 2020, 22:5, S. 156-158 voor palliatieve zorg (5.10 Palliative Care). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf>

von der Art und der Qualität dieser Beziehungen ab. Folglich wird die Gutachtenanfrage auf diesen beiden Ebenen untersucht: Wurde *die Qualität der Gesundheitspflege*, insbesondere der Komfort- und Palliativpflege, von der Krise getroffen, und falls ja, wie? Sind die *strukturell notwendigen Beziehungen zwischen den verschiedenen Akteuren der Pflege* durch die Krise gestört, wobei und wie?

Die Antworten auf diese Fragen werden, wie im Gutachten Nr. 78 angekündigt, die Schwächen des Gesundheitssystems ans Licht bringen, sowohl im Hinblick auf die verfügbaren Mittel als auch bezüglich der interstrukturellen Beziehungen. Es geht um die Schwächen, die ihren Ursprung in der Organisation der Gesundheitspflege finden, wie diese bereits vor der Krise bestand.

Der Begriff der Pflegekontinuität kann in vier wesentliche Dimensionen unterteilt werden:³⁹

- a. die Kontinuität zwischen den verschiedenen Pflegeinstanzen/Umgebungen, beispielsweise zwischen dem Krankenhaus und der primären Pflege (hier Wohnpflegezentren);
- b. die relationale Kontinuität, die auf eine kontinuierliche therapeutische Beziehung zwischen einem Patienten und einer oder mehreren Berufsfachkräften verweist;
- c. die Kontinuität der Pflegeerbringung innerhalb derselben Pflegeinstanz, die auf die zeitliche Koordination zwischen verschiedenen Pflegeerbringern verweist;
- d. die Kontinuität der Information, d.h. die zeitliche Übermittlung von Informationen über die gepflegte Person, die für eine qualitativ hochwertige Pflege erforderlich ist.

Die erste Welle der Gesundheitskrise hat das Pflegesystem geschwächt, vor allem den Teil, der der Altenpflege gewidmet ist, die in den vergangenen Jahrzehnten bereits geschwächt war. An einigen Stellen erwiesen sich die Mittel, um eine Krisensituation wie diese zu bewältigen, rasch als unzureichend. Obwohl auch dieser Sektor über erhebliche Stärken verfügt, konnten diese durch die Krise nicht eingesetzt werden, um alle ihm anvertrauten Aufgaben zu erfüllen. Aber es sind auch Probleme in Bezug auf den Zusammenhang des globalen Pflegesystems aufgetaucht, Probleme mit der Kontinuität zwischen den verschiedenen Pflegesektoren.

a. Probleme mit der Kontinuität der Pflege zwischen Wohnpflegezentren und Krankenhäusern

Die Probleme in Bezug auf die Krankenhausaufnahme von Bewohnern von Wohnpflegezentren, und umgekehrt die Transfers dieser Bewohner von den Krankenhäusern zurück in die

³⁹ Andres C, Spenceley S, Cook LL, Wedel R, Gelber T., *Améliorer les soins primaires: La continuité est une question de relations*. Canadian Family Physician. 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755645/> Zitiert in *Vers une Belgique en bonne santé*, Mai 2022.

Wohnpflegezentren, wurden zuvor in Gutachten 78 behandelt. Wie angegeben wurde keine Spur von Instruktionen mit Beschränkungen der Transfers von Bewohnern von Wohnpflegezentren in das Krankenhaus gefunden, obwohl einige Anweisungen so interpretiert werden können. Dennoch wurde faktisch ein erheblicher Rückgang dieser Transfers und ein ungleicher Zugang zu Krankenhausleistungen für diese spezifische Population festgestellt, da eine Überlastung der Krankenhäuser befürchtet wurde. Dabei bestätigten „gehörte Zeugen, dass Bewohner, die unter normalen Umständen im Krankenhaus aufgenommen werden würden, jetzt keinen Zugang bekommen, oder im Fall einer Aufnahme vorzeitig zum Wohnpflegezentrum zurückgeschickt werden.“⁴⁰

Die hier und da geführte Transferpolitik während der Gesundheitskrise hatte jedoch auch folgen für Nicht-COVID-Patienten in den Wohnpflegezentren, bis zur Übersterblichkeit in einigen Einrichtungen, in denen keine einzige COVID-Infektion erfasst wurde. Patienten - ungeachtet dessen, ob es sich um COVID-19 handelte oder nicht - wurden manchmal nicht mehr ins Krankenhaus gebracht, weil sie im Wohnpflegezentrum doch noch Besuch von der Familie und Angehörigen bekommen konnten, während dies im Krankenhaus ausgeschlossen war. Es wurde auch signalisiert, dass Bewohner von Wohnpflegezentren für ihre *reguläre Pflege* nicht ins Krankenhaus gebracht werden konnten, was ebenfalls negative Auswirkungen hatte.⁴¹ Im Allgemeinen stellten die Probleme des Transfers der Bewohner von einem Wohnpflegezentrum ins Krankenhaus, und ihre vorzeitige Entlassung und Rückkehr ins Wohnpflegezentrum einen erheblichen Stressfaktor für die betreffenden Pflegebringer und Verantwortlichen der Einrichtungen dar.⁴²

Vielerorts wurden Initiativen ergriffen, um die mangelnde Kontinuität zu beheben. So wurde im Laufe der ersten Welle, nachdem eine gewisse Fachkompetenz aufgebaut worden war, von den Krankenhäusern beispielsweise Material ausgeliehen (Sauerstoffkonzentratoren, Schutzkleidung, ...) und/oder wurde auch geriatrische und psychologische Unterstützung in die Wohnpflegezentren gesendet. In verschiedenen Einrichtungen, in denen zu viel Personal krankheitsbedingt ausfiel, wurde auch das Heer eingeschaltet. Das bedeutete in vielen Fällen buchstäblich lebensnotwendige Hilfe, aber dies hat nicht zur Wiederherstellung der Pflegekontinuität geführt und hat auch nicht unmittelbar das herrschende Krisengefühl beseitigt.

⁴⁰ Gutachten 78, ebenda, S. 22.

⁴¹ Beispiele sind unvermeidlich stets anekdotisch, dienen jedoch zur Verdeutlichung. Siehe Zeugnis Guy Claeys, Dir. WZC Sint-Bernardus Bassevelde – 29. Juni 2020 in der Ad hoc-Ausschusssitzung für die Evaluation und weitere Ausführung der flämischen Corona-Politik. Siehe <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1587382> S.. 7-9. Siehe Aufnahme Anhörsungssitzung: <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/plenaire-vergadering-en-commissies/commissies/commissie-ad-hoc-voor-de-evaluatie>. min. 35:36 bis 36:14. Dieser bevorrechtigte Zeuge befürwortet eine strukturelle Zusammenarbeit zwischen den Wohnpflegezentrum und der geriatrischen und psycho-geriatrischen Fachkompetenz im Krankenhaus, z.B. in Form einer Verbindungsfunktion.

⁴² Gutachten 78, ebenda., S. 22.

b. Relationale Kontinuität

Die Kontinuität wurde auch im Hinblick auf die Pflegebeziehungen schwer behindert. Das Pflegepersonal war an einigen Orten manchmal wirklich dezimiert. Selbst dort, wo das Stammpersonal weiterarbeitete, sorgen die Kohortenmaßnahmen (Trennung von infizierten und nicht infizierten Personen) dafür, dass die Bewohner nicht von Personalmitgliedern versorgt wurden, die sie kannten. Und dort, wo der Absentismus zu hoch war, mussten externe Pflegeerbringer in Anspruch genommen werden, die also den Bewohnern nicht bekannt waren. Andererseits wurde während der ersten Krisenwelle manchmal auch festgestellt, dass die Schwierigkeit der Situation die Verbundenheit innerhalb der Teams verstärkte, und dass weniger Abwesenheiten verzeichnet wurden als in normalen Zeiten.⁴³ Eine weitere Nuancierung verdient ebenfalls eine Erwähnung: dass das Pflegepersonal gerade durch die physische Nähe während des Lockdowns auch im Erleben den Bewohnern näherstand.

Die Maßnahmen, um die mit SARS-CoV-2 infizierten Menschen zu isolieren - mit verschiedenen Formen der Absonderung - und sie von anderen Menschen zu trennen, haben die Einsamkeit und den Autonomieverlust der Bewohner erhöht. Die Isolation der Bewohner war natürlich auch eine Folge davon, dass die Besuche von Angehörigen gestrichen wurden, wovon bekannt ist, dass diese eine wichtige Rolle bei der psychologischen, sozialen und spirituellen Unterstützung und bei der üblichen Hilfe bei der Verabreichung der tagtäglichen Pflege spielen. Aus den gesammelten Zeugnissen geht hervor, dass es die Erfahrung der Einsamkeit war, die bei weitem am meisten ausgeprägt war. An einigen Orten hatte sie besonders schädliche Folgen für die psychologische Gesundheit der Menschen. Isolationsmaßnahmen haben sich häufig als allgemeine Maßnahmen herausgestellt. Deren Folgen haben einige dazu veranlasst, ihre Organisationsstrukturen erneut in Frage zu stellen, und zu erwägen, in Zukunft in kleineren Einheiten zu arbeiten.

Es war zu erwarten, dass diese Isolation und die psychologischen Folgen davon Personen, die in dieser Hinsicht noch gefährdeter sind, härter getroffen haben, und zwar Personen mit Demenz. In diesem Zusammenhang haben einige übrigens ihre Verwunderung und Enttäuschung ausgesprochen, dass zu wenige Richtlinien Menschen mit Demenz spezifisch berücksichtigt haben. Es ist zudem die Furcht vor der psychologischen Verschlechterung dieser Personen, die die Direktionen einiger Wohnpflegezentren dazu veranlasst hat, Initiativen im Widerspruch zu geltenden Richtlinien zu ergreifen, wie beispielsweise die Weigerung, sie zu isolieren, wodurch sie ein erhöhtes Infektionsrisiko bewältigen mussten. Auch die Angehörigen waren wichtige Opfer der Unterbrechung der relationalen Kontinuität. Sie durften nicht nur keinen Kontakt mit ihren Familienmitgliedern oder Freunden haben, diese

⁴³ Nachträglich wurde doch ein Rückschlag in Form eines größeren Absentismus aufgrund von Müdigkeit und Erschöpfung verzeichnet.

Unterbrechung wurde auch bis zum Tod fortgesetzt. Viele konnten also nicht am Sterbebett ihrer Nächsten anwesend sein, trotz der Tatsache, dass die Richtlinien (die nicht einheitlich angewendet wurden) in diesen spezifischen Fällen einen Familienbesuch erlaubten. Das harte Verbot des Abschiednehmens von ihren Angehörigen und die Verpflichtung, die Einsamkeit zu akzeptieren, in der ihr Angehöriger diese Welt verlassen musste, haben Leid verursacht, das die Trauerarbeit zweifellos noch lange behindern wird.

Schließlich wurde auch die moralische und physische Unversehrtheit der Pflegeerbringenden erheblich beeinträchtigt. Physisch litt das Personal schwer unter der zugenommenen Arbeitsbelastung infolge der zeitraubenden Gesundheitsmaßnahmen, der umfangreichen Sorge für kranke und verwirrte Bewohner und der Verminderung der Mitarbeiterzahl infolge von COVID-19, wobei noch die Verminderung der medizinischen Betreuung und das Verbot für Angehörige, das Wohnpflegezentrum zu betreten, hinzukam. Im Hinblick auf das mentale Gleichgewicht fühlte sich das Personal oft sowohl machtlos als auch schuldig, weil sie ihrer Aufgabe nicht gewachsen waren oder - noch ärger - weil sie nicht in der Lage waren, die Würdelosigkeit bestimmter Situationen zu verhindern oder, weil sie bestimmte Bewohner infiziert hatten. Auch der Einsatz von COVID-positivem Pflegepersonal, das kaum Symptome aufwies, in Abteilungen mit kohortierten infizierten Bewohnern war eine Indikation für einen von der Epidemie verursachten Notzustand und entsprechendem Stressfaktor.⁴⁴

In Bezug auf Palliativpflege wurde regelmäßig ein falscher Begriff des Konzeptes festgestellt, als ob der Einsatz von Palliativpflege bedeutete, dass man die Bewohner oder Patienten aufgab, was zu erheblichen Spannungen zwischen den betroffenen Personen, Bewohnern, Angehörigen und Pflegern sorgte. Die Spannungen, manchmal selbst Aggression der Familien gegenüber dem Personal der Wohnpflegezentren, das nur die Vorschriften (im Hinblick auf Besuche) anwendete, verstärkte das Unbehagen der Pflegeerbringer noch mehr. Auch wenn dies möglicherweise vereinzelte Fakten waren, bestätigen sie eine größere Tendenz, wobei die Palliativpflege als Engel des Todes verstanden wurde, der den Familien die schlechten Nachrichten überbringt, und wobei dies dem Pflegeerbringer manchmal selbst persönlich übelgenommen wird.⁴⁵ Und dies, während Palliativpflege-Teams für das Überbringen schlechter Nachrichten gerüstet sind.

Die Pflegeerbringer in den Wohnpflegezentren fühlten sich auch von außen im Stich gelassen. Viele Pflegeerbringer hatten einen Bedarf an psychosozialer Unterstützung, die - jedenfalls zu

⁴⁴ Siehe Sciansano-Richtlinie vom 16. April 2020 verwiesen: „Wenn dies [häusliche Isolation der infizierten Personalmitglieder ohne Atemsymptome] aufgrund eines Personalmangels nicht möglich ist, kann der Pflegeerbringer in COVID-19-Kohorten eingesetzt werden, unter der Voraussetzung des Tragens von PBM2 und der strengen Anwendung der Handhygiene.“ Hierauf wird in einer Richtlinie der Flämischen Agentur für Pflege und Gesundheit vom 19. April 2020 verwiesen.

⁴⁵ Fédération Wallonne des Soins Palliatifs, *Qu'est-ce qui a dysfonctionné au niveau des soins palliatifs en MR-MRS durant la première crise COVID (printemps 2020) ? Synthèse des réponses reçues des MR-MRS*, S. 2.

Beginn der Krise - schrecklich fehlte. In einer zweiten Phase wurde in einigen Regionen eine psychologische Unterstützung durch Psychologen von palliativen Pflegeplattformen, Krankenhäusern oder im Rahmen spezifischer Projekte geboten.⁴⁶ Moralische Not („Moral distress“), vor allem jener anhaltenden Art, ist für die Verfügbarkeit der Pflegeerbringer in ihrer Beziehung zu den gepflegten Personen nicht förderlich. Für diese Pflegeerbringer (insbesondere der Palliativpflege) in den Wohnpflegezentren fühlte es sich als persönliche Beleidigung an, wenn auch eine Organisation als *Amnesty International* (A.I. Belgien), neben anderen Organisationen, in der ersten Welle die medizinische Pflege der Bewohner in Wohnpflegezentren zur Diskussion stellte. Dies war für die betroffenen Pflegeerbringer sehr schwer zu verarbeiten, denn sie leisteten das Maximum mit den verfügbaren Mitteln. Wie berechtigt die Beanstandung von *Amnesty International* in einigen Situationen auch gewesen sein mag, und dann vor allem auf struktureller und politischer Ebene, war der unvermeidlich generalisierende Tenor umso schmerzhafter, wenn man bedenkt, dass der genannte Bericht von *Amnesty International* im Übrigen kein Wort über die Existenz von Palliativpflege verliert.⁴⁷

c. Kontinuität der Pflegeerbringung

Bereits früh in der Krise gerieten viele Wohnpflegezentren im Hinblick auf die Erbringung der medizinischen Pflege in Probleme. Zu einem bestimmten Zeitpunkt kamen in einigen Wohnpflegezentren die behandelnden Ärzte nicht mehr, ungeachtet dessen, ob der Grund dafür die Gesundheit der Bewohner war oder um ihre eigene Gesundheit zu schützen. Bestimmten Richtlinien zufolge war es ihnen selbst verboten, auf eigene Initiative vorbeizukommen. Ihr Besuch war nur auf ausdrückliche Bitte der Wohnpflegezentren möglich. In einigen Wohnpflegezentren übten die Koordinations- und Beratungsärzte (CRA) ihre Funktion nicht mehr aus (obwohl ihre Anwesenheit in anderen Wohnpflegezentren beibehalten oder selbst erweitert wurde - diese Koordinations- und Beratungsärzte sind jedoch meistens nicht für die direkte Pflege der Bewohner verantwortlich). Dies hat die Kontinuität der medizinischen Betreuung gelegentlich ernsthaft behindert.

In einigen Wohnpflegezentren konnte die gewöhnliche Pflege aufgrund eines Mangels an Material und/oder Personal nicht mehr wie üblich ausgeführt werden. Letzteres war größtenteils auf Infektionen zurückzuführen, die selbst die Folge eines Mangels an Schutzmaterial waren, wenn auch nicht ausschließlich. Einige Gesprächspartner des Ausschusses zeigten sich besorgt über das Zaudern in Bezug auf die Teststrategie. Die Möglichkeit, mehr Tests oder die Tests früher auszuführen, sowohl bei den Bewohnern als

⁴⁶ In Flandern u.a. durch die mobilen Supportteams der Zentren für Geistige Gesundheitspflege (CGG), aber auch durch die spontane Initiative verschiedener Krankenhäuser.

⁴⁷ siehe https://www.amnesty-international.be/sites/default/files/bijlagen/amnesty_international.woonzorgcentra_in_de_dode_hoek.pdf & https://www.amnesty.be/IMG/pdf/20201116_rapport_belgique_mr_mrs.pdf.

auch beim Personal, hätte die erforderliche Reorganisation der Pflege und den Schutz vieler Menschen erheblich vereinfachen können. Wie weiter oben angegeben, haben spezifische Richtlinien auch den Zugang der behandelnden Ärzte entmutigt oder selbst verhindert. In einigen Wohnpflegezentren wurde, genauso wie in anderen Pflegeumgebungen, die Pflege, die nicht für lebensnotwendig erachtet wurden, wie beispielsweise Physiotherapie, ausgesetzt, wodurch die Bewohner ihre Mobilität verloren, was im Laufe der Zeit unumkehrbar wurde. Es muss hervorgehoben werden, dass sich diese Umstände auf alle Bewohnerkategorien beziehen, ungeachtet dessen, ob sie von COVID-19 getroffen waren oder nicht. Die Beziehungen zwischen den verschiedenen Pflegeniveaus, vom behandelnden Arzt über die für die Palliativpflege verantwortlichen Personen, das tägliche Pflegeteam und eventuelle Krankenhausdienste wurden ernsthaft gestört.

Die Anwesenheit der behandelnden Ärzte verlief während der ersten Welle manchmal chaotisch. Entscheidungen über eine Krankenhausaufnahme wurden nicht immer mit vollständiger Kenntnis der medizinischen Vorgeschichte des Bewohners getroffen. Und dies gilt umso mehr, weil man in vielen Wohnpflegezentren nicht über einen im Vorhinein mit den Bewohnern besprochenen Pflegeplan (frühzeitige Pflegeplanung) verfügte. Dasselbe galt aus diesem Grund auch für die Kontinuität der gewöhnlichen Pflege im Wohnpflegezentrum. Dies hat dazu geführt, dass die Wohnpflegezentren manchmal eine Pflege erbringen mussten, die normalerweise von anderen Pflegeerbringern ausgeführt wird, ohne dass dies immer erfolgreich war. Den Bewohnern wurden so medizinische und hygienische Pflege, Sauerstoff und manchmal selbst Nahrung oder Flüssigkeit verwehrt.

Die Palliativpflege ihrerseits wurde durch den Mangel an vorhergehenden Pflegeplänen (aus frühzeitiger Pflegeplanung), Material und Personal schwer getroffen, aber auch - auf einer anderen Ebene- durch die mangelnde Bewusstmachung für diese Palliativpflege, verstärkt durch ein weit verbreitetes Gefühl der Dringlichkeit, und durch die übermäßige Anzahl schwer kranker oder sterbender Patienten. Und wo Pflegeerbringer mit Palliativpflege vertraut waren, gehörten diese Dienste aufgrund der Epidemie zu den ersten, die überhäuft wurden. Bereits in Zeiten vor COVID wurde die Palliativpflege zu spät eingeleitet, aber durch die genannten Faktoren war dies während der COVID-19-Epidemie noch mehr der Fall.⁴⁸ Der Einsatz davon war durch den Mangel an Fachpersonal, aber auch die den Mangel an spezifischem Material - unter anderen der für diese Pflege erforderlichen Arzneimittel - sehr schwierig. Einige Wohnpflegezentren in Brüssel und Wallonien verfügten nicht über Referenten für Palliativpflege. Diese Schwierigkeiten haben manchmal zu Situationen geführt, in denen Bewohner in unbefriedigenden Umständen im Hinblick auf Komfort und Würde gestorben sind. Denken wir an die Einsamkeit, die Nicht-Linderung unangenehmer Symptome und fehlende Totenversorgung.⁴⁹

Speziell in Bezug auf die Verfügbarkeit einer spezialisierten Palliativpflege durch die multidisziplinären Begleitteams für palliative Hauskrankenpflege (MBE) meldeten nur zwei Wohnpflegezentren von mehr als 150 befragten ‚MRS (maisons de repos et de soins)‘ im französischsprachigen Landesteil, dass sie während der ersten Welle der Gesundheitskrise nicht die erwartete Unterstützung durch diese spezialisierten Teams erhielten.⁵⁰ Für Flandern wurde ein solches Problem nicht signalisiert. Wenn man bedenkt, dass diese Teams in erster Linie stets telefonische Unterstützung bieten, in diesem Fall an Krankenpfleger oder Ärzte in den Wohnpflegezentren, weist nichts darauf hin, dass diese Teams ihrer Aufgabe nicht gerecht wurden.

Im Hinblick auf die Behandlung von Bitten um Sterbehilfe während der ersten Phase der Pandemie: Die Patienten, die am häufigsten um Sterbehilfe bitten, sind ältere Menschen, hauptsächlich in der Altersgruppe 80-89 Jahre. Nachstehend folgt ein Dia aus der Präsentation

⁴⁸ Palliativpflege Flandern, „*Besuchsregelung während COVID-19. Fallanalyse*, 5 S. Im beschriebenen Fall geht es um einen Krankenhauspatienten, aber er ist doch illustrativ. https://mcusercontent.com/960df92eaabac48b8628cdce0/files/cf18fe78-16c5-f47e-b3cd-9c3d854bfed8/Casus_analyse_bezoekregels_tijdens_COVID_19_1_1.pdf

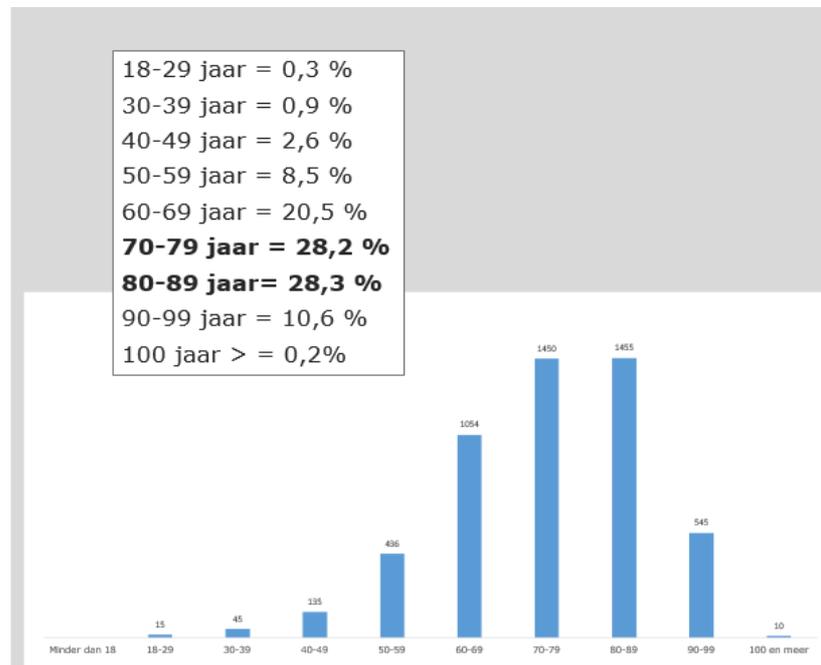
⁴⁹ Darüber hinaus sind die drei föderalen Verbände für Palliativpflege des Landes der Meinung, dass eine Infektionskrankheit wie COVID-19, aber in Erweiterung alle Infektionskrankheiten, als solches nicht automatisch unter Palliativpflege fallen, im Gegensatz zu onkologischen oder neurologischen Erkrankungen, Herzkrankheiten in einem terminalen Stadium, Nierenversagen oder einem Zustand allgemeiner Gebrechlichkeit. Außer wenn diese Infektionskrankheit zusätzlich zu einer der genannten Erkrankungen vorliegt, die in diesem Fall eine zugrundeliegende Problematik darstellt, und die dann möglicherweise eine andere Behandlung der Infektion impliziert (z.B. Komfortpflege), ohne jedoch die Chance, das Besiegen der infektiösen Komplikation zu kompromittieren. Siehe E-Mail im Namen der drei Verbände für Palliativpflege vom 14. Januar 2022 und Erläuterung vom 13. März 2023.

⁵⁰ Siehe E-Mail im Namen der drei Verbände für Palliativpflege vom 14. Januar 2022.

des zehnten Berichts der Föderalen Kontroll- und Evaluationskommission für Sterbehilfe (FCEE) an die Kammerkommission Gesundheit und Chancengleichheit.

De leeftijd van de patiënten

- < 40 jaar = Zeer zeldzaam (1,2%)
- 70 jaar en ouder = 67,3%
- 80 jaar en ouder = 39,1%
- belangrijkste groep = 60 jaar en ouder (77%).
- De grootste groep = 80-89 jaar (28,3%).
- 2020 en 2021 geen euthanasies bij minderjarigen



Das Alter der Patienten

< 40 Jahre = Sehr selten

70 Jahre und älter =

80 Jahre und älter

Wichtigste Gruppe = 60 Jahre und älter

Die Größte Gruppe = 80-89 Jahre

2020 und 2021 keine Sterbehilfe bei Minderjährigen

Jaar = Jahre

Das bedeutet, dass Wohnpflegezentren mit der Bitte um Sterbehilfe ihrer Bewohner konfrontiert werden. Im Jahr 2020 erhielt die FCEE 301 Meldungen von Sterbehilfe-Fällen, die in Wohnpflegezentren ausgeführt wurden. Diese Anzahl stieg im Jahr 2021 auf 388 Meldungen und 486 Meldungen im Jahr 2022.

Dabei wird angemerkt, dass die FCEE im Jahr 2020 einen allgemeinen Rückgang der Anzahl Sterbehilfemeldungen festgestellt hat. So wurden 2019 2.657 Meldungen registriert, im Vergleich zu 2.444 Meldungen im Jahr 2020. Sterbehilfe wird in Wohnpflegezentren sowieso nicht häufig ausgeführt. Doch zeigen die Ziffern für das Jahr 2020 einen Rückgang der Anzahl an Sterbehilfemeldungen während der Monate des Lockdowns.

In den Monaten	2020 = 2.445 Sterbehilfen											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Monatliche Anzahl Sterbehilfen, im Jahr 2020 in WZC ausgeführt⁵¹	33	24	25	18	18	17	25	29	32	33	25	22

Dies lässt sich einfach durch die oben aufgeführten Probleme in Zusammenhang mit der Pflegekontinuität erklären: Hausärzte hatten Schwierigkeiten, ihre Patienten in Wohnpflegezentren zu besuchen, Bewohner hatten Schwierigkeiten, einen Arzt zu Rate zu ziehen, in einigen Wohnpflegezentren fehlte es an medizinischem Personal, es galten Isolationsmaßnahmen usw. Ein Sterbehilfverfahren erfordert jedoch mehrere Gespräche zwischen dem Hausarzt und dem Patienten, Gespräche mit dem Pflegeteam und mit Angehörigen, falls der Patient dies wünscht. Auch die Anforderung, einen weiteren Arzt oder selbst zwei weitere Ärzte - wenn der Tod offensichtlich nicht in absehbarer Zeit eintreten wird - zu Rate zu ziehen, darf nicht vergessen werden. Alle diese gesetzlich vorgeschriebenen Bedingungen wurden durch den Lockdown zum Erliegen gebracht. Schließlich blieb der Lockdown - sofern die Akte in Bezug auf das Sterbehilfverfahren vor Inkrafttreten des Lockdowns vollständig abgeschlossen war - ein Hemmnis für die Anwesenheit von Angehörigen am Tag der Ausführung der Sterbehilfe.

Während der ersten Lockdown-Periode hat sich Sterbehilfe tatsächlich nicht als Priorität erwiesen. Dennoch wurden möglicherweise einige Patienten mit einer Bitte um Sterbehilfe nicht gehört.

Im Allgemeinen traten während dieser ersten Welle erhebliche Probleme in Bezug auf das geistige Wohl auf: beim Personal, das mit Verzweiflung, Schuld und Wut kämpfte; bei den Bewohnern, die ein exponentielles Wachstum an Selbstmordgedanken und das System des „sich Gehenlassens“ zeigten, und bei ihren Angehörigen.

d. Die Kontinuität der Information

Viele Zeugen, und insbesondere die Verantwortlichen der Wohnpflegezentren, beschrieben ihre Erschütterung über den Überfluss an Mitteilungen, die von den Behörden mit wechselnder Deutlichkeit und Zwang an sie gerichtet wurden. Der Grad der Allgemeinheit scheint viele vor Probleme gestellt zu haben, wobei ihnen lieber gewesen wäre, dass diese Richtlinien besser an die konkrete Arbeitssituation angepasst oder anpassbar gewesen wären. Dieser Überfluss trug keineswegs zu einer kohärenten Politik in der Einrichtung bei und war an sich eine Quelle von Verwirrung und Angst. Sie war die Arbeit einer Vielfalt institutioneller Akteure auf unterschiedlichen politischen Verantwortungsebenen. Diese große institutionelle Verwirrung

⁵¹ Daten übermittelt von der Föderalen Kontroll- und Evaluationskommission in „Bezug auf die Anwendung des Gesetzes über Sterbehilfe (FCEE) auf Basis der eingegangenen Sterbehilfe-Meldungen.“

und das Informationschaos bildeten die Grundlage für sowohl nachteilige Entscheidungen als auch die nachteilige Unterlassung von Entscheidungen. Gutachten Nr. 78 verdeutlicht genau die Wirkung dieser Verwirrung auf Entscheidungen bezüglich Krankenhausaufnahmen und den schweren Mängeln, die auf diesem Gebiet festgestellt wurden.⁵² Auf interstruktureller Ebene zeigte sich, dass Informationsaustausch und Beratung häufig fehlten. Trotz der Existenz von Verträgen mit Krankenhäusern zeigte sich in der Krise, dass Krankenhäuser und Wohnpflegezentren an einigen Stellen in großer gegenseitiger Unwissenheit über ihre jeweiligen Schwierigkeiten agierten.

In einer Situation mit einem Mangel an behandelnden Ärzten und manchmal auch an Koordinations- und Beratungsärzten (CRA), hat der Mangel an Informationen über die zu pflegenden Menschen manchmal verhindert, dass die besten medizinische Entscheidungen getroffen wurden, ungeachtet dessen, ob es sich um Entscheidungen über Krankenhausaufnahmen, den Verzicht auf eine Behandlung oder die Unterbrechung einer Behandlung oder die Einleitung von Palliativpflege handelte. Dieser Mangel war größtenteils auf die Abwesenheit von nicht nur einer regelmäßig - insbesondere z.B. elektronisch - überarbeiteten medizinischen Akte zurückzuführen, sondern auch und vor allem von Absprachen über die Frühzeitige Pflegeplanung. Dieser letzte Punkt wird sehr regelmäßig vorgebracht. Wo doch ein Niederschlag von Absprachen über Frühzeitige Pflegeplanung in der Akte der Bewohner anwesend war, war dies zudem nicht immer unter Berücksichtigung der Möglichkeit einer Infektionskrankheit wie einer COVID-19-Infektion erstellt worden.

Eine frühzeitige Pflegeplanung geht in der Praxis tatsächlich eher von bestehenden, häufig chronischen Erkrankungen und ihrer vorhersehbaren Entwicklung aus, oder von Infektionskrankheiten mit einer sehr schlechten Prognose in hohem Alter (Lungenentzündung als „Old man's friend“), und weniger von der Möglichkeit einer akuten, unvorhergesehenen Situation, in der Genesung möglich ist oder die die Wünsche auf dem Gebiet der Symptombekämpfung ändert, was zu einer Änderung der in der Frühzeitigen Pflegeplanung formulierten Wünsche führen kann. In solchen Umständen ist es wichtig, die Wünsche erneut zu besprechen und die Realität des Moments zu berücksichtigen, sofern eine solche Besprechung möglich ist.⁵³

Häufig wurde die neue Realität, dass die Überstellung in ein Krankenhaus im Fall einer Krise praktisch ein Besuchsverbot oder andere möglichen Maßnahmen bedeuten konnte, nicht berücksichtigt. Ebenso wenig wurde berücksichtigt, dass die außergewöhnliche Art der Krisensituation es unmöglich machte, mit der Familie über eine frühzeitige Pflegeplanung zu sprechen.

⁵² Gutachten 78, ebenda

⁵³ Siehe weiter oben Fußnote 47 über Infektionskrankheiten und Palliativpflege.

Innerhalb der Wohnpflegezentren wurden die Pflegebringer keineswegs immer über die zu treffenden Maßnahmen auf dem Gebiet von Isolation, Hygiene, Kontakte oder Schutz informiert. Dieser Mangel an Informationen war umso problematischer, weil er nicht durch ein ausreichendes Niveau der Grundausbildung ausgeglichen werden konnte.

Ein anderes Informationsniveau erwies sich anlässlich dieser Krise ebenfalls als besonders gefährdet, nämlich die Information von Bewohnern und Familie/Angehörigen. Viele Bewohner erklärten, dass sie nicht über die Gründe informiert worden waren, warum sie abgesondert oder isoliert werden mussten - ob sie nun effektiv nicht informiert wurden oder ob die erhaltenen Informationen nicht an ihre Fähigkeit angepasst waren, diese Informationen zu verstehen und sich zu merken. Das daraus hervorgehende Unverständnis hat die den betreffenden Maßnahmen bereits inhärente Angst erheblich verstärkt, unabhängig davon, ob es sich um den Besuch von Angehörigen - oder eher das Besuchsverbot - oder um die Übersiedlung in ein anderes Stockwerk und ein anderes Zimmer ging, wo die Bewohner ihre vertrauten Gegenstände und Umgebung vermissten. Der Mangel an Informationen oder widersprüchliche Informationen blieben den Angehörigen nicht erspart, und das führte dazu, dass die Vertrauensbeziehung zum Pflegepersonal manchmal schwer beeinträchtigt wurde.

Schließlich geriet die Palliativpflege als Disziplin während der Krise in vielen Situationen in ein schiefes Licht, wodurch die Wirkung der jahrelangen positiven Bewusstwerdung bei einem Teil der Öffentlichkeit verloren ging. Durch die große Anzahl der Todesfälle kam das Tabu des Todes in der Gesellschaft mit voller Wucht wieder an die Oberfläche. Die schwierige Akzeptanz der Sterblichkeit durch den Bürger bewirkt, dass dieser noch häufig auf das Kurative ausgerichtet ist, wie in der Gesundheitspflege im Allgemeinen der Fall ist, manchmal selbst bis zur therapeutischen Verbissenheit. Echos der Diskussionen, die vor allem in den Niederlanden über das ‚ausgedörrte Holz‘ erklangen,⁵⁴ zeugen dahingegen von einer gewissen Form der Altersdiskriminierung („Ageism“), die älteren Menschen einen Platz in der Pflege verkennt, vor allem in einer Situation (wie während der Epidemie der Fall war), in der das Alter ein Kriterium für den Transfer in ein Krankenhaus wird.^{55,56,57}

⁵⁴ Siehe <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/marianne-zwagerman-mijn-column-over-dor-hout-heeft-enorme-impact-gehad~bd61c7d1/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F> oder <https://gerontijdschrift.nl/artikelen/het-hardnekkige-dor-hout-sentiment/>

⁵⁵ Gutachten 78, ebenda

⁵⁶ World Health Organization, *Global Report on Ageism*, 18. März 2021 (S.2):

“Ageism arises when age is used to categorize and divide people in ways that lead to harm, disadvantage and injustice and erode solidarity across generations. [...] Ageism is a multifaceted social phenomenon that the World Health Organization (WHO) defines as the stereotypes, prejudice and discrimination directed towards others or oneself based on age.” “Ageism can manifest at the institutional or the interpersonal level or it can be self-directed.” <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>

⁵⁷ M. Piccoli, T. Tannou, I. Hernandorena, S. Koeberle. Une approche éthique de la question du confinement des personnes âgées en contexte de pandémie COVID-19 : la prévention des fragilités face au risque de vulnérabilité. *Ethics, Medicine and Public Health*, 2020, 14, pp.100539. <https://doi.org/10.1016%2Fj.jemep.2020.100539>

Dass die Funktion der Palliativpflege in den Wohnpflegezentren vielerorts unmöglich gemacht wurde, war eine Tendenz, die im Übrigen auch in anderen Pflegeumgebungen sichtbar wurde. Palliative Einheiten in den Krankenhäusern wurden an vielen Orten eingestellt und Palliativteams wurden eingefordert, um in COVID-Abteilungen zu arbeiten, in der kurativen Pflege. Wo wurden die Menschen, die eine Palliativpflege gebraucht haben, betreut? Von wem? In der Hauskrankenpflege, oder überhaupt nicht? Darüber hinaus wurde Palliativpflege zu keinem einzigen Zeitpunkt während der COVID-19-Epidemie bei der Organisation der Pflege auf Ebene der Einrichtungen oder der Politik einbezogen. Die genannten Probleme auf Mikro-, Meso- und Makroebene haben auf diese Weise ein Bild der Palliativpflege als Angebot für „the happy few“ geschaffen, und beeinträchtigen das, was Palliativpflege in den letzten dreißig Jahren zu erreichen versuchte.

3. Ethische Betrachtungen

Die ethischen Betrachtungen zur Frage der Verfügbarkeit medizinischer, Komfort- und Palliativpflege in den Wohnpflegezentren während der COVID-19-Krise schließen an einige Betrachtungen an, die im Gutachten Nr. 78 bereits formuliert wurden: Die ungleiche Behandlung zwischen den Bewohnern verschiedener Altenpflegeeinrichtungen aufgrund von großen Unterschieden bei Sachmitteln, Fachkompetenz und organisatorischen Bedingungen (Pflegeerbringern, Haus- oder Koordinations- und Beratungsärzte Direktion,...). Es wurde auch auf einen Mangel an Kommunikation und gegenseitigem Verständnis zwischen Strukturen sowie auf einen Mangel an Aufmerksamkeit für die Autonomie der Patienten/Bewohner hingewiesen, u.a. durch die Abwesenheit einer frühzeitigen Pflegeplanung oder die Nichtbeachtung davon. Auch das schwierige Gleichgewicht zwischen „Pflege“ (*care*) und „Behandlung“ (*cure*) innerhalb der Wohnpflegezentren und dem Platz der schutzbedürftigen älteren Menschen im Pflegesystem und in der Gesellschaft als Ganzes - worauf weiter oben mit dem Problem des „Ageism“ verwiesen wurde - wurden im Gutachten Nr. 78 behandelt.⁵⁸

Ethik ist stets eine Sache von Werten und Konflikten zwischen diesen Werten, und die Notwendigkeit, zwischen diesen abzuwägen, wenn es auf das Treffen von Entscheidungen ankommt. Insbesondere in Bezug auf Komfort- und Palliativpflege und den Zugang zu Sterbehilfe in den Wohnpflegezentren schlug die Bilanz erheblich zum Vorteil der gesundheitlichen Sicherheit und der kurativen Medizin aus, wodurch an bestimmten Orten für Palliativpflege und Pflege am Lebensende keine Aufmerksamkeit, kein Personal und keine Medikamente (z. Sedativa) zur Verfügung standen. Diese dominante Perspektive ist die Manifestation eines Reduktionismus in der Gesundheitspflege, die völlig gegen den

⁵⁸ Gutachten 78, ebenda., S. 19 ff.

ganzheitlichen Charakter der Palliativpflege verstößt, die aus diesem Grund auch als multidisziplinäre Fachrichtung gelten kann. Wenn bereits genügend Aufmerksamkeit und Mittel für die erste Dimension der Palliativpflege anwesend waren, insbesondere für eine adäquate Schmerz- und Symptombekämpfung, war dies für die drei anderen Dimensionen viel weniger der Fall: Aufmerksamkeit für psycho-emotionale Probleme, soziale Probleme und spirituell-existenzielle Pflegeprobleme. Unterstützung bei Sinnfragen durch einen Pfarrer oder moralischen Berater für den Patienten oder für die Familie und Angehörige, ist in voller COVID-Krise häufig nicht möglich gewesen, nicht im Geringsten durch gesundheitliche Sicherheits- und Isolationsmaßnahmen. Vielerorts wurde ein Besuchsverbot verhängt, das für ein Krankenhaus jedoch besser zu rechtfertigen ist als für eine Altenpflegeeinrichtung, die aufgrund ihres Charakters auch stets ein Ort des Wohnens und des Wohlbefindens ist, und nicht nur ein Ort der Pflege. Abschiedsrituale und Zusammenkünfte bei Begräbnissen oder Kremationen haben sich auf einen sehr beschränkten Kreis beschränkt, oder wurden manchmal selbst ohne Publikum durchgeführt. Dies war eine erhebliche Belastung für die Trauerarbeit bei den Angehörigen, deren Folgen sich bis heute auswirken.

Die Krise stellt gemäß ihrer Verwaltung die Proportionalität des angestrebten „Gutes“ zur Diskussion. So ist die Infektionsgefahr bei einem Sterbenden ein wesentlich relativeres Problem als bei einem nicht palliativen Bewohner, und kann in diesem spezifischen Fall den Wert einer herzlichen und menschlichen Pflege in Form eines Besuchs durch Familie oder Angehörige über den Wert der gesundheitlichen Sicherheit gestellt werden. Und die Tatsache, dass man mit einem neuen, ansteckenden und potenziell tödlichen Virus konfrontiert wurde, in einem Kontext der Dringlichkeit und Knappheit an Mitarbeitern und Mitteln, kann nicht als Entschuldigungsgrund gelten. Ethik ist gerade der Reflexionsprozess, nicht um zu dem am meisten menschlich Wünschenswerten in absolutem Sinn, sondern um in einem Kontext von Knappheit und kollidierenden Werten zu dem am meisten menschlich *Möglichen* zu gelangen⁵⁹. Kein ideelles Optimum, sondern ein konkretes, brauchbares suboptimales Ergebnis, ohne dabei die Möglichkeit anderer, ebenfalls suboptimaler Ergebnisse aus dem Auge zu verlieren.

Derselbe Prozess der Abwägung gilt auch für die Art und Weise, in der Pflegebringer mit dem umgegangen sind, was zu einem bestimmten Zeitpunkt als Norm empfohlen wurde, sei es ein politischer Beschluss, eine wissenschaftliche Richtlinie, Empfehlung oder Absprache innerhalb der Einrichtung, die selbst immer schon das Ergebnis der Abwägung verschiedener Werte ist. Zeugen erzählen, wie bestimmte Entscheidungen gelegentlich auf autoritäre Weise auferlegt wurden, sei es mit den besten Absichten, aus Dringlichkeit oder Ohnmacht, aber mit entsprechendem Frust und moralischem Stress (*moral distress*) bei betroffenen Pflegebringern. Aber es gibt auch andere Zeugnisse. Wo dennoch gute Palliativpflege erteilt wurde, erfolgte dies häufig, indem die Verbotsvorschriften in kleinerem oder größerem Maße

⁵⁹ Siehe S. Ricoeur, *Le problème du fondement de la morale*, in Sapienza 28 (1975) 313-337.

übertreten wurden, und zwar unter Impuls von Protagonisten (Ärzte, Verantwortliche der Einrichtung, Krankenpfleger...), die vom Wert der Palliativpflege überzeugt waren und sich dafür persönlich engagierten.

Die positive Kehrseite des moralischen Stresses, den die COVID-19-Pandemie mit sich brachte, ist zweifellos das größere Engagement für Ethik und die Vertrautheit damit seitens Behörden, Pflegeerbringern, aber auch Patienten, Bewohnern und ihrer Angehörigen, erstens und vor allem am Arbeitsplatz und auch in Beratungsorganen, ein besonders wertvoller ‚collateral gain‘ dieser Krise.

4. Empfehlungen⁶⁰

Während der ersten Welle von COVID-19 kam die notwendige Pflege in den Wohnpflegezentren unter schwerem Druck zu stehen. Diese Mängel wurden durch die Lücken im Pflegesystem sichtbar, die durch die Epidemie durch die zahlreichen Störungen der essenziellen Pflegekontinuität verursacht wurden.

Die meisten dieser Mängel wurden im Gutachten Nr. 78⁶¹ beleuchtet. Darin stehen einige Empfehlungen in Bezug auf die Organisation der Pflege auf verschiedenen Ebenen, die hier nicht wiederholt werden: in Bezug auf die Bewohner und die Achtung ihrer Autonomie, die Pflegeerbringer, insbesondere ihre berufsübergreifenden Beziehungen und ihre Anerkennung, sowohl symbolisch als auch finanziell, und schließlich die materielle Organisation sowie auch die Kommunikation.

All diese Dimensionen hatten selbstverständlich einen direkten oder indirekten Einfluss auf die (Nicht-) Erteilung der Pflege, insbesondere der Palliativpflege und die Tatsache, dass keine Sterbehilfe in Anspruch genommen werden konnte. Die nachstehenden Empfehlungen beziehen sich deshalb hauptsächlich auf die Aspekte, die die Pflege am Lebensende anbelangen.

a. Eine Organisation, die den Zugang zur Pflege und deren Kontinuität gewährleistet

a.1. Kontinuität zwischen allen Akteuren in der Pflege

⁶⁰ Siehe Verband Palliativpflege Flandern, *Memorandum: palliatieve zorg in tijden van COVID-19* <https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2021/06/Memorandum-palliatieve-zorg-in-tijden-van-COVID-19.pdf>

⁶¹ Gutachten 78, ebenda

Für die Verfügbarkeit der Pflege im Allgemeinen und der Palliativpflege im Besonderen ist die Pflegekontinuität eine Notwendigkeit. Diese Kontinuität kann durch das Zustandebringen formeller und informeller externer und interner Pflegeverbände und ihre tägliche Funktion gewährleistet werden. Die gute Funktion der Palliativpflege in Wohnpflegezentren erfordert nämlich diese Pflegeverbände mit einer sekundären Pflege und den verschiedenen internen Pflegeebenen.

Solche Kooperationen, die auf regelmäßiger Basis stattfinden, werden für ein größeres gegenseitiges Verständnis in Krisenmomenten und für mehr Flexibilität bei deren Bewältigung sorgen. Wenn während dieser Momente dann Anpassungen der üblichen Pflege- und Organisationsmodalitäten erforderlich sind, müssen deutliche Informationen über die Möglichkeiten aller Beteiligten, Bewohner, Angehörigen und Pflegebringer verfügbar sein.

a.2. Tatsächliche Ausübung des Rechts auf Pflege am Lebensende.

Jeder Bewohner hat das Recht, dass seine Schmerzen (sofern möglich) bekämpft werden und dass andere Symptome behandelt werden. Er oder sie verfügt auch über das Recht, eine Bitte um Sterbehilfe zu formulieren, die auf professionelle Art und Weise behandelt werden muss. Es muss drauf geachtet werden, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen und innerhalb der Pflegeeinrichtungen die Fachkompetenz und die Mittel sicherstellt, die erforderlich sind, um an jedem Standort ordnungsgemäße Palliativpflege und Pflege am Lebensende im Allgemeinen zu erteilen.

Bei der Erteilung dieser Pflege muss der Schwerpunkt auf der Bedeutung der menschlichen Beziehung liegen, was strenge Sicherheitsmaßnahmen in Frage stellen kann. In jedem Wohnpflegezentrum muss hierüber nachgedacht werden können, und müsste dies zur Erstellung von Praxisprotokollen führen, falls diese noch nicht vorliegen. Aus diesem Gesichtspunkt wird empfohlen, dass es in jedem Wohnpflegezentrum Platz und Zeit für ethische Reflexion gibt. Diese Empfehlung ist übrigens keinesfalls spezifisch für Palliativpflege, sondern gilt für alle Pfl egetätigkeiten, wie bereits im Gutachten Nr. 78 angegeben wurde. Vorschriften, die die Erteilung von Palliativpflege verhindern würden, müssen in Krisenzeiten deshalb von Pflegebringern zur Diskussion gestellt werden können, und diese Hindernisse müssen von lokalen über übergreifenden Entscheidungsorganen mit demselben Interesse wahrgenommen werden wie andere Probleme im Zusammenhang mit kurativer Pflege und der gesundheitlichen Sicherheit der Bewohner.

Schließlich ist es wichtig, dass über das richtige Gleichgewicht zwischen individuellen und kollektiven Rechten nachgedacht werden kann, das in lokalen (z.B. Bewohnerbeiräten usw.) und überlokalen (zentrale Entscheidungsstrukturen) Beratungsorganen besprochen werden kann. Die Suche nach diesem Gleichgewicht darf niemals dazu führen, dass eine Person an der

Ausübung ihrer grundlegenden Rechte gehindert wird. Im Gegenteil, diese Suche muss permanent auf die vollständige Achtung dieser Rechte abzielen.

a.3. Verfügbarkeit von Arzneimitteln für die Linderung von Symptomen und für die Pflege am Lebensende

Es gab dramatische Berichte über Arzneimittelknappheiten in Wohnpflegezentren während der Gesundheitskrise, und nicht nur während der ersten Welle. Dies kann als großes Unrecht gegenüber der älteren Bevölkerung aufgefasst werden, insbesondere von Senioren, die in einer Altenpflegeeinrichtung wohnen. Der Ausschuss ruft die verantwortlichen Organisationen auf, die Mittel gerecht zu verteilen, damit nicht der Eindruck entsteht, dass sich diese systematisch dafür entscheiden, diesen älteren Menschen nicht die Möglichkeit zu bieten, die für die Linderung ihrer Symptome und für ein würdiges Lebensende unerlässlich sind.

b. Bessere Informationen über erwünschte und mögliche Pflege

b.1. Referent für die Pflege am Lebensende in jedem Wohnpflegezentrum

Wie bereits im niederländischsprachigen Landesteil der Fall ist, plädiert der Ausschuss dafür, dass in jedem Wohnpflegezentrum eine Kontaktperson angestellt wird, die die verschiedenen beteiligten Parteien eines Wohnpflegezentrums über die Grundsätze, Verfahren und praktischen Bedingungen der Pflege am Lebensende informieren kann.

b.2. Engagement für Frühzeitige Pflegeplanung (VZP)

In Gutachten Nr. 78⁶² wurde die Bedeutung der Erstellung einer frühzeitigen Pflegeplanung (VZP) hervorgehoben. Diese Planung ist im Hinblick auf das Lebensende entscheidend; es ist erforderlich, eine frühzeitige Pflegeplanung so schnell wie möglich nach der Aufnahme eines Bewohners zu erstellen, und nötigenfalls neu zu beurteilen, wenn eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands eines Bewohners eintritt.⁶³ Diese Planung muss auch in der elektronischen Akte der Bewohner aufgenommen werden, die für alle beteiligten Pflegeerbringer zugänglich ist. Zudem wird empfohlen, an jedem Praxisstandort Mittel einzusetzen, um Angehörigen möglichst gut über die Entscheidungen zu informieren, die im Rahmen der frühzeitigen Pflegeplanung getroffen werden müssen.

⁶² Gutachten 78, ebenda

⁶³ Siehe Richtlinie der frühzeitigen Pflegeplanung, [www.pallialine.be; https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2021/07/richtlijn_vroegtijdige_zorgplanning.pdf](https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2021/07/richtlijn_vroegtijdige_zorgplanning.pdf)

b.3. Besseres Verständnis der Palliativpflege

Der Ausschuss tritt für ein besseres Verständnis der Palliativpflege bei den Bewohnern und ihren Angehörigen, bei den Pflegeerbringern und der Öffentlichkeit ein, wodurch dieser Pflege besser Rechnung getragen wird.

Es besteht ein Bedarf an einer ganzheitlichen Sichtweise der Palliativpflege, die die verschiedenen, bereits bestehenden Komorbiditäten und die Gebrechlichkeit der Person berücksichtigt, und nicht nur ihren medizinischen Status im Hinblick auf die akute Krankheit. Es ist zudem wichtig, dass diese Pflege als ausgezeichnete Pflege in bestimmten Lebenssituationen gesehen wird, und nicht als Zeichen der Ohnmacht oder als letzte Zuflucht. Der Ausschuss empfiehlt, dass übersichtliche und vollständige Informationen über das Recht auf Palliativpflege in der allgemeinen Bevölkerung und insbesondere in den Wohnpflegezentren verteilt werden.

Ein besseres Verständnis der Palliativpflege muss zu der Erkenntnis führen, dass diese Pflege überall und immer zugänglich sein muss, auch in Krisenzeiten.

b.4. Den Bitten um Sterbehilfe zuhören

Der Ausschuss plädiert dafür, dass in jedem Wohnpflegezentrum auf professionelle Weise einer eventuellen Bitte um Sterbehilfe zugehört wird, vorzugsweise durch Experten oder Referenten auf dem Gebiet der Pflege am Lebensende (Palliativpflege und Sterbehilfe), die auch dafür sorgen können, dass eine Bitte um Sterbehilfe, die den gesetzlichen Rahmenbedingungen entspricht, korrekt betreut wird.

c. Bessere Ausbildung und Anerkennung von Begleitern der Pflege am Lebensende

c.1. Einführung einer palliativen Pflegekultur

Alle Beteiligten in einem Wohnpflegezentrum müssen an der Einführung einer palliativen Pflegekultur mitwirken.

c.2. Bessere Ausbildung für Frühzeitige Pflegeplanung (VZP), Palliativpflege und Sterbehilfe

Frühzeitige Pflegeplanung, Palliativpflege und Sterbehilfe erfordern spezifische Kompetenzen von Berufsfachkräften und Freiwilligen. Der Ausschuss plädiert für vermehrte Ausbildung dieser Personen, damit sie diese Pflege auf eine mehr selbständige Weise übernehmen können und nötigenfalls rechtzeitig einen deutlichen Antrag an Fachkräfte der sekundären Gesundheitspflege stellen können.

c.3. Bessere Anerkennung der Personen, die Pflege am Lebensende erteilen

Der Mehrwert von Palliativpflege in bestimmten Situationen muss vollständig anerkannt werden, ebenso wie die Möglichkeit, um Sterbehilfe zu bitten. Und demzufolge müssen die Kompetenzen, die für die Erbringung dieser Pflege notwendig sind, aufgewertet werden. Wie bereits in Gutachten Nr. 78 hervorgehoben, impliziert dies Ausbildung und Anerkennung, insbesondere durch Lohnmaßnahmen. Es impliziert auch die tatsächliche Unterstützung dieser Pflege und der Pflegeerbringer, insbesondere durch die Bereitstellung von Personal und Sachmitteln, aber auch von psychologischem und ethischem Beistand.

Abkürzungen

- AI: Amnesty International
- CRA: Koordinations- und Beratungsarzt
- FCEE: Föderale Kontroll- und Evaluationskommission in Bezug auf die Anwendung des Gesetzes über Sterbehilfe
- IMC: Interministerielle Konferenz
- PSA: Persönliche Schutzausrüstung
- PICT: *Palliative Care Indicators Tool*
- ROB: Altenheim
- RVT: Alten- und Pflegeheim
- VZP: Frühzeitige Pflegeplanung
- WHO: *World Health Organisation* - WGO: Weltgesundheitsorganisation
- WZC: Wohnpflegezentrum

Das Gutachten wurde im engeren Ausschuss 2020/4bis, Pflege im WZC im Pandemiekontext' aufbereitet, zusammengesetzt aus:

Covorsitzende	Coberichterstatter	Mitglieder	Vorstandsmitglied
G. Lebeer	J. Dancot	D. Bron	J. De Lepeleire
P. Vanden Berghe	J. Herremans	F. Caeymaex	
	G. Lebeer	P. Cosyns	
	P. Vanden Berghe	P. Cras	
	N. Van Den Noortgate	E. De Groot	
		I. Devisch	
		M. Dumont-Dagonnier	
		T. Goffin	
		M. Keirse	
		A. Pierre	
		W. Pinxten	
		P. Plumacher	
		K. Solhdju	

Mitglieder des Sekretariats

Veerle Weltens und Sophie Bertrand

Gehörte Experten

Für dieses Gutachten hat sich der Ausschuss auch auf die Informationen basiert, die während der Anhörungssitzungen erteilt wurden, die 2020 und 2021 anlässlich der Gutachtenanfrage des IMC organisiert wurden. Die gehörten Experten sind in Gutachten Nr. 78 aufgelistet, in dem der erste Teil der Gutachtenanfrage besprochen wird.

Dieses Gutachten kann auf www.health.belgium.be/bioeth abgerufen werden.

* * *