

## Persönliches Budget

Das Sozialministerium Baden-Württemberg führt ein zweijähriges «Modellprojekt persönliches Budget» für Menschen mit Behinderung durch. Rentenversicherungsträger, Krankenkasse, Sozialamt, Arbeitsamt und Integrationsamt legen die finanziellen Mittel, welche für persönliche Hilfen (Assistenz, Pflege, Beratung usw.) und für Hilfsmittel verwendet werden, in einen Topf. Für die Projektteilnehmenden wird individuell ein so genanntes persönliches Budget berechnet. Im Rahmen dieses Budgets entscheidet die behinderte Person, welche Leistung sie von wem beziehen will, und sie lässt diese Leistungen aus dem Topf bezahlen. Dieses Modell entspricht, wie Hannes Schnider in der Zeitschrift «agile» schreibt, ziemlich genau dem Assistenzfond, wie ihn Christine Goll in ihrer im Dezember 2001 vom Nationalrat abgelehnten Motion gefordert hat. (rs)

*Quelle: Hannes Schnider: Blick über die Grenzen: Deutschland: Modellprojekt persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden Württemberg. agile 4/2002; Hrsg.: AGILE Behinderten-Selbsthilfe Schweiz, Bern; Tel. 031-390 39 39; E-Mail: info@agile.ch*

Weitere Informationen zum deutschen Modellprojekt im Internet unter [www.sm.bwl.de](http://www.sm.bwl.de)

## Rechte Sterbender

Im Beobachter-Buchverlag ist ein Ratgeber von Urs Zanoni erschienen. Der Titel lautet: «Beim Arzt – Eine Gebrauchsanleitung». Das Buch enthält unter anderem einen Forderungskatalog für Sterbende und ihre Angehörigen. Sterbende und Angehörige haben gemäss diesem Katalog unter anderem ein Recht auf: «Klärung der Frage, ob nicht ein Sterben zu Hause in vertrauter Umgebung ermöglicht und medizinisch verantwortet werden kann», «optimale Schmerztherapie» und «Verzicht auf sinnlosen medizinischen Aktionismus, also keine künstliche Lebensverlängerung als reinen Selbstzweck». (rs)

*Quelle: GPI 4/2002. Angaben zum Buch: Urs Zanoni: Beim Arzt – Eine Gebrauchsanleitung. 2002, Beobachter-Buchverlag. 232 Seiten, broschiert. ISBN: 3-85569-259-9; Ladenpreis: Fr. 29.80*

## Das Sterben diagnostizieren

Um sterbenden Patienten eine gute

Pflege und Betreuung gewährleisten zu können, sei es entscheidend, das Sterben (d.h. den Eintritt der letzten Lebensstunden oder -tage) zu diagnostizieren. Dies sei aber oft sehr schwierig, meinen John Ellersham und Chris Ward im «British Medical Journal». Während bei Krebskrankheiten die Anzeichen meist erkannt würden (Bettlägerigkeit; Semikoma; der Patient kann nur noch kleinste Schlücke trinken und keine oralen Medikamente mehr einnehmen), brauche es dafür etwa bei Herzinsuffizienz viel Erfahrung. Als mögliche Zeichen für den Eintritt der Sterbephase bei Herzinsuffizienz nennen sie unter anderem: Hospitalisation aufgrund einer Verschlimmerung ohne behandelbare Ursache; Abnahme der Nierenfunktion; Nichtansprechen auf diuretische oder gefässerweiternde Medikamente. Der zweite Teil des Artikels gibt Hinweise darauf, was bei der Pflege und Betreuung in den letzten Lebenstagen zu beachten ist. Unter vielem anderen sei es wichtig, eine klare Sprache zu verwenden. Die Familie soll informiert werden, dass der Patient stirbt und bald tot sein wird. Formulierungen wie «der Zustand wird sich möglicherweise nicht mehr verbessern» könnten zu Missverständnis und Verwirrung führen. (rs)

*Quelle: John Ellersham, Chris Ward: Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ 2003; 326: 30-34; Internet: [www.bmj.com](http://www.bmj.com)*

## Medizinische Entscheidungen am Lebensende

Sechs europäische Länder, darunter auch die Schweiz, beteiligen sich am EU-Projekt «Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries». Im Rahmen des Projekts wird eine Todesfallstudie und eine Ärztstudie durchgeführt. Ziel ist es, «streng quantitative Angaben zur Inzidenz und den Hauptmerkmalen von medizinischen Entscheidungen am Lebensende zu gewinnen» sowie «mögliche Faktoren» – wie Arbeitssetting und Kontext der Sterbesituation – zu benennen, welche «zu Unterschieden hinsichtlich Einstellungen und Praktiken führen könnten». (rs)

*Quelle: S. Fischer, G. Bosshard, K. Faisst, U. Zell-*

## VORSCHAU

**Schwerpunktthema:**  
**INTERKULTURALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN**

**Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für den Gesundheitsbereich**

**Kulturelle Vielfalt im Betrieb als Chance und Ressource**

**Recht auf kulturelle Übersetzung aus behördlicher Sicht**

**Interkulturelles Arbeiten in der Psychiatrie**

**Mutter werden in der Fremde**

**Kulturabhängigkeit von Gesundheitsstrategien**

**Weiterentwicklung des Fallmanagements**

**Spieltheoretische Analyse der Beziehungen zwischen Arzt, Patient und Versicherer**

**Mediation im Gesundheitsbereich**

*weger: Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz. Beginn der zweiten Befragung. SAEZ 2002; 83: Nr. 36: 1868-1869.*

## Versicherte bewirtschaften Daten

Was im Bankenbereich bereits verbreitet ist, soll auch im Krankenversicherungsbereich zunehmend realisiert werden: Die Bewirtschaftung des Zahlungsverkehrs (Administration der Prämien und Leistungen) soll an die Versicherten delegiert werden. Das Magazin der Schweizer Krankenversicherer, «infosantésuisse», stellte in der Dezember-Ausgabe 2002 eine solche Lösung vor. Die Applikation stelle «ein Web-Interface zu den internen Systemen der Versicherten dar» und ermögliche so den Versicherten «die aktive Bewirtschaftung ihrer Daten beziehungsweise das Übermitteln von Meldungen, Rückerstattungen und so weiter». Für die Versicherer solle dies «eine nachhaltige Entlastung der Administrationskosten zur Folge haben». (rs)

*Virtuelle Gesundheitsversicherung: Persönliche Daten selber bewirtschaften. infosantésuisse 12/02.*