

BÄK GROUND

HINTERGRUNDINFORMATIONEN FÜR JOURNALISTEN



114. Deutscher Ärztetag in Kiel

Palliativmedizin – mehr als nur Schmerztherapie

Die Entwicklung der modernen Palliativmedizin im 20. Jahrhundert ist im Wesentlichen einer Frau zu verdanken: Cicely Saunders. Die englische Ärztin war überzeugt davon, dass es möglich sei, die letzten Tage eines Sterbenden menschenwürdig und selbstbestimmt zu gestalten. 1967 gründete sie das St. Christopher's Hospice im Südosten Londons – das damals modernste Hospiz der Welt. In Deutschland wurden 16 Jahre später an der Kölner Universitätsklinik die erste deutsche Palliativstation und 1986 das stationäre Hospiz in Aachen eröffnet.

Deutsche Ärztetage hatten sich in der Vergangenheit wiederholt für einen Ausbau der Palliativversorgung in Deutschland ausgesprochen. So verabschiedete der Deutsche Ärztetag 2003 in Köln eine neue (Muster-)Weiterbildungsordnung, die eine eigenständige Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin ermöglicht und die Palliativmedizin darüber hinaus auch zum Gegenstand der Weiterbildung in allen patientennahen Fachgebieten gemacht hat. Ebenfalls 2003 hatte der Ärztetag gefordert, die Palliativmedizin in ein Pflichtfach im Medizinstudium umzuwandeln und als Querschnittsfach in die neue Approbationsordnung aufzunehmen – was im vergangenen Jahr endlich erfolgte.

Doch was genau ist Palliativmedizin?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 2002 Palliativmedizin/Palliative Care als einen „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ Die Heilung der Patienten steht damit nicht mehr im Vordergrund, sondern allein das Wohlbefinden, unabhängig von der zu erwartenden Lebensdauer.

*„Nicht dem Leben mehr Tage,
sondern den Tagen mehr
Leben geben“*

Cicely Saunders

Impressum

BÄK GROUND
Hintergrundinformationen für
Journalisten

**Pressestelle
der deutschen Ärzteschaft**
Alexander Dückers (v.i.S.d.P.),
Samir Rabbata

Herbert-Lewin-Platz 1 · 10623 Berlin
Tel. (030) 40 04 56-700 · Fax -707
presse@baek.de · www.baek.de

Spezialisierte und Allgemeine Ambulante Palliativversorgung

War Palliativmedizin lange Zeit vor allem in Krankenhäusern angesiedelt, hat in den letzten Jahren ein Umdenken in Politik und Gesellschaft stattgefunden: Seit vier Jahren haben Menschen mit einer „nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung“ das Recht auf eine *Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)*. Das hat der Gesetzgeber im §37b und §132d SGB V verankert. Damit soll der Wunsch vieler schwerstkranker und sterbender Menschen, zuhause sterben zu können, mithilfe sogenannter multiprofessioneller Palliative-Care-Teams erfüllt werden. Verordnet ein ambulant tätiger Haus- oder Facharzt beziehungsweise ein Klinikarzt SAPV-Leistungen, übernimmt – im Idealfall – das Pflorgeteam die Rund-um-die-Uhr-Betreuung des Patienten. Dieses organisiert und koordiniert die Pflege, die Schmerztherapie und die psychosoziale Betreuung. Mit Notfall-Telefonnummern sollen Angehörige bei unbeherrschbaren Situationen wie Durchbruchschmerzen schnell Hilfe anfordern können. Damit sollen den Patienten unnötig belastende Klinikeinweisungen erspart werden.

Die SAPV allein reicht jedoch bei weitem nicht aus, um allen schwerstkranken und sterbenden Menschen eine Palliativversorgung zur Verfügung stellen zu können. Nur etwa zehn Prozent der Betroffenen sind auf diese Form der Versorgung angewiesen; bei den meisten unheilbar Kranken ist diese jedoch nicht oder noch nicht erforderlich. Deshalb werden – neben den sich etablierenden spezialisierten Palliative-Care-Teams – auch Angebote für eine *Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV)* benötigt. Diese soll von Leistungserbringern der Primärversorgung erbracht werden, die eine palliativmedizinische Basisqualifikation aufweisen – vor allem von niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie ambulanten Pflegediensten. Auf diese Weise können die meisten der Palliativpatienten, die eine medizinische und pflegerische Versorgung benötigen, ausreichend versorgt werden. Die Leistungserbringer in der AAPV sind in der Regel nur zu einem kleinen Teil ihrer Zeit mit der Versorgung von Palliativpatienten beschäftigt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Ende 2010 ein neues Vertragskonzept vorgestellt, das einen fließenden Übergang zwischen der kurativen und der palliativen Versorgung schaffen soll. Das Konzept zur AAPV sieht vor, bereits existierende Netzwerke, Versorgungsstrukturen und das palliativmedizinische Engagement von Ärzten zu fördern sowie die AAPV mit einheitlichen Qualitätsstandards bundesweit zu etablieren.

Ein flächendeckendes Angebot von SAPV und AAPV in Deutschland ist jedoch noch weit entfernt. Der 114. Deutsche Ärztetag diskutiert

Aktuelle Zahlen für Deutschland

- 1500 ambulante Einrichtungen
- 179 stationäre Hospize
- 231 Palliativstationen
- 80.000 Ehrenamtliche in der

Hospizbewegung

(Quelle: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.)

deshalb auf der Grundlage eines Einführungsreferats des Göttinger Palliativmediziner Prof. Dr. Friedemann Nauck **zukunftsweisende Konzepte für eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Palliativversorgung in Deutschland:**

Krankenversorgung

Nach Expertenmeinung sollte Palliativmedizin so früh wie möglich in das Behandlungskonzept integriert werden. Einer im New England Journal of Medicine veröffentlichten Studie zufolge kann ein früher Einsatz von Palliativmedizin die Lebensqualität der betroffenen Patienten erhöhen, den Einsatz tumorspezifischer Therapien verringern und mitunter gar das Leben der Patienten verlängern. Davon könnten neben Tumorpatienten auch Patienten mit weit fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankungen wie Parkinson, Alzheimer oder Mukoviszidose profitieren. Das bedeutet für die Zukunft der Krankenversorgung, dass die dafür notwendigen allgemeinen und spezialisierten Versorgungsangebote im stationären und ambulanten Bereich flächendeckend ausgebaut werden müssen.

Lehre / Forschung:

Seit gut zwei Jahren ist die Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium vorgeschrieben. Das hat der Gesetzgeber im Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus festgelegt. So heißt es darin: „Der Leistungsnachweis [...] ist erstmals zum Beginn des Praktischen Jahres im August 2013 oder bei der Meldung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung für den Prüfungstermin ab Oktober 2014 vorzulegen.“

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat gemeinsam mit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden (bvmd) im vergangenen Jahr eine Umfrage zur palliativmedizinischen Lehre an deutschen Hochschulen gestartet: Mehr als drei Viertel – sprich: 28 – der insgesamt 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland haben sich daran beteiligt: 20 von ihnen unterrichten Palliativmedizin in Form eines Regelstudienganges, acht in Form eines Modell- oder Reformstudienganges. Etwa ein Drittel der 28 Fakultäten gab an, dass es zwar einen Lehrstuhl für Palliativmedizin in ihrem Hause gibt, doch handele es sich oftmals nur um einen Stiftungslehrstuhl. Auch der Umfang der Lehre variiert von Fakultät zu Fakultät erheblich. So planen zwei Fakultäten fünf bis zehn Semesterwochenstunden (SWS), drei erwägen elf bis 20 SWS und zwölf wollen Palliativmedizin mit 21 bis 40 SWS unterrichten. Elf von ihnen haben bislang noch keinen Stundenumfang festlegt.

Viel Zeit bleibt den medizinischen Fakultäten also nicht mehr, die Bedingungen dafür zu schaffen, dass Palliativmedizin kompetent im Rahmen des in der Approbationsordnung seit Juli 2010 verankerten Querschnittsfaches 13 gelehrt und geprüft werden kann. Dazu gehören

Jennifer S. Temel, Joseph A. Greer, Alona Muzikansky u.a.: [Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer](#), New England Journal of Medicine (August 19, 2010; 363 (8), S. 733-742)

Umfrage der DGP und der bvmd: [„Palliativmedizinische Lehre in Deutschland: Bestandsaufnahme an den medizinischen Fakultäten 2010“](#)

auch das Erlernen kommunikativer Kompetenzen in der Begegnung mit den Patienten und deren Angehörigen sowie die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen, wie beispielsweise „Wann darf und wann muss Sterben zugelassen und wie sollte es begleitet werden?“.

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Um einen Impuls für die Weiterentwicklung der Palliativmedizin zu setzen, haben unter der Federführung der DGP, des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes und der Bundesärztekammer (BÄK) im vergangenen Jahr mehr als 50 Verbände, Ministerien und die beiden großen Kirchen die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland erarbeitet und unterzeichnet. Die Robert Bosch Stiftung und die Deutschen Krebshilfe hatten den Chartaprozess gefördert.

„Die Charta soll dazu beitragen, die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Themen Sterben und Sterbebegleitung zu fördern“, sagte BÄK-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe bei der Vorstellung der Charta im September 2010. Es gehe darum aufzuzeigen, wie eine Palliativversorgung aussehen muss, die sich nach den tatsächlichen Bedürfnissen unheilbar kranker und sterbender Menschen richtet. Denn oftmals werde mit sterbenden Menschen nur auf einer rein fachlichen, medizinischen Ebene umgegangen, der ganzheitliche Blick aber, um diesen Patienten eine selbstbestimmte und erfüllte letzte Lebensphase zu ermöglichen, fehle häufig bei deren Betreuung, so Hoppe.

Deshalb thematisiert die Charta umfassend die Rechte, Bedürfnisse und Wünsche von Schwerstkranken und Sterbenden. In den fünf Leitsätzen plädieren die an der Charta beteiligten Verbände und Organisationen für eine Verbesserung der juristischen, medizinischen und ethischen Rahmenbedingungen. Versorgungsstrukturen müssten stärker miteinander vernetzt, Aus-, Weiter- und Fortbildung ausgebaut und Forschungsvorhaben gefördert werden. Für eine umfassende Palliativversorgung von unheilbar kranken und sterbenden Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie für die Betreuung von deren Familien müsse ein eigenständiges Konzept entwickelt werden, um deren ganz eigenen Bedürfnissen gerecht zu werden, heißt es im zweiten Leitsatz der Charta.

Geplante Novellierung des §16 der (Muster)-Berufsordnung „Beistand für Sterbende“

Neben der Debatte über zukunftsweisende Konzepte für eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Palliativversorgung in Deutschland wird die Novellierung des §16 der (Muster)-Berufsordnung (MBO) zum „Beistand für Sterbende“ ein Schwerpunkt des 114. Deutschen Ärztetages Anfang Juni in Kiel sein. Die Berufsordnung regelt die Rechte und Pflichten der Ärzte gegenüber den Patienten, den Berufskollegen und der Ärztekammer. Im Vorfeld der anstehenden Beratungen des Ärztetages hat der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner März-Sitzung einen Vorschlag für eine Neuformulierung des §16 der MBO erarbeitet. Darin heißt es: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

In der gegenwärtig geltenden Berufsordnung ist ein ausdrückliches Verbot der ärztlichen Suizidbegleitung nicht enthalten. Im Gegensatz zu der bisherigen Formulierung, nach der Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, auf lebensverlängernde Maßnahmen nur dann zu verzichten, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeutet, würde die Neufassung für mehr Klarheit sorgen. Mit der vorgeschlagenen Formulierung muss und kann nicht mehr interpretiert werden. *„Es ist jetzt für jeden klar, dass Ärzte keinen Suizid unterstützen dürfen“*, erklärt BÄK-Präsident Hoppe.

Die Neuformulierung der MBO nimmt auch Bezug auf die bereits im Februar vorgenommene Überarbeitung der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Die Grundsätze sollen Ärztinnen und Ärzten eine Orientierung bei ihrer schwierigen Aufgabe der Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Patienten geben. Ausgangspunkt ist dabei der allgemeine Konsens über die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod Beistand zu leisten. Daher besteht die Pflicht zur Lebenserhaltung nicht unter allen Umständen. Art und Ausmaß der Behandlung sind vielmehr gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten. Die Grundsätze stellen aber auch klar und unmissverständlich fest, was nicht zu dieser Aufgabe gehört, nämlich der ärztlich assistierte Suizid.

Mit den neugefassten Grundsätzen sowie mit dem Beschlussvorschlag für eine Novellierung des §16 der MBO bezieht die Ärzteschaft klarer und deutlicher Stellung als in der Vergangenheit. Sie nimmt Bezug auf

[\(Muster-\) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte \(Stand 2006\)](#)

Würde und Wille des Patienten und verdeutlicht gleichzeitig, wo die Grenze ärztlichen Handelns gezogen wird, die auch auf Wunsch des Patienten nicht überschritten werden darf.