



## **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Beschluss des 121. Deutschen Ärztetages zur Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin**

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat mit Bedauern den Beschluss des 121. Deutschen Ärztetages zur Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin zur Kenntnis genommen: Der Antrag der DGP, welcher sechs Monate in einer Weiterbildungsstätte, 40 Stunden Kursweiterbildung sowie 120 Stunden Fallseminare vorsah, wurde abgelehnt und die Zeit beim Weiterbilder komplett gestrichen.

Weit mehr als 10.000 Ärztinnen und Ärzte haben in Deutschland bislang die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin absolviert. Dies ist eine sehr erfreuliche Entwicklung. Jedoch sorgt sich die DGP, dass der Beschluss des Deutschen Ärztetags, die Zusatzbezeichnung ohne eine verpflichtende Zeit bei einem Weiterbilder zu ermöglichen, eine deutliche Verschlechterung gegenüber dem bisherigen Stand darstellen könnte. In der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) ist damit festgeschrieben, dass keine Weiterbildungszeit an einer anerkannten Weiterbildungsstätte benötigt wird. Bislang konnten die vorgesehenen 12 Monate Palliativmedizin bei einem Weiterbilder anteilig durch die Fallseminare ersetzt werden. Jetzt können umgekehrt 120 Stunden Fallseminare durch sechs Monate Weiterbildung ersetzt werden, eine anteilige Anrechnung ist nicht vorgesehen.

Die DGP verweist auf die bisherige Erfahrung aus unzähligen Weiterbildungen: Kurse und Fallseminare sind wichtige Säulen für die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, da die Teilnehmer/innen multiprofessionelles Arbeiten ebenso kennenlernen wie ihr eigenes Handeln an Patientenbeispielen reflektieren, wichtige ethisch-rechtliche Fragen diskutieren und sich mit ihren eigenen Einstellungen zu Sterben, Tod und Trauer auseinandersetzen.

Jedoch hat die angeleitete Tätigkeit in einer palliativmedizinischen Einrichtung bei entsprechend weitergebildeten Kollegen noch einmal einen völlig anderen Effekt: Die palliativmedizinische Haltung, Betreuung und Herangehensweise in der Symptomkontrolle wird unmittelbar in der Begleitung eines einzelnen Patienten mit seiner spezifischen Symptomlage und in seiner individuellen Lebenssituation erlernt. Dieses vertiefte Verständnis von Palliativmedizin lässt sich nicht allein in Kursen vermitteln und sich zu eigen machen, dafür ist die angeleitete Tätigkeit auf einer Palliativstation, in einem Palliativdienst oder in einem SAPV-Team erforderlich.

Die DGP hält der Begründung des Beschlusses des Deutschen Ärztetages, dass eine sechsmonatige Weiterbildung in Palliativmedizin „für die bereits niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, aber auch für die am Krankenhaus in der Patientenversorgung tätigen Kolleginnen und Kollegen praktisch nicht realisierbar“ sei, entgegen, dass die komplexen und vielschichtigen Herausforderungen in der palliativmedizinischen Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden klinische Erfahrungen unter Anleitung zwingend voraussetzen.

## **Ärztliche Weiterbildung in Palliativmedizin: Notwendige Weiterentwicklung**

Dass die geforderten sechs Monate Weiterbildung nun für den Erwerb der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin nicht mehr vorgesehen sind, ist sehr bedauerlich. Die vorhersehbare Lücke in der Versorgung bestärkt die wissenschaftliche Fachgesellschaft deshalb in ihrer grundsätzlichen Empfehlung, die ärztliche Weiterbildung zukünftig weiter zu differenzieren. Diese Notwendigkeit zeichnet sich aufgrund des zunehmenden Bedarfs an palliativ-medizinischer Versorgung und steigender Komplexität der Patienten mit längeren Krankheits-verläufen und Komorbiditäten bereits seit Jahren ab.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin schlägt in Anlehnung an die internationale Entwicklung, wie den Empfehlungen der *European Association for Palliative Care* oder dem *Global Atlas der World Palliative Care Association* zu entnehmen ist, ein dreistufiges Modell für Deutschland vor (1,2):

### **1. Grundqualifikation Palliativversorgung**

Das Fach Palliativmedizin ist verpflichtend im Studium, so dass jede Ärztin, jeder Arzt ein Basiswissen hat.

### **2. Zusatzbezeichnung Palliativmedizin**

Die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin kann nach der Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung zusätzlich erworben werden. Dies ist nach aktuellem Beschluss des Deutschen Ärztetages künftig auch ohne praktische Weiterbildungszeit möglich. Damit wird die allgemeine Palliativversorgung gestärkt, die besonders durch Hausärzte und primär versorgende Ärzte in der Niederlassung und im Krankenhausbereich gewährleistet werden muss.

### **3. Facharzt Palliativmedizin**

Die darüber hinaus zwingend erforderliche weitere Spezialisierung kann nur durch die Einführung eines Facharztes Palliativmedizin erreicht werden. Durch einen Facharzt für Palliativmedizin würde die spezialisierte Palliativversorgung gestärkt, wie sie z.B. in der SAPV, auf Palliativstationen und in Palliativdiensten in Krankenhäusern angeboten wird.

**Folgende Gründe sprechen seitens der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin für die zeitnahe fachliche Diskussion über die Einführung eines Facharztes:**

- Mit zunehmender Lebenserwartung, längeren Krankheitsverläufen und der erfreulicherweise zunehmenden Umsetzung der frühzeitigen Integration in der Palliativversorgung wird die Betreuung häufig multimorbider Patienten am Lebensende immer komplexer. Dies beinhaltet die Betreuung von Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen, onkologische Patienten mit längerem Überleben und komplexeren Behandlungsmethoden, einer höheren Symptomlast, ethische Fragen etc.

- Der Bedarf für spezialisierte Palliativbetreuung mit entsprechender Fachexpertise wird bei 30 bis 45 % der Patienten, die der Palliativversorgung am Lebensende bedürfen, angenommen. (2) Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung wird der Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung in absoluten Zahlen noch weiter deutlich steigen.
- Die Qualität der Patientenversorgung wird besonders bei komplex erkrankten Patienten durch verstärkte Kompetenz und Erfahrung verbessert werden, sowie zu einer besseren Nutzung von Ressourcen führen, da diese durch vertieftes Fachwissen besser eingesetzt werden können.
- Die zunehmende Zahl von spezialisierten Einrichtungen im ambulanten und stationären Bereich erfordert besonders im Leitungsbereich hohe Kompetenz und spezialisiertes Wissen. Entsprechend hochqualifizierte Kollegen könnten als Weiterbildungsermächtigte tätig sein, verstärkt in Aus- und Weiterbildung eingesetzt werden und für die erforderliche Qualitätssicherung in ihren Bereichen sorgen.
- Palliativmedizin wurde lange Zeit als Teilgebiet v.a. der Onkologie und Anästhesie gesehen. Als eines der breitesten Querschnittsfächer werden in der Palliativmedizin aber Patienten mit unterschiedlichsten onkologischen und nicht-onkologischen Diagnosen betreut, die weit über diese anderen Fachgebiete hinausgehen. Daher sollte Palliativmedizin auf ein Niveau mit anderen Fachrichtungen gestellt werden, um deutlich zu machen, dass die Palliativmedizin nicht Teil einer anderen Fachrichtung ist.
- Für jüngere Kolleginnen und Kollegen wird das Fach Palliativmedizin durch den verstärkten Fokus während der ärztlichen Ausbildung und zunehmender Berücksichtigung als Wahltertial im Praktischen Jahr immer attraktiver.(3) Dies könnte durch einen eigenen Facharzt weiter gesteigert werden.
- Für eine weitere Akademisierung des Fachbereichs und für die Karriereförderung von wissenschaftlichem Nachwuchs ist der Facharzt Palliativmedizin essentiell, damit Kollegen frühzeitiger in diese Fachrichtung wechseln können. Derzeit ist ein sinnvoller Wechsel in die Palliativmedizin erst nach Beendigung der Facharztausbildung möglich. Mit der Facharztreihe sind die meisten wissenschaftlich engagierten Kollegen jedoch bereits durch andere Fachbereiche geprägt; zudem bleibt nach dem Wissenschaftszeitgesetz nur eine verhältnismäßig kurze Zeit für eine wissenschaftliche Karriere.
- Palliativmedizin ist in Großbritannien seit 1987 eine eigene Facharzttrichtung. Aber auch in Australien, Neuseeland, Irland, Polen und Norwegen ist die Palliativmedizin als Weiterbildung zum Facharzt anerkannt. Diese Facharztweiterbildungen dauern zwischen 5 und 8 Jahren. Die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin in Deutschland ist insbesondere nach der aktuellen Entscheidung des Deutschen Ärztetages nicht dem Standard dieser Facharztweiterbildungen gleichzusetzen.

## **Situation in Deutschland**

In Deutschland starben 2015 925.000 Menschen, davon etwa 25 % an Tumorerkrankungen und ca. 40 % an Herz- und Kreislauferkrankungen. (4) Mit steigender Lebenserwartung nimmt die Zahl der Menschen mit Komorbiditäten deutlich zu. Es wird davon ausgegangen, dass zwischen 30 und 45 % der Sterbenden bzw. Menschen im letzten Lebensjahr Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung haben.(2) Das Krankenhaus ist mit 47 % der Verstorbenen der häufigste Sterbeort, wobei die Zahl der Menschen, die im Alten- und Pflegeheim versterben, kontinuierlich steigt (derzeit ca. 20 %).(5,6) Durch die Möglichkeiten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) können zudem immer mehr Menschen entsprechend ihrem Wunsch zuhause versterben.

Palliativmedizinische Versorgung ist in der Zwischenzeit fester Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens. So sind Mitte Mai 2018 im „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ 323 Palliativstationen, 223 stationäre Hospize und 278 SAPV-Teams für Erwachsene ausgewiesen. Hinzu kommen 3 Palliativstationen, 16 stationäre Hospize und 41 SAPV-Teams für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Eine zunehmende Anzahl von Krankenhäusern hat Palliativdienste eingerichtet, die Patienten auf allen Stationen eines Krankenhauses multiprofessionell betreuen und die Primärbetreuer unterstützen. Insgesamt wird der Bedarf an Palliativversorgung (allgemein und spezialisiert) bei 69 bis 82 % aller Sterbenden angenommen. (7,8)

Durch die Einführung der SAPV wird in Deutschland allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung unterschieden. Diesem zweistufigen Modell steht international ein dreistufiges Modell gegenüber, das neben der allgemeinen und spezialisierten Versorgung als Basis den palliativmedizinischen Ansatz sieht, der durch alle im Gesundheitswesen Tätigen gewährleistet sein muss. (1,2)

## **Fazit**

Der Bedarf an Palliativversorgung insgesamt und an spezialisierter Palliativmedizin wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten deutlich steigen. Wegen der zunehmenden Komplexität der Erkrankungen der Patienten und der Entwicklung über die Versorgung von Tumorkranken hinaus ist eine weitere Spezialisierung in der ärztlichen Weiterbildung notwendig. Zur Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung soll die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin dienen. Dies muss ergänzt werden durch einen zeitnah neu einzuführenden Facharzt für Palliativmedizin. Nur damit wird man den komplexeren Patientensituationen in der spezialisierten Palliativversorgung gerecht werden. Gleichzeitig wird dadurch das Fach in der Weiterbildung und akademischen Entwicklung breiter aufgestellt.

## Referenzen

- 1) Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. *European Journal of Palliative Care* 2013;20(2): 86-91
- 2) World Palliative Care Alliance. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. 2014. [www.thewpca.org](http://www.thewpca.org); Zugriff 10.1.2017
- 3) Ilse B, Alt-Epping B, Kiesewetter I et al. Undergraduate education in palliative medicine in Germany: a longitudinal perspective on curricular and infrastructural development. *BMC Medical Education* 2015 **15**:151. DOI: 10.1186/s12909-015-0439-6
- 4) <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen.html>; Zugriff 15.5.2018
- 5) Simon ST, et al., Population, mortality and place of death in Germany (1950-2050): Implications for end-of-life care in the future. *Public Health*. 2012 Nov;126(11):937-46
- 6) Dasch B, Blum K, Gude P, Bausewein C. Place of Death: Trends Over the Course of a Decade: A Population-Based Study of Death Certificates From the Years 2001 and 2011. *Dtsch Arztebl Int*. 2015 Jul 20;112(29-30):496-504. doi: 10.3238/arztebl.2015.0496.
- 7) Murtagh FE, Bausewein C, Verne J et al How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine* 2014;28(1):49–58
- 8) Hughes-Hallet T, Craft A, Davies C, Mackay I, Nielsson T. *Palliative Care Funding Review: Funding the right care and support for everyone*. London, 2011.