

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer fasst der 106. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Wir Ärztinnen und Ärzte betreuen Patienten, für die es keine kurativen Therapien mehr gibt. Der Umgang mit diesen Patienten bringt große physische, psychische, soziale und seelische Belastungen für die Patienten selbst, aber auch für die Angehörigen und das behandelnde Team, insbesondere die Pflegekräfte und Ärzte, mit sich.

Ängste in der Bevölkerung vor einem menschenunwürdigen Leben in einer solch scheinbar ausweglosen Situation, lassen immer wieder die Forderung der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe aufkommen.

Die Konsequenz aus diesem Problemkreis heißt nicht Resignation oder Hoffnungslosigkeit, sondern aktives, palliativmedizinisches Handeln, das heißt Entwickeln einer Lebensperspektive für Patienten mit einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. Dies kann erreicht werden durch eine umfassende Symptomkontrolle, insbesondere der Schmerztherapie, sowie mitmenschliche Begleitung und Verwirklichung realistischer Hoffnung, um die Menschenwürde bis zum Lebensende zu bewahren.

Der Deutsche Ärztetag erachtet die Stärkung und Förderung der Palliativmedizin und Schmerztherapie als notwendig und lehnt die Euthanasie und die Hilfe zur Selbsttötung ab.

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt daher die Aufnahme der Palliativmedizin in die (Muster-)Weiterbildungsordnung. Der Deutsche Ärztetag unterstützt mit Nachdruck die in der neuen (Muster-) Weiterbildungsordnung vorgesehene wichtige Stellung der Palliativmedizin als ein wesentliches Element der ärztlichen Tätigkeit.

Der 106. Deutsche Ärztetag fordert:

- **die Aufnahme der Palliativmedizin als Querschnittsbereich in die Approbationsordnung für Ärzte und ihre Zulassung als Wahlfach für die abschließende ärztliche Prüfung**

Die Palliativmedizin wurde mit der letzten Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) im Frühjahr 2002 zwar namentlich in die ÄAppO aufgenommen, ohne Anerkennung als Querschnittsbereich bzw. Wahlfach bleibt diese Erwähnung jedoch weitgehend wirkungslos. Unter dem jetzigen Wortlaut der Approbationsordnung hängt es allein vom Engagement der einzelnen medizinischen Fakultät ab, ob palliativmedizinische Inhalte auch prüfungsrelevant sein können. Daher wird wahrscheinlich auch weiterhin nur ein kleiner Teil der Medizinstudenten mit den Grundlagen der Palliativmedizin vertraut gemacht werden.

- **den Auf- und Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen**

Die Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen ist Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Die zeit- und betreuungsintensive Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen wird aber häufig durch Rahmenbedingungen belastet, die eine angemessene Versorgung in häuslicher Umgebung am Lebensende schwer oder unmöglich machen. Modellprojekte, die deutlich zeigen konnten, wie sehr spezialisierte Unterstützungssysteme hilfreich zur häuslichen Versorgungsqualität Schwerkranker und Sterbender beitragen können, sind bis heute auf wenige Regionen beschränkt. Und

das, obwohl es durch solche Unterstützungssysteme möglich ist, die medizinische Versorgung der zu Hause sterbenden Patienten eindrucksvoll zu verbessern.

Vor dem Hintergrund der Einführung eines diagnoseorientierten Fallpauschalen-Systems (DRG) und der dadurch zu erwartenden schnelleren Verlegung von besonders schwerkranken und sterbenden Menschen in ihre häusliche Umgebung ist der Aufbau leistungsfähiger ambulanter Strukturen der palliativmedizinischen Versorgung notwendig.

Die zuständigen Stellen werden aufgefordert, bisher bestehende bürokratische Hemmnisse in der (finanziellen) Versorgung Schwerstkranker zu beseitigen, z.B. schnellere Zuerkennung der entsprechenden Pflegestufen etc..

- **den Auf- und Ausbau palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen im stationären Bereich und die Anpassung der Krankenhausfinanzierung an die Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Menschen**

Die unveränderte Einführung diagnoseorientierter Fallpauschalen (DRG) zur Krankenhausfinanzierung wird die Einrichtung und den Betrieb von Palliativstationen massiv gefährden, weil die neuen Fallpauschalen die Palliativmedizin nicht sachgerecht abbilden können.

Durch die seit dem 01.01.2003 im Einsatz befindliche DRG-Version wird die palliativmedizinische Behandlung von Schwerkranken und Sterbenden nicht korrekt dargestellt. Dies liegt u.a. daran, dass die Palliativmedizin in Australien, dem Ursprungsland auch der deutschen DRG-Systematik, aus dem DRG-System ausgeschlossen ist und dort über andere Entgelte vergütet wird. Sollen Palliativstationen als Ort einer hohen Versorgungsqualität Schwerkranker und Sterbender erhalten bleiben und gleichzeitig ihrer Aus- und Weiterbildungsfunktion dauerhaft gerecht werden, muss eine Sonderregelung für die adäquate Finanzierung der Palliativmedizin am Krankenhaus gefunden werden.

- **Sektoren- und Berufsgruppen übergreifende Angebotsstrukturen (Integrierte Versorgung)**

Menschen mit schweren und unheilbaren Erkrankungen benötigen eine möglichst reibungslose Versorgungskette mit einer optimalen interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit. Deshalb muss die starre Trennung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung in der Regelversorgung aufgelöst werden.

- **Förderung und Ausbau der Kinder-Palliativmedizin**

Palliativmedizinische Angebote für Kinder sind noch viel zu wenig vorhanden. Davon sind die schwerstkranken Kinder und ihre Familie betroffen. Diese brauchen palliativmedizinische Versorgungsmöglichkeiten, die auch Eltern und Geschwister einbeziehen.

- **Palliativmedizinische und hospizliche Angebote statt Euthanasie**

Der Deutsche Ärztetag lehnt aktive Sterbehilfe (Euthanasie) ab. Er betont die Notwendigkeit guter palliativmedizinischer Angebote, um dem Ruf nach aktiver Sterbehilfe eine echte Lebenshilfe entgegen zu setzen. Die rein verbale Ablehnung der aktiven Sterbehilfe ohne die Bereitstellung der Ressourcen für eine gute Palliativmedizin ist menschenverachtend. Sie fördert die Angst der Patienten, die ohne Aussicht auf eine würdige Behandlung den Ruf nach aktiver Sterbehilfe anstimmen werden. Politiker und Kostenträger werden deshalb an ihre Pflicht erinnert, die gesetzlichen und finanziellen Voraussetzungen zu schaffen, dass schwerkranke und sterbende Menschen jederzeit eine gute palliativmedizinische Versorgungsqualität erhalten.

(23.5.2003)