

Stellungnahme der „**Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin**“ zu den  
**Entschliefungen des 104. Deutschen Ärztetages**  
**über Palliativmedizin und Hospizarbeit sowie die existierende**  
**Praxis bei der Realisierung palliativmedizinischer Modellprojekte**

---

Der 104. Deutsche Ärztetag, das höchste Gremium der verfassten Ärzteschaft in Deutschland, hat sich dieses Jahr in Ludwigshafen im Rahmen der Erörterung gesundheits- und sozialpolitischer Themen auch sehr ausführlich mit ethischen Fragestellungen befasst. Während durch die rasante Entwicklung der Forschung in der Biomedizin Stellung zu konfliktbeladenen Fragen am Lebensanfang bezogen werden mußte (Bewertung der Präimplantationsdiagnostik und der Forschung mit embryonalen Stammzellen), machte die breite öffentliche Diskussion nach der Verabschiedung der Euthanasie-Gesetzgebung in den Niederlanden auch eine ausführliche Stellungnahme zur Haltung der Ärzteschaft am Lebensende notwendig.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin begrüßt es ausdrücklich, daß sich der Deutsche Ärztetag den aufgeworfenen ethischen Fragestellungen mit großem Engagement gestellt und mit umfangreichen Entschliefungen reagiert hat. Zu der öffentlichen Debatte über die niederländische Gesetzesregelung und den Ruf nach Zulassung aktiver Sterbehilfe auch in Deutschland wurde eine deutliche Position bezogen, indem der aktiven Sterbehilfe eine klare Absage erteilt wurde: „Tötung auf Verlangen ist keine ärztliche Handlung – sie läuft dem ärztlichen Handlungsauftrag, Kranke zu heilen, Leiden zu lindern, Krankheiten zu verhüten und Sterben zu begleiten, entgegen.“ Weiter heißt es: „Die ärztliche Aufgabe in der Betreuung und Hilfe des todkranken Patienten liegt in der Sterbebegleitung. Leiden zu lindern und Angst zu nehmen, um damit ein selbstbestimmtes, würdevolles Lebensende zu ermöglichen, ist Inhalt des ärztlichen Auftrages.“

In seiner Entschliefung geht der Deutsche Ärztetag noch weiter. Er lehnt nicht nur die gesetzliche Zulassung aktiver Sterbehilfe ab, er zeigt auch andere Wege auf: „Forderungen nach Tötung auf Verlangen finden vor allem dadurch Nahrung, dass es Defizite bei der Betreuung und Begleitung Sterbender gibt ... Das wichtigste Argument gegen aktive Sterbehilfe ist: Es geht auch anders! ... Der 104. Deutsche Ärztetag setzt sich dafür ein, die Voraussetzungen für eine weitere Verbreitung und Anwendung der Erkenntnisse der Palliativmedizin zu verbessern. Dazu zählen auch eine Intensivierung palliativmedizinischer Forschung und ein höherer Stellenwert der Palliativmedizin in der Ausbildung der Ärzte. Auch in der Ausbildung der Pflegeberufe muss die Palliativmedizin integriert werden.“ Dies entspricht in vollem Umfang der Position der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Darüber hinaus weist der Deutsche Ärztetag darauf hin, dass in Deutschland die meisten Menschen noch in Krankenhäusern sterben und das durch die Einführung eines neuen Vergütungssystems im stationären Sektor (DRG) eine menschenwürdige und damit zeit- und personalintensive Sterbebegleitung durch fachkundiges Personal noch weiter gefährdet wird. Schließlich wird „über die Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung im Krankenhaus hinaus auch die weitere Förderung und finanzielle Sicherstellung ambulanter und stationärer Hospizarbeit“ gefordert. Der 104. Deutsche Ärztetag stellt abschließend fest: „Der Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden ist ein Gradmesser dafür, wie human eine Gesellschaft ist!“

Mit seiner Stellungnahme hat der Deutsche Ärztetag in eindeutiger Weise auch viele der Forderungen aufgegriffen, die von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin schon seit vielen Jahren erhoben werden, um die Versorgung unheilbar schwerkranker und sterbender Menschen zu verbessern. So erfreulich das Votum des Ärztetages einerseits ist, so betrüblich sind jedoch vielfach die Entwicklungen in der Praxis, wo palliativmedizinisch tätige Modellprojekte trotz erfolgreicher Arbeit voraussichtlich nicht weiter finanziert werden bzw. eine Würdigung palliativmedizinischer Expertise in den ärztlichen Gebührenordnungen keinen Platz findet.

Beispielhaft sei auf das Schicksal dreier Modellprojekte hingewiesen, die nicht nur vor Ort, sondern auch in Fachkreisen – weit über die Landesgrenzen hinaus – Anerkennung gefunden haben. Alle drei Projekte konnten im Laufe ihrer Tätigkeit belegen, daß die häusliche Versorgung Schwerkranker und Sterbender erheblich verbessert werden kann, wenn durch eine palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Beratung alle an der Versorgung Beteiligten (v.a. Hausärzte und Pflegedienste) in ihrer Kompetenz gestärkt werden. Insbesondere konnte die Rate der in der vertrauten häuslichen Umgebung sterbenden Krebspatienten von normalerweise 30 % auf 60-70 % gesteigert werden. Es konnte die Versorgungsqualität verbessert werden und es gelang der Nachweis, daß die Kosten einer solchen zusätzlichen Beratungs- und Betreuungstätigkeit keinesfalls höher liegen als bei einem – ohne Unterstützungssystem - notwendig werdenden Krankenhausaufenthalt, zum Teil sogar deutlich darunter liegen. Dennoch sieht es zur Zeit so aus, daß alle drei Projekte ihre Arbeit Mitte diesen Jahres endgültig einstellen müssen.

Das Projekt SUPPORT (Suedniedersächsisches Projekt zur Qualitätssicherung der palliativmedizinisch orientierten Versorgung von Patienten mit Tumorschmerzen) in Göttingen und das Projekt Krebschmerz-Initiative Mecklenburg-Vorpommern in Greifswald wurden von 1996 bis 2000 vom Bundesgesundheitsministerium im Rahmen des Modellprogramms zur besseren Versorgung von Krebspatienten gefördert. Beide Projekte boten sektorenübergreifend die Expertise sogenannter „Palliative Care Teams“ (PCT) an, die aus fachkundigen ÄrztInnen und erfahrenem Pflegepersonal bestanden. Darüber hinaus wurden von beiden Projekten Fortbildungsmaßnahmen organisiert und die Arbeit in Qualitätszirkeln gefördert. Durch eine umfangreiche Dokumentation konnten Daten erhoben werden, die sowohl einen Blick auf die reale Versorgungssituation schwerkranker Menschen im ambulanten Sektor erlauben als auch den günstigen Einfluß der PCTs belegen. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in der Arbeit des „Palliativmedizinischen Konsiliardienst für Berliner Hausärzte“ (PKD), der ein Beratungs- und Fortbildungsangebot ausschließlich für Hausärzte darstellte und für einen Zeitraum von zwei Jahren (4/1999-3/2001) u.a. mit EU-Mitteln gefördert wurde.

Trotz der überzeugenden Arbeit der drei Projekte konnten sich die Krankenkassen weder in Niedersachsen, noch in Mecklenburg-Vorpommern und auch nicht in Berlin bisher dazu durchringen, die genannten Modellprojekte nach Ablauf der Förderzeiträume weiter zu finanzieren. Alle drei Projekte müssen ihre Arbeit deshalb voraussichtlich bis zum 30. Juni 2001 einstellen. Vor dem Hintergrund der auf dem Deutschen Ärztetag formulierten Appelle ist der in der realen Gesundheitspolitik zu erlebende Umgang mit Projekten und Modellen, die nachweislich zu einer erheblichen Verbesserung in der häuslichen Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen beitragen konnten, ein Skandal. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin appelliert deshalb nachdrücklich an alle Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, die Entwicklung von Palliativmedizin und Hospizarbeit durch konkrete Handlungen zu unterstützen. (26.06.2001)