



Aktualisierung der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin/Pädiatrische Palliativmedizin -

Stellungnahme der DGP mit Unterstützung der DEGAM

Stand: 20.08.2024

Einleitung

Der 128. Deutsche Ärztetag hat die Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 mit der Einführung der Kategorien C1-C3 für die Zusatzweiterbildungen beschlossen. Das bedeutet, dass die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin in die neue Systematik eingeordnet werden muss. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) nimmt dazu wie folgt Stellung:

C3 Zusatzweiterbildung Palliativmedizin/Pädiatrische Palliativmedizin

Die aktuelle Zusatzweiterbildung Palliativmedizin besteht aus 40 Stunden Kursweiterbildung und 120 Stunden Fallseminaren. Seit 20 Jahren findet parallel zur curricularen Weiterbildung in Palliativmedizin für Erwachsene eine solche mit dem Fokus auf Kinder- und Jugendliche statt. Nach der neuen Systematik sind die Zusatzweiterbildungen Palliativmedizin/Pädiatrische Palliativmedizin der Kategorie C3 zuzuordnen, wenn die alternativen 6 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten bzw. die Tätigkeit gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis gestrichen werden.

Die Einordnung der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin/Pädiatrische Palliativmedizin auf C3-Niveau würde zu einer weiteren Stärkung der Palliativversorgung führen, da sie für niedergelassene Ärzt:innen, aber auch Ärzt:innen im Krankenhaus, die schwerkranke und sterbende Menschen betreuen, im Rahmen der insgesamt 160 Stunden Kurs berufsbegleitend, ohne vorgegebene Weiterbildungszeiten und so auch ohne Anbindung an eine:n Weiterbildungsbefugte:n erworben werden kann. Diese Zusatzweiterbildung steht allen Fachgebieten der unmittelbaren Patientenversorgung offen.

Die Palliativversorgung von schwerkranken Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich hinsichtlich des Erkrankungs- und Patient:innenspektrums grundlegend von der Palliativversorgung Erwachsener, so dass die für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen notwendigen Kompetenzen mit einer eigenen Qualifikation zu verbinden sind. Für Ärzt:innen, die vornehmlich oder ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgen und die Gebietsbezeichnungen in der „Kinder- und Jugendmedizin“, „Anästhesiologie“, „Allgemeinmedizin“ oder „Kinder- und Jugendchirurgie“ tragen, steht ein von der DGP zertifiziertes, multiprofessionelles Curriculum zur Verfügung, das die Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt und den Vorgaben des Kursbuchs Palliativmedizin der BÄK folgt.

Die DGP empfiehlt, je nach Tätigkeitsbereich im Rahmen der Zusatzbezeichnung auf C3 Niveau zwischen den Kursangeboten/Inhalten der Erwachsenen- und Kinderpalliativmedizin wählen zu können.

C1 Zusatzweiterbildung Spezielle Palliativmedizin / Spezielle pädiatrische Palliativmedizin

Für Ärzt:innen, die vertiefte Kenntnisse und praktische Erfahrungen und Fertigkeiten in der Palliativmedizin erwerben möchten und schwerpunktmäßig in der Palliativmedizin tätig sein wollen, soll eine neue Zusatzweiterbildung „Spezielle Palliativmedizin / Spezielle pädiatrische Palliativmedizin“ auf C1-Niveau beantragt werden. Diese soll allen Fachgebieten der unmittelbaren Patientenversorgung offenstehen.

Der Erwerb der Zusatzbezeichnung „Spezielle Palliativmedizin / Spezielle pädiatrische Palliativmedizin“ soll kompetenzorientiert unter Supervision eines/einer Weiterbildungsbefugten stattfinden.

Die folgenden Gründe sprechen für die Einführung einer Zusatzweiterbildung „Spezielle Palliativmedizin / Spezielle pädiatrische Palliativmedizin“:

1. **Zunehmende Komplexität der Patient:innensituationen:** Mit zunehmender Lebenserwartung, längeren Krankheitsverläufen, neuen Therapiemöglichkeiten und der zunehmenden Umsetzung der zeitgerechten Integration der Palliativversorgung wird die Betreuung multimorbider Patient:innen am Lebensende immer komplexer. Die Versorgungsrealität umfasst die Behandlung von Patient:innen mit nicht-onkologischen Erkrankungen (z.B. COPD, chronische Herzinsuffizienz, neurologische oder psychiatrische Erkrankungen) und onkologische Patient:innen mit längerem Überleben und komplexeren Behandlungsmethoden, einer höheren Symptomlast und umfangreicheren ethischen Fragestellungen. In der pädiatrischen Palliativversorgung erfordern die dort versorgten Kinder und Jugendlichen mit Seltenen Erkrankungen eine besondere Expertise. Komplexere Behandlungsmethoden, steigende Symptomlast und die Komplexität der Erkrankungen bedürfen spezialisierter Expertise in entsprechend spezialisierten Strukturen.
2. **Die S3 Leitlinie Palliativmedizin** beschreibt eine Unterteilung in allgemeine und spezialisierte Palliativmedizin und fordert für die Qualifikation im spezialisierten Bereich:¹ „Spezialisierte palliativmedizinische Kenntnisse, Haltungen und Fertigkeiten mit praktischer Erfahrung, die eine Spezialisierte Palliativversorgung (SPV) ermöglichen; erlangt durch eine mehrjährige Aus-, Fort- oder Weiterbildung in der SPV mit der Erlangung von theoretischem Wissen (z.B. durch Aufbaukurse) und einer mindestens einjährigen praktischen Tätigkeit in der SPV (Berufserfahrung in der SPV).“ Für die Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen müssen diese Qualifikationen in pädiatrischen Einrichtungen erworben werden. Eine Kernkompetenz der Spezialisierten Palliativversorgung (SPV) / Spezialisierten Pädiatrischen Palliativversorgung (SPPV) ist die Multiprofessionalität, deren Relevanz nur in einem multiprofessionellen Team erfahrbar ist.
3. **Krankenhausstrukturreform mit Leistungsgruppe Palliativmedizin:** Im Rahmen der Krankenhausstrukturreform wurde eine Leistungsgruppe (LG) Palliativmedizin eingeführt, die sich am OPS-Code 8-98e für Palliativstationen für Erwachsene oder Kinder/Jugendliche orientiert, wobei für Erwachsene als Mindestvoraussetzung die LG Allgemeine Innere Medizin gilt, für Kinder/Jugendliche die LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin. Auch in den Auswahlkriterien wurden spezifische pädiatrische LG berücksichtigt. Als fachliche Behandlungsleitung ist vom OPS-Code 8-98e ein:e Fachärzt:in mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatient:innen gefordert. Allerdings hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass die Formulierung „6-monatige Erfahrung“ viel Interpretationsspielraum zulässt, dem durch eine strukturierte Weiterbildung auf C1-Niveau effektiv begegnet werden könnte.

4. **Steigender Bedarf für SPV/SPPV:** Der Bedarf für SPV und entsprechende Fachexpertise wird auf 30–45% der Patient:innen, die Palliativversorgung am Lebensende bedürfen, geschätzt.^{3, 4} Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung, sowie des technischen Fortschrittes am Lebensanfang und -ende, und bei schweren Seltenen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter wird der Bedarf an SPV/SPPV in absoluten Zahlen in den nächsten Jahren weiter deutlich steigen. Als vergleichsweise junge Disziplin hat die Palliativmedizin ein hohes Niveau an Wissenschaftlichkeit und Evidenzbasierung erreicht. Der Anspruch, dieses zu erhalten und auszubauen, wird ohne Weiterentwicklung in der Weiterbildung nicht erfüllbar sein.
5. **Aufgaben für SPV/SPPV:** Neben der Begleitung von Patient:innen und deren Angehörige (in der Pädiatrie insbesondere Eltern und Geschwistern) in komplexen Krankheitssituationen sind die Aus-, Fort- und Weiterbildung in Palliativmedizin, Nachwuchsförderung, Forschung, Kapazitätsbildung für Mitarbeitende im Gesundheitswesen und Zugangssicherung zu adäquater Palliativversorgung weitere wichtige Aufgaben für SPV/SPPV.²
6. **Assistierter Suizid/Suizidprävention:** Aufgrund des Bundesverfassungsgerichtsurteils 2020 mit Streichung des § 217 Strafgesetzbuch ist mit einer steigenden Anzahl an Anfragen zur Suizidassistentz zu rechnen. Viele dieser Anfragen kommen von schwerkranken Menschen in Palliativsituationen, die zunächst gute Palliativversorgung im Sinne einer Suizidprävention brauchen. Es ist bekannt, dass der Umgang mit Todes- und Suizidassistentzwünschen auch für Mitarbeitende im Gesundheitswesen herausfordernd ist und einer besonderen Expertise bedarf.
7. **Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland:**⁵ In den von der Bundesärztekammer, dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin verantworteten Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der Charta im Rahmen einer nationalen Strategie wird eine palliativmedizinische Spezialisierung auf höchstem Niveau (analog Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR) Level 5-8) gefordert. Diese Forderung entspricht einer Verortung der Weiterbildung in der geplanten Kategorie C1.
8. **Kooperation mit anderen Fachbereichen:** Der Bedarf an spezialisierter palliativmedizinischer/palliativpädiatrischer Erfahrung und Expertise wird zunehmend auch in nicht-onkologischen Fachgebieten gefordert, z.B. im Grenzbereich zu Intensiv- und Notfallmedizin^{6 7 8}, Neurologie⁹, Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Geriatrie, Psychiatrie, Neonatologie/Geburtshilfe, Neuropädiatrie. Insbesondere in der Intensiv- und Notfallmedizin ist palliativmedizinische Expertise eine relevante Kompetenz zur Vermeidung von Übertherapie am Lebensanfang und -ende. Die Bereitschaft, die Mitverantwortung für Therapieentscheidungen und -begrenzungen zu tragen, bedarf spezieller klinischer Expertise und ist nicht in einer rein curricularen Weiterbildung erlernbar.
9. **Anpassung an internationale Entwicklung:** Im europäischen und internationalen Ausland sind höhergradige Qualifikationen für spezialisierte Palliativmedizin, z.B. im Rahmen von 2- bis 3-jährigen Zusatzbezeichnungen Palliativmedizin (Schweiz, Dänemark, Kanada) oder auch Facharztweiterbildungen (UK, Polen, Italien, Australien) üblich. Die Zusatzbezeichnung auf C1-Niveau wäre ein Schritt in Richtung eines Angleichs an die internationale Entwicklung.
10. **Politische Entwicklung:** Durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) aus dem Jahr 2015 wurde der § 27 SGB V dahingehend erweitert, dass die Krankenbehandlung auch die palliative Versorgung der Versicherten umfasst. Der daraus resultierende Rechtsanspruch kann nur umgesetzt werden, wenn

sowohl im Bereich der allgemeinen als auch der spezialisierten Versorgung ausreichende Qualifizierungsmöglichkeiten geschaffen werden. Des Weiteren wird im HPG der Ausbau und die Weiterentwicklung von multiprofessionellen Palliativdiensten im Krankenhaus gefordert, der dem Bereich der SPV zuzuordnen ist. Die beiden Bundesrahmenverträge für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche verdeutlichen auf politischer Ebene die hohen Anforderungen an die SAPV, aber auch die Unterschiede in den Bedarfen und der Umsetzung für Erwachsene- bzw. für Kinder- und Jugendliche, die sich zudem im §37b SGB V und §1 (4) der Richtlinie zur SAPV des GBA widerspiegeln.

Zusammenfassend sprechen der steigende Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung, aber auch an wissenschaftlicher Weiterentwicklung, die zunehmende Aufgabenvielfalt durch zeitgerechte Integration und Vernetzung mit anderen Fachbereichen und die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen für eine Stärkung der palliativmedizinischen/palliativpädiatrischen Weiterbildung in die Breite (C3) und in die Tiefe (C1).

Literatur

1. Leitlinienprogramm Onkologie. *Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung*. 2019. Onkologie Leitlinienprogramm.
2. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet* 2022; 399: 837-884. 20220201. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02314-X.
3. Palliative Care Australia. *Background Report to the Palliative Care Service Development Guidelines*. 2018. Melbourne: prepared by Aspek Consulting.
4. Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland, Consultant Nurse in Palliative Care Reference Group, Marie Curie Cancer Care, et al. *Commissioning Guidance for Specialist Palliative Care: Helping to deliver commissioning objectives*. 2012. London: Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland.
5. Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und Deutscher Hospiz- und Palliativverband. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, <https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de>.
6. Michels G, John S, Janssens U, et al. [Palliative aspects in clinical acute and emergency medicine as well as intensive care medicine : Consensus paper of the DGIIN, DGK, DGP, DGHO, DGfN, DGNI, DGG, DGAI, DGINA and DG Palliativmedizin]. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2023; 118: 14-38. 20230607. DOI: 10.1007/s00063-023-01016-9.
7. Hauch H, El Mohaui N, Wolff JEA, et al.: Out-of-Hospital Emergencies in Children Under Palliative Home Care. *Front Pediatr*. 2021 Dec 22;9:734181. doi: 10.3389/fped.2021.734181. PMID: 35004533; PMCID: PMC8727697.
8. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. *Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung*. 2023. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
9. Ploner CJ and Rolke R. *Palliativmedizinische Versorgung neurologischer Erkrankungen, S2k-Leitlinie*. 2023.