

Ärzte fordern neuen Rahmen für die ambulante Palliativversorgung

Der Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung kommt weiter nur schleppend voran. Ein Hindernis ist die gesetzliche Vorgabe, wonach die Palliativ-Care-Teams aus Ärzten, Pflegenden und weiteren Berufsgruppen mit den Krankenkassen Einzelverträge abschließen müssen.

von **Bülent Erdogan-Griese**

Der 114. Deutsche Ärztetag hat Gesetzgeber und Krankenkassen zu einem Umdenken beim Aufbau spezialisierter ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen (SAPV) aufgefordert. Statt wie bislang auf Einzelverträge zwischen Palliativ-Care-Teams und Krankenkassen zu setzen, müsse der Gesetzgeber bei der SAPV kassenübergreifende Verträge zur Regel machen oder aber eine gemeinsame Vertragswelt von allgemeiner ambulanter Palliativversorgung (AAPV) und SAPV ermöglichen, so die Delegierten des Ärztetages.

Seit 2007 haben schwerstkranke und sterbende GKV-Versicherte nach §§ 37b und 132d SGB V einen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung, die es ihnen ermöglichen soll, die Sterbephase zu Hause zu verbringen, wenn dies medizinisch möglich und gewünscht ist. Dazu sollen bundesweit bis zu 330 SAPV-Teams aufgebaut werden, aktuell sind es rund 150. Die SAPV soll dabei die insbesondere durch Hausärztinnen und -ärzte geleistete allgemeine ambulante Palliativversorgung nicht ersetzen, sondern flankieren. Bislang versterben rund 70 Prozent aller Patienten in Klinik oder Hospiz. Palliativmediziner hoffen, dass sich diese Quote mit dem Ausbau der SAPV deutlich senken lässt.

Die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgesehene Lösung mit SAPV-Einzelverträgen, hohen fachlichen und organisatorischen Anforderungen an die SAPV-Teams sowie Hürden bei der Finanzierung machen die Umsetzung des Anspruches immer wieder zu einer Herausforderung. So müssen Palliativärzte derzeit mindestens



Professor Dr. Friedemann Nauck, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: Sterbende Patienten haben Anspruch auf eine flächendeckende Palliativversorgung, die ihren Bedürfnissen gerecht wird. Foto: DGP

51 Prozent ihrer Gesamtarbeitszeit der Tätigkeit im SAPV-Team widmen. Finanziell ist das aber nur schwer darstellbar.

Professor Dr. Friedemann Nauck (Göttingen), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, forderte vor dem Ärzteparlament deshalb eine verlässliche Finanzierung der Tätigkeit der SAPV-Teams sowie von klinischen Palliativstationen. Nauck zufolge wird es für einen nachhaltigen Aufbau der palliativmedizinischen Versorgung auch darauf ankommen, vorhandene und noch zu schaffende ambulante und stationäre Angebote in einem multiprofessionellen Ansatz stärker zu vernetzen. Sterbende Patienten hätten einen Anspruch auf eine flächendeckende Versorgung, die ihren Bedürfnissen gerecht werde. Nauck forderte die Träger aller größeren Akutkrankenhäuser dazu auf, palliativmedizinische Konsiliardienste aufzubauen. Notwendig sei zudem die Einrichtung von Lehrstühlen für Palliativmedizin an allen 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland und eine öffentliche Förderung von Wissenschaft und Forschung in diesem Bereich. Positiv bewertet Nauck, dass Palliativmedizin seit 2009 zum Pflichtlehrfach in der universitären Ausbildung gehört und ab 2013/2014 Prüfungsinhalt sein wird.

Nein zum ärztlich assistierten Suizid

In einer von gegenseitigem Respekt geprägten Debatte beschlossen die 250 Delegierten eine Konkretisierung des § 16 (Muster-)Berufsordnung (MBO) zum ärztlichen Beistand für Sterbende. Im geänderten Paragraphen heißt es nun: „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.“ Die Neufassung trägt den seit September 2009 in § 1901a BGB in Kraft getretenen Regelungen zu Patientenverfügungen Rechnung und nimmt ausdrücklich Bezug auf das strafrechtliche Verbot der Tötung auf Verlangen. In der bisherigen Fassung des § 16 (siehe Kasten unten) war ein ausdrückliches Verbot der ärztlichen Suizidbegleitung nicht enthalten.

Einige Delegierte hatten im Verlauf der Debatte darauf gedrungen, auf ein solches Verbot auch künftig zu verzichten. Der bayerische Delegierte Dr. Christoph Emminger schlug mit weiteren Kollegen vor, als vierten Satz anzufügen: „Ärztlicher Beistand kann in dieser Situation jedoch geboten sein.“ Demgegenüber erklärte Dr. Dieter Mitrenga (Köln), Vorsitzender der Weiterbildungsgruppen der Ärztekammer Nordrhein: „Der Arzt ist auf das Leben hin ausgerichtet.“ Ihm sei wichtig, dass vom Deutschen Ärztetag in Kiel das Signal ausgehe: „Ganz gleich bei wem, der Arzt tritt nie als Tötender auf.“ Am Ende stimmte die große Mehrheit der Delegierten dem Vorschlag des Vorstandes der Bundesärztekammer zu.

Ärztlicher Beistand für Sterbende (§16 (Muster-)Berufsordnung)

Bisherige Fassung: Ärztinnen und Ärzte dürfen – unter Vorrang des Willens der Patientin oder des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben der oder des Sterbenden nicht aktiv verkürzen. Sie dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patientin oder des Patienten stellen.

Beschluss des 114. Deutschen Ärztetags am 1. Juni 2011 in Kiel: „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.“