

Stellungnahme der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* zur  
**Einführung einer neuen ärztlichen Gebührenordnung im ambulanten Sektor**  
**(EBM 2000 plus)**

---

Es besteht breiter Konsens unter den politischen Entscheidungsträgern darüber, dass Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland sehr viel nachdrücklicher als bisher unterstützt und gefördert werden sollen – was nicht zuletzt auch im Zusammenhang mit den gesetzgeberischen Aktivitäten in den Niederlanden und in Belgien immer wieder betont wurde. Um die Versorgungsqualität schwerstkranker und sterbender Menschen gerade auch im ambulanten Sektor zu verbessern, haben sich in diesem Sinne wiederholt der Bundespräsident, der Deutsche Ärztetag, die gesundheitspolitischen Sprecher aller im Bundestag vertretenen Parteien, das Bundesgesundheitsministerium, die Bundestagsenquete-Kommissionen „Demographischer Wandel“ und „Recht und Ethik in der modernen Medizin“, die Gesundheitsministerkonferenz sowie der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geäußert.

Die Praxis hinkt den richtigen und wichtigen Forderungen bisher leider allzu oft noch hinterher – gerade auch in Deutschland. Zwar gibt es erfreuliche Ansätze, jedoch können diese Fortschritte im Kleinen nicht darüber hinweg täuschen, dass wir von einer guten und flächendeckenden, palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland sowohl im stationären wie auch im ambulanten Sektor noch weit entfernt sind.

Durch die engagierte Tätigkeit im Rahmen mehrerer Modellprojekte konnte seit Mitte der 90er Jahre auch in Deutschland wiederholt belegt werden, dass sich – unter bestimmten Bedingungen – die palliativmedizinische Versorgungsqualität schwerstkranker und sterbender Menschen erheblich steigern lässt und damit auch sehr viel mehr Menschen zu Hause sterben können als dies normalerweise üblich ist. Als wesentlich für diese Entwicklung haben sich vor allem zwei Voraussetzungen erwiesen: die Unterstützung der Primärbehandler (meist sind es die Hausärzte) durch spezialisierte Palliativdienste, in denen palliativmedizinische und palliativpflegerische Expertise jederzeit abrufbar ist, sowie selbstverständlich auch eine entsprechende Honorierung aller diesbezüglichen Bemühungen.

Die palliativmedizinische Versorgung Schwerstkranker und Sterbender spielte bisher weder in der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) noch im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eine Rolle. Sie kam im ambulanten Sektor sozusagen gar nicht vor. Das diese sehr zeit- und betreuungsintensive Tätigkeit, durch die in vielen Fällen Krankenhauseinweisungen am Lebensende überflüssig werden, auch im neuen EBM 2000 plus (der Anfang nächsten Jahres anstelle des alten EBM eingeführt werden soll) nicht durch eine eigene Leistungslegende

und eine damit verbundene adäquate Honorierung gewürdigt wird, ist aus unserer Sicht ein schweres Versäumnis. Dieses Versäumnis wird zudem gerade auf dem Rücken derjenigen Ärzte ausgetragen, die sich überdurchschnittlich häufig der Schwerkranken und Sterbenden annehmen. Und dies sind nicht nur Hausärzte, sondern in vielen Fällen auch engagierte Fachärzte (meist Anästhesisten mit schmerztherapeutischer Kompetenz und Onkologen), die in eigener Niederlassung oder auch als ermächtigte Krankenhausärzte tätig sind, Hausärzte beraten und nicht selten auch für Stationäre Hospize erste Ansprechpartner bei der ärztlichen Versorgung sind.

Die *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)* hatte im Zusammenhang mit der Entwicklung des neuen EBM 2000 plus schon im November 2000 auf die hier skizzierte Problematik hingewiesen (vgl. DGP-Stellungnahme 11/2000) und dringend um Abhilfe gebeten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte daraufhin in einem Antwortschreiben darauf hingewiesen, dass im neuen EBM 2000 plus in der Tat „die Sterbebetreuung alleine dem Hausarzt vorbehalten ist“ und auf die Möglichkeit der Abrechnung der Gebührenziffer 328 („Betreuung eines Moribunden“) hingewiesen, die in etwa der bisherigen Gebührenordnungsposition 20 entspricht. Die „Betreuung eines Moribunden“ – eine Aufgabe, die immer schon Teil der hausärztlichen Tätigkeit war und auch bleiben soll (und zwar bei jedem Sterbenden!) – kann jedoch nicht von vornherein gleich gesetzt werden mit einer qualifizierten palliativmedizinischen Betreuung, die unseres Erachtens bei einem Viertel aller Krebssterbefälle und bei etwa 10 % aller anderen Sterbefälle notwendig wäre.

Durch die neue EBM-Konstruktion wird ein wesentliches Element palliativmedizinischer Tätigkeit, nämlich das Denken und Handeln in multiprofessionellen und interdisziplinären Zusammenhängen, erheblich erschwert. Gerade durch die Erfahrungen und Ergebnisse der palliativmedizinischen Modellprojekte wissen wir aber, wie wichtig palliativmedizinische Expertise am Lebensende ist und dass auch die meisten Hausärzte, die sich intensiver mit der Thematik beschäftigen und in der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender besonders engagiert sind, palliativmedizinische Unterstützungssysteme zu schätzen wissen und sich deren Etablierung mehrheitlich wünschen. Auch Sektoren und Berufsgruppen übergreifenden Angebotsformen wird in diesem Zusammenhang zukünftig eine große Bedeutung zukommen müssen.

Im Interesse einer verbesserten Versorgungsqualität von schwerstkranken und sterbenden Menschen im ambulanten Sektor hoffen wir darauf, dass der Palliativmedizin in den noch anstehenden Beratungen und Verhandlungen vor der Verabschiedung des endgültigen EBM 2000 plus doch noch der unverzichtbare Platz zukommt, der ihr inzwischen nicht nur von Berufs- und Fachverbänden, sondern auch von der Politik immer häufiger eingeräumt wird.

(6.Juni 2002)