

Stellungnahme der „Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“ zum

Entwurf des EBM 2000 plus

Die „Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin“ (DGP) setzt sich für eine Verbesserung der „Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung ein. Durch eine ganzheitliche Behandlung soll Leiden umfassend gelindert werden, um dem Patienten und seinen Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung zu helfen und ihm eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen“ (Artikel 2 der DGP-Satzung). Ein wesentlicher Faktor für eine möglichst gute Lebensqualität in dieser Zeit ist die Möglichkeit, in den letzten Lebenswochen und –tagen zu Hause bleiben zu können – was sich auch die meisten Menschen wünschen. Voraussetzung dafür ist allerdings eine gute medizinische und pflegerische Versorgung im ambulanten Sektor, insbesondere eine optimale Schmerztherapie und Symptomkontrolle.

Ein wesentlicher Bestandteil des palliativmedizinischen Ansatzes ist die Überzeugung, daß multiprofessionelles und interdisziplinäres Arbeiten häufig erst die Voraussetzung für eine gelungene Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen ist – im stationären, genauso wie im ambulanten Sektor. Multiprofessionalität bedeutet in diesem Zusammenhang v.a. die enge Zusammenarbeit von ärztlichem und pflegerischem Dienst, während Interdisziplinarität darauf hinweist, daß es in der Betreuung dieser Patienten auch innerhalb der ärztlichen Profession oft der unterschiedlich gewichteten Expertise bedarf. Auf den Palliativstationen in den Krankenhäusern wird dieser Teamgedanke aus gutem Grund sehr ernst genommen und egal, ob die fachliche Leitung der Anästhesie, der internistischen Onkologie, der Strahlentherapie oder der Chirurgie obliegt – immer wird man auf enge Absprachen mit den anderen Disziplinen bedacht sein.

Nicht anders sollte es im ambulanten Sektor sein, wo die gleichen Patienten auf ebenso hohem fachlichen Niveau versorgt werden müssen, will man den politisch gewollten Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch für Schwerkranken und Sterbende immer häufiger in die Tat umsetzen. Einige (leider nur wenige) innovative Projekte haben in Deutschland in den letzten Jahren sehr deutlich machen können, daß schwerkranken und sterbenden Menschen zu einem hohen Prozentsatz auch zu Hause optimal versorgt werden können – wenn die entsprechenden Strukturen dafür geschaffen werden: Multiprofessionalität und Interdisziplinarität sind auch hier unverzichtbar. Für den ärztlichen Bereich heißt das, dass neben der selbstverständlichen Betreuung durch die Hausärzte auch die verschiedenen Fachdisziplinen (v.a. Anästhesie und Onkologie) in die Versorgung der Schwerkranken und Sterbenden mit einzubeziehen sind.

Wir sehen deshalb mit Sorge, daß es im Vorfeld der Etablierung eines neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM 2000 plus) zu zunehmenden Auseinandersetzungen zwischen den einzelnen ärztlichen Fachgruppen darüber kommt, welche Fachgruppe welche Leistung in Zukunft erbringen und somit auch abrechnen darf. Da sich über die Honorierung ärztlicher Leistungen im ambulanten Sektor auch Versorgungsstrukturen beeinflussen lassen, möchten wir mit allem Nachdruck darauf hinweisen, von welcher hoher Bedeutung für die häusliche Versorgung es ist, auch den Schwerkranken und Sterbenden jederzeit die nötige Expertise zukommen zu lassen. Nicht nur den Bedürfnissen der meisten Menschen nach einem Sterben im vertrauten Umfeld wird damit entsprochen, sondern es werden durch die Förderung palliativmedizinischer Angebotsstrukturen krankenhausersetzende Leistungen möglich, die gesundheitsökonomisch durchaus relevant sind.

In dem uns vorliegenden Entwurf des neuen EBM 2000 plus werden die ärztlichen Leistungen eingeteilt in hausärztliche und fachärztliche Leistungen. Die oft sehr zeitintensive Versorgung schwerkranker und moribunder Patienten wird in diesem Zusammenhang als alleinige hausärztliche Aufgabe verstanden. Die Bewertung der entsprechenden Ziffer (328) in der hausärztlichen Versorgungsebene fällt dabei mit 1685 Punkten niedriger aus als die bisher geltende Ziffer 20 (900 Punkte). Diese war immerhin zweimal ansetzbar, während die neue Ziffer nur „einmal im Krankheitsfall“ abgerechnet werden darf. (In diesem Zusammenhang muß auch die bittere Frage erlaubt sein, ob der sterbende Mensch plötzlich weniger wert ist?) Der so wichtige Zeitfaktor wird immerhin mit der neuen Beratungsleistung (Ziffer 320) aufgegriffen und die Versorgung Pflegebedürftiger in ihrer häuslichen Umgebung durch die Ziffern 322-324. Auch diese sollen allerdings nur für Hausärzte berechnungsfähig sein, so daß eine fachärztliche Betreuung Schwerkranker und Sterbender in deren häuslichem Umfeld über fehlende Abrechnungsmöglichkeiten quasi unmöglich gemacht wird.

In der Realität sind es aber nicht selten gerade palliativmedizinisch orientierte internistische Onkologen oder Anästhesiologen die sich neben den Hausärzten mit viel Engagement nicht nur der häuslichen Versorgung Schwerstkranker widmen, sondern auch eine qualitativ hochwertige Betreuung in vielen stationären Hospizen (die ja zum ambulanten Sektor gehören) sicherstellen. Zumindest niedergelassene Anästhesisten und Onkologen sollten dementsprechend die Möglichkeit bekommen, ihre Fachkompetenz auch am Lebensende einzubringen – was im übrigen auch von vielen Hausärzten im besten Sinne eines interdisziplinären Ansatzes geschätzt wird.

Die Verabschiedung des EBM 2000 plus in seiner jetzigen Fassung gefährdet somit eine gute Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen im ambulanten Sektor. Insbesondere vor dem Hintergrund der beabsichtigten Einführung von DRG's in den Krankenhäusern und der dadurch zu erwartenden schnelleren Entlassung gerade auch schwerkranker und sterbender Menschen in ihr häusliches Umfeld wird die Ausgrenzung fachärztlich-palliativmedizinischer Expertise zu erheblichen Versorgungslücken führen. Leidtragende werden viele Schwerkranke und Sterbende sein, die trotz großen hausärztlichen Engagements eine umfassende Versorgungsstruktur benötigen, damit ein friedliches Sterben in vertrauter Umgebung gewährleistet werden kann. (29.10.2000)