

Stellungnahme der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)*
zum GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)

Mit den Stimmen von SPD, CDU/CSU und Bündnis90/Die Grünen hat der Bundestag Ende 2003 das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) verabschiedet. Ob die mit vielen Erwartungen verbundene Gesetzesnovellierung ihre Ziele erreichen wird, bleibt abzuwarten. Eine erste Analyse der Gesetzespassagen, die für die Entwicklung der Palliativmedizin relevant sein könnten, fällt jedoch enttäuschend aus.

In dem - mit Begründung – ursprünglich 471 Seiten langen Gesetzestext kommt das Wort Palliativmedizin lediglich ein einziges Mal vor: Im Verlauf der Begründung zum neuen § 73b SGB V („Hausarztzentrierte Versorgung“) wird es beispielhaft bei der Aufzählung von möglichen Fortbildungsinhalten genannt. Im eigentlichen Gesetzestext steht es nicht – ein trauriger Kontrast zu der Häufigkeit und der Wertschätzung, mit der die Palliativmedizin inzwischen in den so genannten Sonntagsreden der Politiker auftaucht. Entgegen der parteiübergreifend immer wieder betonten Bedeutung der Palliativmedizin - gerade auch als ernst zu nehmender Gegenentwurf zu Bestrebungen der Legalisierung aktiver Sterbehilfe – ist eine große Chance vertan worden, die Palliativmedizin im Sozialgesetzbuch V so zu verankern, dass sie auch wirklich flächendeckend auf hohem Niveau angeboten wird und die größte Not der Menschen am Lebensende lindern kann.

Die eher geringe Bedeutung, die der Palliativmedizin in realen Gesetzestexten bisher zukommt, zeigt sich auch daran, dass im § 11 SGB V zwar unverändert Prävention, Kuration und Rehabilitation als Leistungsarten der Gesetzlichen Krankenversicherung genannt werden, man die Palliation aber weiterhin vergebens sucht. Dies deckt sich mit den Erfahrungen in vielen Gesprächen mit den Vertretern der Kostenträger: „Was nicht im Sozialgesetzbuch steht“, hören wir häufig, „muss auch nicht finanziert werden.“ In der Praxis führt diese Konstellation schließlich immer wieder dazu, dass auch erfolgreich arbeitende Modellprojekte nach Ablauf der Modellphase nicht in die Regelversorgung übernommen werden und ihre Arbeit einstellen müssen – egal, mit wie viel Engagement die Projekte betrieben wurden, egal, ob mögliche Einsparreserven aufgezeigt werden konnten und egal auch, wie hoch der Wert der Projekte von ihren Nutzern (Patienten, Angehörigen, aber auch niedergelassenen Ärzten und Pflegediensten) eingestuft wurde (in der Regel sehr hoch).

Eine ähnliche Problematik zeigt sich seit einiger Zeit bei der Einführung des DRG-Systems zur Krankenhausfinanzierung. Da palliativmedizinische Leistungen im DRG-System bisher nicht abgebildet werden können, wird sich das Betreiben von Palliativstationen für Krankenhausträger als defizitär herausstellen und die Existenz der Palliativstationen gefährden – wenn nicht durch geeignete Maßnahmen dagegen gesteuert wird. Da auch die Kostenträger in keiner Weise verpflichtet sind, palliativmedizinische Angebote zur Verfügung zu stellen (vgl. § 11 SGB V) besteht also auch im stationären Sektor die zunehmende Gefahr von Versorgungsdefiziten – trotz aller gut gemeinten Reden, mit denen Palliativmedizin und Hospizarbeit verbal unterstützt werden. Ob die neuen Möglichkeiten des § 140 („Integrierte Versorgung“) hier Abhilfe schaffen können, ist hingegen ungewiss. Daran, integrierte Versorgungsmodelle zu implementieren und die starren Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen zu überwinden, war schon das Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 gescheitert. Es bleibt zu hoffen, dass sich der Erfolg diesmal einstellen wird. (15.1.2004)