

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat in der Nacht vom 11. auf den 12. Oktober 2006 den Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ veröffentlicht und über 100 Verbände im Gesundheitswesen zu einer Anhörung am 16. Oktober eingeladen. Auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wurde zu einer Stellungnahme aufgefordert. Hintergrund dafür ist die Tatsache, dass der Palliativversorgung im Referentenentwurf ein beträchtlicher Stellenwert zukommt.

Die DGP begrüßt die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung als Leistungsanspruch im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ins Sozialgesetzbuch V (SGB V). Die Absicht, dass dafür 80 Mio. Euro im Jahr 2007 zur Verfügung gestellt werden sollen (mit deutlich steigender Tendenz in den Folgejahren), ohne dass die Vergütung der niedergelassenen Ärzte um diese Summe bereinigt wird, ist ein deutliches Votum dafür, dass die ambulante Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen am Lebensende verbessert werden soll. Auch dass diese Leistung von Krankenhäusern und Heimen sektorenübergreifend angeboten bzw. von qualifizierten Krankenhausärzten verordnet werden kann, wenn die entsprechenden qualitativen Voraussetzungen erfüllt werden, findet die Zustimmung der DGP. Erfreulich ist auch die beabsichtigte Novellierung der BtMVV, um die Weiterverwendung nicht gebrauchter Betäubungsmittel von verstorbenen Patienten in Heimen und Hospizen zu ermöglichen.

Auch in den Kapiteln zur Palliativversorgung gibt es jedoch im Referentenentwurf einige Passagen, die aus Sicht der DGP zum Teil noch unklar, ungenau und unvollständig erscheinen und deshalb im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Palliativversorgung konstruktiv überarbeitet werden sollten. Hinweisen wollen wir in diesem Zusammenhang vor allem auf folgende Punkte:

1. Spezialisierte Palliativversorgung ist mehr als Medizin und Pflege. Dies muss durch die Möglichkeit der Einbindung auch anderer Berufsgruppen (z.B. Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge, Physiotherapie) stärker berücksichtigt werden. Psychosoziale und spirituelle Leistungen bzw. eine qualifizierte Trauerbegleitung können nicht ausschließlich ergänzend, z.B. von ambulanten Hospizdiensten, erbracht werden.
2. Aufgabe der Palliative Care Teams muss auch die Beratung der Leistungserbringer in der Primärversorgung sein. Dies lediglich als Kann-Leistung zu beschreiben halten wir für missverständlich. Die konsiliarischen Leistungen für andere Leistungserbringer sollen dazu beitragen, Haltung, Wissen und Fähigkeiten einer angemessenen und bedarfsgerechten Palliativversorgung auch in der allgemeinen Palliativversorgung zu fördern.
3. Die beabsichtigten Änderungen der BtMVV müssen auch für die Arbeit der ambulanten Teams in der spezialisierten Palliativversorgung gelten. Häufiger noch als in stationären Einrichtungen zeigen sich hier die Probleme, die durch eine Änderung der BtMVV gemindert werden könnten, wenn durch die Möglichkeit einer Weiterverwendung nicht verbrauchter Opioide auch Einspareffekte bei Arzneimittelkosten erzielt werden könnten.
4. Bei der Ausarbeitung von Richtlinien und Empfehlungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und die BAG Hospiz aufgrund ihrer Fachkompetenz unbedingt mit einzubinden.
5. Leider ist eine Verbesserung in der stationären palliativmedizinischen Versorgung im vorliegenden Gesetzentwurf nicht thematisiert worden. Weder die kostendeckende Finanzierung von Palliativstationen noch das Angebot konsiliarischer palliativmedizinischer Leistungen in deutschen Krankenhäusern ist im Rahmen des derzeitigen DRG-Systems gesichert. Auch die Ausnahmeregelung für Palliativstationen, als „Besondere Einrichtung“ anerkannt werden zu können, kam bisher nur für ein Viertel aller deutschen Palliativstationen zum Tragen. Wegen stark unterschiedlicher Finanzierung durch die Kostenträger ist diese Regelung allein jedoch auch nicht ausreichend. (14.10.2006)