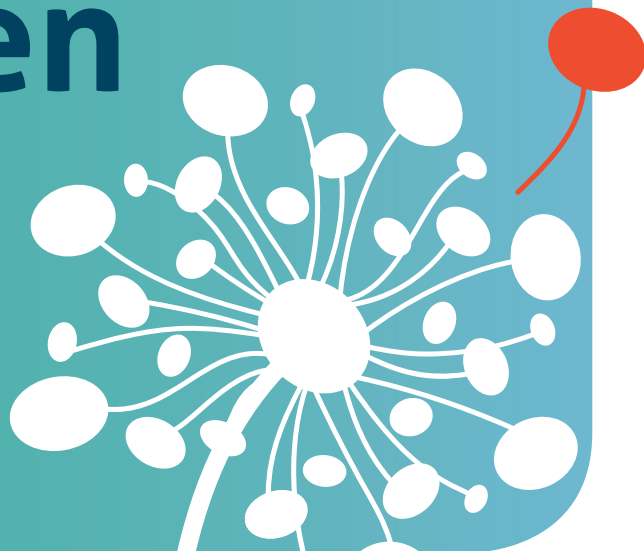




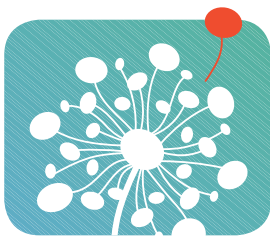
jeder moment
ist leben



Arzneimittel in der Palliativversorgung.
Tagungsdokumentation der Fachtagung
Sozialpharmazie 2016 in Düsseldorf.

Gesundheitsförderung Infektionsschutz Gesundheitsdaten **Pharmazie** Gesundheitswirtschaft Versorgung

Die Verwendung des Titelmotivs erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Gesundheitsministeriums NRW.
Es zeigt Claim und Logo der diesjährigen Hospiz- und Palliativtage in Nordrhein-Westfalen:



jeder moment ist leben

www.hospiz-und-palliativtage.nrw.de

13.-15. Oktober 2017

Arzneimittel in der Palliativversorgung.
Tagungsdokumentation der Fachtagung
Sozialpharmazie.

Eine Kooperationsveranstaltung des
Landeszentrums Gesundheit NRW und der
Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen
am 31. Mai und 1. Juni 2016 in Düsseldorf.

Impressum

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1999
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Autorinnen und Autoren

Dr. Claudia Brüning, angestellte Apothekerin
Robin Fink, AOK Rheinland/Hamburg
Dr. Elisabeth Korth, Business & Personal Coach in Odenthal
Dr. med Eberhard Albert Lux, St. Marien-Hospital Klinik für Schmerz- und Palliativmedizin
Rolf Peters, St. Valentin-Apotheke Schmalleberg
Dr. Udo Puteanus, LZG.NRW
Dr. Constanze Rémi, Apotheke des Klinikums der Universität München
Dr. rer. medic. Klaus Ruberg, Mitinhaber der Kronen-Apotheke in Wesseling
Bettina Schulze, Palliativkonsiliardienst Herne-Castrop-Rauxel
Dr. Sabine Viefhues, Apothekerkammer Nordrhein

Redaktionelle Bearbeitung

Nina-Kristin Mann, LZG.NRW
Dr. Udo Puteanus, LZG.NRW

Namensbeiträge geben die Meinungen der Verfasser wieder. Sie entsprechen nicht unbedingt der Auffassung des Herausgebers.

Layout und Verlag

LZG.NRW

Bildnachweis

Titelmotiv: Logo und Claim der Hospiz- und Palliativtage NRW 2017

Das LZG.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen und gehört zum Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Bielefeld, August 2017

ISBN 978-3-88139-207-5

Einleitung	7
Dr. Udo Puteanus, LZG.NRW	
Einführung in die Palliativversorgung	15
Dr. Elisabeth Korth, Business & Personal Coach in Odenthal	
S3-Leitlinie Palliativmedizin	29
Dr. Constanze Rémi, Apotheke des Klinikums der Universität München	
Die Sektion Pharmazie in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	45
Dr. Constanze Rémi, Apotheke des Klinikums der Universität München	
Ambulante Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen	57
Dr. med Eberhard Albert Lux, St. Marien-Hospital Klinik für Schmerz- und Palliativmedizin	
Krebsschmerz darf nicht sein!	
Bericht über den Beitrag von Dr. med. Wolf Diemer	65
Anforderungen der Pflegefachkräfte an die Apotheken	75
Bettina Schulze, Palliativkonsiliardienst Herne-Castrop-Rauxel	
Aktivitäten der Apothekerkammer Nordrhein zur Sicherstellung der Versorgung von Palliativpatienten mit Schmerzmitteln	81
Dr. Sabine Viefhues, Apothekerkammer Nordrhein	
Notfallliste vorzuhaltender Medikamente für die ambulante Palliativversorgung	89
Dr. Claudia Brüning, angestellte Apothekerin	
Struktur der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein(-Westfalen)	93
Robin Fink, AOK Rheinland/Hamburg	
Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und Ärzten am Beispiel der Stadt Schmallenberg	109
Rolf Peters, St. Valentin-Apotheke Schmallenberg	
Pharmazie in der Palliativmedizin	119
Dr. rer. medic. Klaus Ruberg, Mitinhaber der Kronen-Apotheke in Wesseling	
Palliativpatientinnen und -patientinnen und ihre (Menschen-)Rechte	
Bericht über den Beitrag von Dr. Oliver Tolmein	137
Liste der Referentinnen und Referenten	149

Einleitung

Dr. Udo Puteanus, LZG.NRW

Die palliativmedizinische Versorgung ist in den letzten Jahren fester Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens geworden. Das spiegelt sich in einer steigenden Zahl von Palliativstationen und stationären Hospizen, aber auch spezialisierter ambulanter Teams und Palliativdienste im Krankenhaus wider. Mit dem am 5. November 2015 vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Hospiz- und Palliativgesetz soll der flächendeckende Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung weiter vorangetrieben werden.

In Nordrhein-Westfalen gibt es inzwischen 70 Hospize (2007: 54 Hospize), 412 Palliativbetten in 60 Krankenhäusern (2007: 31 Palliativstationen)¹ und 183 Palliativpflegedienste.² Etwa 2.160 Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin stehen bereit. Die Versorgungssituation ist in Nordrhein-Westfalen vergleichsweise gut und liegt nach Auswertung der Zahlen des Jahres 2014 mit 12,3 Ärztinnen oder Ärzten mit Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin je 100.000 Einwohner über dem Bundesdurchschnitt.³

- 1 Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: Hospiz- und Palliativversorgung – würdevolles Leben bis zum Tod: http://www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/hospize_und_palliativstationen/index.php; letzter Zugriff 15.02.2017; die Zahlen aus dem Jahr 2007 entstammen: Müller M. Hospizarbeit und Palliativmedizin. Stand und Entwicklung. Band 2. Hrsg.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2007): Hospizarbeit und Palliativmedizin. Stand und Entwicklung. Band 2.
- 2 ALPHA (Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Landesvertretung Nordrhein – Westfalen, Hospiz- und Palliativverband NRW e.V. 2016: Palliativpflegedienste NRW – Positionspapier von DGP NRW, HPV NRW, ALPHA: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/NRW_Positionspapier_PallPflege_final.pdf, letzter Zugriff 14.03.2017
- 3 Bertelsmannstiftung 2015: Faktencheck Gesundheit: Palliativversorgung – Modul 2 – Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung, S. 23: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf

Palliativversorgung braucht Spezialisten und Lotsen

Für die palliativmedizinische Versorgung steht nach Verabschiedung der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ ein Standard zur Verfügung, der allen Gesundheitsberufen eine Orientierung bietet, wie die medizinische Versorgung der Betroffenen nach derzeitigem Kenntnisstand am besten gelingt. Die Leitlinie gibt Schlüsselpfehlungen zu den Themen Atemnot, Depression, Tumorschmerzen und Obstipation. Dabei steht die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, die von einer nichtheilbaren Krebserkrankung betroffen sind, und ihrer Angehörigen im Zentrum aller Bemühungen. Ein zweiter Teil ist in Arbeit, der den aktuellen Wissensstand zur Behandlung weiterer krankheitsbedingter Leiden aufbereitet.⁴

Aber nicht nur besonders ausgebildete Spezialistinnen und Spezialisten sind für die Versorgung und Betreuung bei lebensverkürzenden Erkrankungen zuständig; fast alle im Gesundheitswesen Tätigen sehen sich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zunehmend mit dieser Herausforderung konfrontiert. Apotheken können dabei neben der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung Lotsenfunktionen übernehmen und wichtige Informationen vermitteln.⁵

Palliativmedizin braucht pharmazeutisches Know How

Bei der Behandlung der krankhaften Symptome von Schwerstkranken und Sterbenden spielen Arzneimittel eine zentrale Rolle. Gerade in der Phase am Ende des Lebens kommt es darauf an, den Menschen die Arzneimittelversorgung zu gewährleisten, die notwendig und angemessen ist, um die Voraussetzungen für ein Sterben in Würde zu gewährleisten. Oftmals ist es ratsam, bisher verordnete Arzneimittel abzusetzen, wenn sie für Symptomverbesserungen nicht benötigt werden bzw. kurative Ziele der Therapie in den Hintergrund rücken.

Eine Übersicht darüber, in welchem Ausmaß und mit welcher Qualifikation Apothekerinnen und Apotheker in die Palliativversorgung deutschlandweit bzw. in Nordrhein-Westfalen eingebunden sind, existiert derzeit nicht. Von Seiten der Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sind alle Apotheken aufgefordert, die wesentlichen in der Palliativmedizin eingesetzten Arzneimittel, insbesondere Schmerzmittel, vorrätig zu halten und insofern für eine reibungslose Arzneimittelversorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten zu sorgen.

Der Einsatz von Arzneimitteln in der Palliativmedizin ist in den vielen Fällen von Multimorbidität und der damit oftmals einhergehenden Multimedikation hochkomplex und bedarf eines umfassenden pharmakotherapeutischen Wissens sowie einer genauen Beobachtung von Wirkungen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen der eingesetzten Arzneimittel. Hinzu kommt, dass bei Palliativpatientinnen und -patienten aufgrund ihrer Erkrankungen zum Teil alternative Applikationswege für Arzneimittel gesucht werden müssen. Hier sind oftmals besondere

4 Bausewein C, Voltz R, Simon S, A. Pralong A: S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung: <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/s3-leitlinie.html> letzter Zugriff: 15.02.2017

5 Sektion Pharmazie der Dt. Ges. f. Palliativmedizin: Gedanken und Ergänzungen der Sektion Pharmazie in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Referentenentwurf „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“: [https://www.dg-palliativmedizin.de/images/stories/Referentenentwurf_Ergänzungen_Sektion_Pharmazie.pdf](https://www.dg-palliativmedizin.de/images/stories/Referentenentwurf_Erg%C3%A4nzungen_Sektion_Pharmazie.pdf) letzter Zugriff: 15.02.2017.

pharmazeutisch technologische Probleme zu lösen, damit die Arzneimittel im richtigen Augenblick an den richtigen Stellen ihre Wirksamkeiten entfalten können.

Bei der palliativmedizinischen Versorgung kommt noch hinzu, dass einzelne Arzneimittel außerhalb der im Rahmen der Zulassung festgelegten Indikation/en oder Applikationsform/en angewendet werden müssen. Dies erfordert von Ärztinnen und Ärzten die Übernahme einer besonderen Verantwortung bei der Behandlung. Aufgrund dieser großen Herausforderungen ist die enge Zusammenarbeit der Spezialistinnen und Spezialisten aus Medizin und Pharmazie eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen der palliativmedizinischen Versorgung.

Weiterhin müssen Pflegefachkräfte und ggf. Angehörige der Betroffenen informiert und geschult werden, wie die Arzneimittel angewendet werden, auf welche Wirkungen und Nebenwirkungen besonders zu achten ist und was zu tun ist, wenn sich der Gesundheitszustand ändert. Insofern besteht Bedarf an qualifizierten Apothekerinnen und Apothekern, die im Team der Palliativversorgung mitwirken.

Pharmazie im Palliativ-Netzwerk

Vereinzelt sind ambulant tätige Apothekerinnen und Apotheker bereits heute Teil der Palliativversorgung geworden. Genauere Zahlen sind aber nicht bekannt. Zur Qualifizierung erarbeitete die Bundesapothekerkammer in Absprache mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ein Curriculum.⁶

Einzelne spezialisierte Apotheken sind Teil von Palliativnetzwerken oder palliativmedizinischen Konsiliardiensten. Zum Teil verfügen diese Apotheken über Sterillabore zur Herstellung entsprechender Arzneimittel und bieten eine 24-stündige Erreichbarkeit an sieben Tagen der Woche an. Ein Berufsverband der Apothekerinnen und Apotheker, der Bundesverband der klinik- und heimversorgenden Apotheken (BVKA) hat inzwischen eine Fachgruppe Palliativversorgung eingerichtet.⁷ Zudem existiert im wissenschaftlichen Bereich seit einigen Jahren eine Sektion Pharmazie in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.⁸

Herausforderungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

In den letzten Jahren hat das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen bereits die Herausforderungen der Arzneitherapie von älteren, multimorbiden Menschen in den Blick genommen. Insbesondere die Fachtagungen Sozialpharmazie aus den Jahren 2011, 2013 und 2015 haben verschiedene Aspekte aufgegriffen.⁹

6 Zertifikatfortbildung Palliativpharmazie – Der Apotheker als Teil des Palliative Care Teams - Curriculum und Stichwortkatalog - Bundesapothekerkammer und Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., verabschiedet von der Mitgliederversammlung der Bundesapothekerkammer am 25. November 2008:

http://www.abda.de/fileadmin/assets/Fortbildung/Zertifikatfortbildungen/Curr_Palliativpharmazie_08_11_25.pdf letzter Zugriff: 15.02.2017.

7 Müller C: Palliativ- und Substitutionsversorgung: Klinik- und heimversorgende Apotheker erweitern ihr Portfolio. Dt. Apoth. Ztg. online, 12.05.2016: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2016/05/12/klinik-und-heimversorgende-apotheker-erweitern-ihr-portfolio> letzter Zugriff: 14.02.2017.

8 Sektion Pharmazie in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: <https://www.dgpalliativmedizin.de/sektionen/sektion-apothekerinnen.html> letzter Zugriff: 15.02.2017

9 Tagungsdokumentationen der Fachtagungen Sozialpharmazie <https://www.lzg.nrw.de/pharmazie/veranstaltungen/index.html>

Im Arbeitsbereich Sozialpharmazie des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nordrhein-Westfalen stand das Thema Palliativversorgung bislang noch nicht im Fokus. Zwar kontrollieren die pharmazeutischen Dienste der Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen im Rahmen ihrer Überwachungsfunktion die Betäubungsmittelbestände und –umsätze in Apotheken und in Arztpraxen. Eine intensivere Beschäftigung mit den Fragen, ob qualitativ und quantitativ ausreichend pharmazeutisches Personal für die Palliativversorgung zur Verfügung steht und zum Einsatz kommt, erfolgte jedoch bislang nicht. Auch die Frage, ob die Bevölkerung in den Kreisen und kreisfreien Städten ausreichend über die Möglichkeiten der palliativmedizinischen Versorgung und die Chancen und Risiken des Einsatzes der Arzneimittel in der Palliativversorgung informiert und aufgeklärt wird, wurde bislang nicht behandelt.

Aus diesen Gründen setzte sich im Jahr 2015 die Expertenfachgruppe Sozialpharmazie der nordrhein-westfälischen Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker dafür ein, die jährlich stattfindende Fachtagung Sozialpharmazie dafür zu nutzen, Grundlagen der Palliativversorgung zu vermitteln. Primäres Ziel war es, die pharmazeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Unteren Gesundheitsbehörden in ihrem Arbeitsbereich Sozialpharmazie für dieses Thema zu sensibilisieren. Gleichzeitig sollte die Fachtagung dazu befähigen, Chancen zur weiteren Verbesserung der Palliativversorgung im jeweiligen örtlichen Zuständigkeitsbereich, z. B. in Kooperation mit anderen Bereichen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, rechtzeitig zu erkennen. So können in Zukunft Initiativen zur Verbesserung der Palliativversorgung und zum verstärkten Einsatz von pharmazeutischem Know How in den Kreisen und kreisfreien Städten von Seiten der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker besser begleitet und unterstützt werden.

Zur Fachtagung Sozialpharmazie 2016

Insgesamt standen bei der Fachtagung medizinische, pharmakologische und pharmazeutische Themen der Palliativversorgung im Mittelpunkt. Eingerahmt wurde dies von zwei Beiträgen, die den Teilnehmenden einen historischen und sozialrechtlichen Einstieg in dieses sensible Thema ermöglichten.

Elisabeth Korth, Apothekerin und Vorstandsmitglied im Verein Hospiz Leverkusen e. V., betonte in ihrer thematischen Einleitung zur Fachtagung das große Engagement der Pioniere bei der Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung innerhalb der letzten 40 Jahre. Palliativmedizinische Versorgung und hospizliche Begleitung entwickelten sich parallel. Verbände und Gesellschaften, wie die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), wurden ins Leben gerufen. Mit dem nationalen Charta-Projekt, initiiert und getragen von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband und der Bundesärztekammer, entstand 2010 eine weitere konzeptionelle Grundlage der Palliativversorgung.

Dr. med Wolf Diemer, Leiter des Zentrums für Palliativmedizin, Herne, ergänzte wesentliche Aspekte der historischen, aber auch der modernen Hospizentwicklung. Ein wesentlicher Punkt ist für ihn das Gelingen einer adäquaten Therapie von Schmerzen. Eine effektive Schmerztherapie wird seiner Meinung nach vor allem durch das adäquate Reagieren nach einer regelmäßigen Messung und Dokumentation der Schmerzintensität ermöglicht.

Die Zahl der palliativmedizinisch betreuten Patientinnen und Patienten nimmt, bedingt durch demographische Veränderungen und verbesserte Versorgungsstrukturen, stetig zu. Doch wie funktioniert die ambulante Palliativversorgung und welche Strukturen greifen ineinander? Dr. Eberhard Lux, Chefarzt der Klinik für Schmerz- und Palliativmedizin des Klinikums St.-Marien-Hospital Lünen, thematisierte die Organisation der ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe. Im Unterschied zu Westfalen-Lippe, wo im Palliativ-Konsiliardienst (PKD) nebenamtliche Palliativärzte tätig sind, arbeiten in der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein hauptamtlich beschäftigte Palliativärzte.

Durch das Hospiz- und Palliativgesetz ist die GKV verpflichtet worden, Patientinnen und Patienten über die Palliativversorgung zu informieren, berichtete Robert Fink von der AOK Rheinland/Hamburg. So soll Betroffenen der Zugang zur palliativmedizinischen Versorgung vereinfacht werden. Stets im Vordergrund steht dabei das Anrecht eines jeden schwerstkranken Menschen auf ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod. Dies schließt eine gute Versorgung und oftmals die Möglichkeit, die letzten Tage im vertrauten, häuslichen Umfeld im Kreise der Familie zu verbringen, ein. Gefordert ist eine genaue Koordination der Leistungen. Aktuell gelte es, die neuen Anforderungen des Hospiz- und Palliativgesetzes umzusetzen.

Um etablierte Therapiestandards übersichtlich und stets aktuell zu bündeln, wurde die S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ im Mai 2015 veröffentlicht. Getragen wird sie von der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe, der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Aufgrund ethischer Bedenken und der Schwierigkeit einer standardisierten Forschung existieren nur wenige, durch Studien belegte Therapieoptionen für Palliativpatienten, erläuterte Dr. Constanze Rémi, Fachapothekerin in der Abteilung Arzneimittel, Arzneimittelinformation am Klinikum der Universität München und Mitarbeiterin der S3-Leitlinie. Insbesondere der oftmals notwendige Off Label-Use stand daher im Mittelpunkt ihres Vortrags. Darüber hinaus stehen Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker häufig vor großen Herausforderungen, damit die kommunikative Interaktion untereinander und insbesondere mit Palliativpatienten gelingt. Hier gelte es, Patientinnen und Patienten mit besonderer Empathie und Einfühlungsvermögen zur Seite zu stehen.

Der Off Label- oder No Label-Use eines Medikaments kann für Palliativpatienten allerdings eine hohe finanzielle Belastung bedeuten. Auf die Ausführungen des Bundessozialgerichtes dazu verwies Dr. Oliver Tolmein von der Kanzlei Menschen und Rechte in Hamburg. Der Referent hob hervor, dass Arzneimitteltherapiesicherheit bei Palliativpatientinnen und -patienten in einem anderen Kontext betrachtet werden müsse – es könne „nicht mit denselben Ansprüchen an die Evidenz gearbeitet werden, wie sie im Fall der kurativen Medizin Anwendung“ finde.

Welchen Herausforderungen sich die Palliativversorgung in einem ländlichen Gebiet stellen muss, erläuterte Apotheker Rolf Peters, Mitarbeiter der St. Valentin-Apotheke, am Beispiel der Stadt Schmallenberg. In den ländlichen Gebieten müssen die Strukturen weiter ausgebaut und

stabilisiert werden, um das Versorgungsniveau, wie es in den meisten Städten vorhanden ist, zu erreichen, so sein Fazit.

Mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wurde eine medizinische Fachgesellschaft geschaffen, in der alle beteiligten Berufsgruppen der Palliativversorgung kooperieren und Informationen und Kenntnisse austauschen. Innerhalb der DGP existieren Sektionen, in denen sich Fachleute der einzelnen Professionen intensiv mit Fragen der Palliativversorgung auseinandersetzen. In der Sektion Pharmazie sind Apothekerinnen und Apotheker vertreten, so nochmals Dr. Constanze Rémi. Das Potential der Pharmazie wird oftmals von anderen Berufsgruppen nicht ausreichend wahrgenommen, durch die fachliche Kompetenz im Bereich Polypharmazie und Arzneimittelrisiken könnten Apothekerinnen und Apotheker jedoch einen wichtigen Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit von Palliativpatienten leisten.

Bettina Schulze vom Palliativnetzwerk Herne, Wanne-Eickel und Castrop-Rauxel schilderte aus der Perspektive der Pflegefachkräfte und als Koordinatorin des Palliativkonsiliardienstes Herne, wie die Zusammenarbeit vor Ort verbessert werden kann. Apotheken sind schon heute im Netzwerk präsent. Zunächst erfolgt die Kooperation mit der Stammapotheke des jeweiligen Patienten, da häufig ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Apothekenpersonal und Patienten herrscht. Kann diese Apotheke ein spezielles Medikament nicht beschaffen, so wird die Kooperationsapotheke des Netzwerkes kontaktiert. Mit Botendiensten leistet die Apotheke einen wichtigen logistischen Beitrag zur Versorgung.

Am Beispiel der Kronen-Apotheke Marxen in Wesseling erläuterte deren Apothekenleiter Dr. Klaus Ruberg die Rolle von spezialisierten Apotheken in der Palliativmedizin. Als Kooperationspartner eines SAPV-Teams übernimmt die Apotheke wichtige Aufgaben im Palliativnetzwerk. Die Arzneimitteltherapie von Palliativpatienten ist häufig sehr anspruchsvoll, da spezielle erklärungsbedürftige Rezepturen und Darreichungsformen zum Einsatz kommen. Auch die Kompatibilität von Wirk- und Hilfsstoffen bei der Herstellung von Mischinfusionen ist oftmals problematisch. Pharmazeutisches Fachwissen ist ebenfalls bei der Überprüfung der Medikation auf Wechselwirkungen oder Interaktionen gefragt.

Zur flächendeckenden ambulanten Versorgung mit entsprechender palliativmedizinischer Infrastruktur versuchen auch Apothekerkammern beizutragen, betonte Dr. Sabine Viefhues von der Apothekerkammer Nordrhein. Wie die Apothekerkammer Westfalen-Lippe leistet auch die Apothekerkammer Nordrhein Unterstützung zur optimalen Palliativversorgung durch Apothekerinnen und Apotheker. Viefhues berichtete über die Erstellung einer Arzneimittelliste für die Notfallversorgung von Palliativpatienten. Die Liste ist zwar nicht rechtlich bindend, den Apotheken wird allerdings zur Bevorratung der entsprechenden Arzneimittel geraten, so Dr. Claudia Brüning. Sie betreute die Ausarbeitung einer vergleichbaren Liste bei der Apothekerkammer Westfalen-Lippe.

Palliativversorgung wird aufgrund des demographischen Wandels in der deutschen Bevölkerung an Bedeutung voraussichtlich weiter zunehmen. Alle Professionen, die in der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen Verantwortung tragen, werden ihr Wissen und ihre Fertigkeiten auf dem Gebiet der Palliativversorgung weiter ausbauen. Noch wichtiger ist

allerdings, dass die Zusammenarbeit, das gegenseitige Unterstützen und Ergänzen weiter optimiert wird, damit mit Hilfe der Professionellen im Gesundheitswesen und in Zusammenarbeit mit den Ehrenamtlichen die Lebensqualität der schwerstkranken und sterbenden Menschen so gut und solange es geht erhalten bleibt. Mit der Fachtagung Sozialpharmazie „Arzneimittel und Palliativversorgung“ wurde eine Grundlage gelegt, auf der auch die pharmazeutischen Dienste des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einen Beitrag zur Verbesserung der Palliativversorgung leisten können.

Einführung in die Palliativversorgung

Dr. Elisabeth Korth, Business & Personal Coach in Odenthal

Zu Beginn ...

„Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen.“¹ Für professionelle Helfer ist es eine herausfordernde Tätigkeit, Menschen in ihrer letzten Lebensphase oder im Sterben und auch trauernde Angehörige zu begleiten. Dazu bedarf es einer umfassenden multiprofessionellen Betreuung und einer Vernetzung ambulanter und stationärer Strukturen. Patienten sind kurz vor ihrem Tod besonders auf eine individuelle Unterstützung und eine reibungslose Zusammenarbeit der Versorgungsstrukturen angewiesen. Aufgrund des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes sowie sich verändernde gesellschaftliche Strukturen wurde das Sterben in der Vergangenheit mehr in Krankenhäuser und Pflegeheime verlagert. In früheren Jahren erfolgte eine Versorgung der Sterbenden häufiger durch Angehörige im familiären und häuslichen Umfeld.

Sterbende Patienten sind und bleiben jedoch weiterhin Teil ihres sozialen Umfelds, auch wenn sie in Kliniken oder Heimen betreut werden. „Es macht schutzbedürftige Menschen so verletzlich, dass sie glauben, sie wären eine Last für die anderen. Die Antwort ist eine bessere Betreuung der Sterbenden, um sie zu überzeugen, dass sie immer noch ein wichtiger Teil unserer Gesellschaft sind.“²

Begriffe

Hierbei ist wichtig, zwei Begriffe zu beleuchten: Palliativversorgung und Palliative Care.

„Unter Palliativversorgung versteht man die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Hierzu gehört auch die Schmerztherapie im ambulanten und stationären Bereich.

¹ Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland.

http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta_leitsaetze.html (letzter Zugriff 06.10.16)

² Zu Dame Cicely Saunders: Arbeitsgemeinschaft Kübler-Ross, Schweiz: Cicely Saunders. Ein Leben für die Hospizbewegung <https://www.hospiz.org/cicely-saunders/> (letzter Zugriff 06.10.16)

Patientinnen und Patienten werden insbesondere durch Vertragsärzte, Pflegedienste und stationäre Einrichtungen palliativmedizinisch versorgt. [...] Die Leistung zielt darauf ab, dem Wunsch schwerstkranker Menschen zu entsprechen, möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung in Würde zu sterben. Die Leistung steht Palliativpatienten zu mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass hierdurch ihre Lebenserwartung begrenzt und eine besonders aufwändige Versorgung vonnöten ist.“³ Die besonders aufwändige Versorgung wird durch eine komplexe Symptomatik bedingt. Diese erfordert eine Versorgung durch ein multiprofessionelles Team. Ziel dieser Versorgung ist es, den Patientenwunsch, in einem vertrauten Umfeld zu versterben, zu erfüllen.

Die Britin Dame Cicely Saunders prägte den Gedanken des Palliative Care in den siebziger Jahren. „Care“ an sich bedeutet „Versorgung“. Im palliativen Kontext umfasst dieser Ausdruck jedoch deutlich mehr. Inbegriffen ist eine hospizliche Haltung, die akzeptiert, dass das Sterben ein natürlicher Teil des Lebens ist. Auch eine ehrenamtliche Begleitung der Patienten fällt unter den Care-Begriff.

Eine palliative Therapie kann Teil eines palliativtherapeutischen Gesamtkonzeptes sein. Darunter fällt beispielsweise eine Strahlentherapie zur Behandlung von Tumorschmerzen bei Knochenmetastasen. Dabei stehen anstatt einer Heilung die Symptomkontrolle und eine bestmögliche Lebensqualität im Fokus der Behandlung.

Die Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung

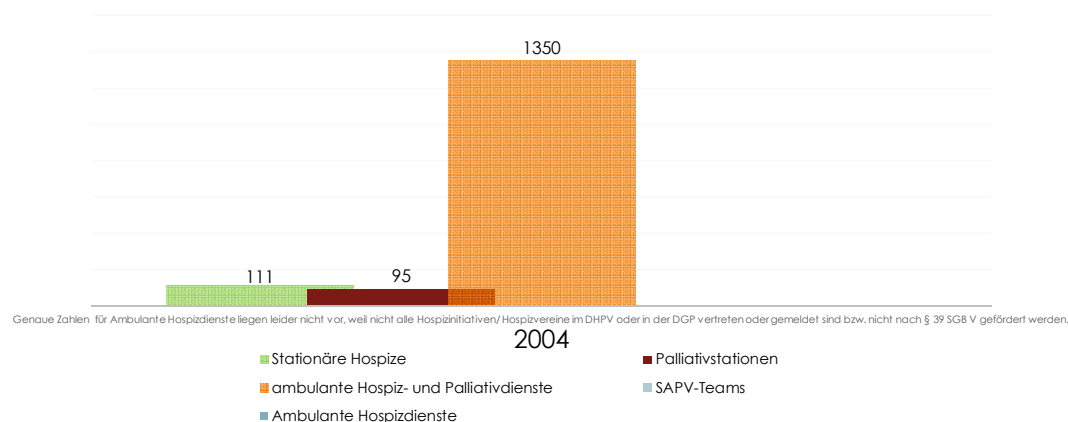
Die moderne Hospiz- und Palliativversorgung entwickelte sich in den letzten vierzig Jahren zu dem, was sie heute ist. Einige wichtige Meilensteine trugen bedeutend zu dieser Entwicklung bei. 1971 sendete das ZDF den Film „Noch 16 Tage“ über das St. Christopher's Hospice in London, gegründet von Dame Cicely Saunders. Dieser Film sorgte in Deutschland für Aufruhr, da zu dieser Zeit das Hospiz einem bloßen Sterbehaus gleichgesetzt wurde. „Noch 16 Tage“ zeigte allerdings anschaulich, was eine palliative Versorgung ausmacht. Betont wurden die eins-zu-eins Betreuung der Patienten und eine Schmerztherapie in adäquater Dosierung zur Linderung der Symptome. Die im St. Christopher's Hospice herrschende Menschlichkeit und Zuwendung wurde veranschaulicht. In den achtziger Jahren nahm die Zahl der Publikationen zu diesem Themenkomplex immer mehr zu. Die Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross schrieb das Buch „Interviews mit Sterbenden“, das in zwanzig Sprachen übersetzt wurde und weltweite Aufmerksamkeit erlangte. 1983 wurde die erste Station für palliative Therapie an der Universität Köln gegründet mit zunächst fünf Betten. Drei Jahre später im Jahr 1986 wurde die Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e. V. gegründet.

Betrachtet man diesen Verlauf insgesamt zeigt sich, dass eine parallele positive Entwicklung palliativmedizinischer Versorgung und hospizlicher Begleitung stattfand. Die neunziger Jahre wurden zu Gründerjahren vieler Hospizvereine und -initiativen in Deutschland. 1992 entstand

3 Bundesgesundheitsministerium: Palliativversorgung.
<http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/leistungen/palliativversorgung.html>
26.10.2015, (letzter Zugriff 06.10.16)

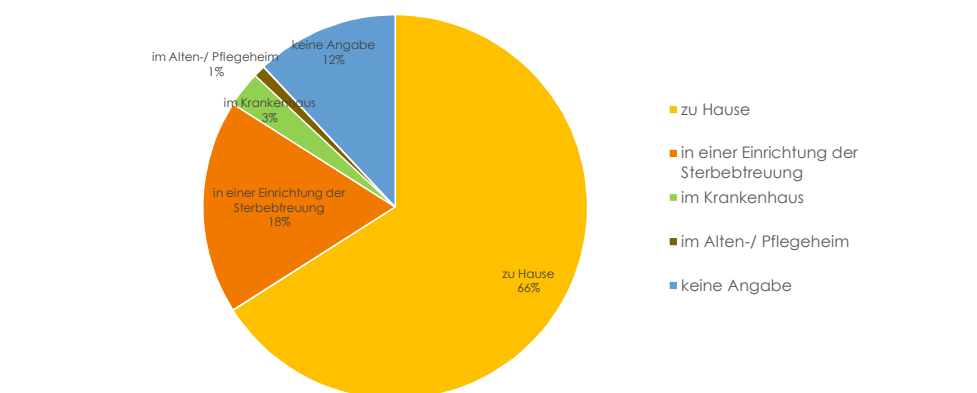
die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, die heute den Namen Deutscher Hospiz und Palliativverband (DHPV e. V.) trägt. Der DHPV ist die bundesweite Interessensvertretung der Hospizbewegung sowie der zahlreicher Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wurde 1994 ins Leben gerufen. 1997 erfolgte die Implementierung des § 39a SGB V, in dem zunächst nur stationäre Hospize implementiert waren. Es wurde erkannt, dass für Patienten, die nicht im Krankenhaus betreut werden konnten, Versorgungslücken existierten. Der erste deutsche Lehrstuhl für Palliativmedizin entstand 1999 in Bonn. § 39a SGB V wurde 2001 um die ambulanten Hospizdienste erweitert, so dass auch sie eine finanzielle Förderung durch die Krankenkassen erhalten können.

Abbildung 1: Strukturen in der Palliativversorgung, Deutschland 2004

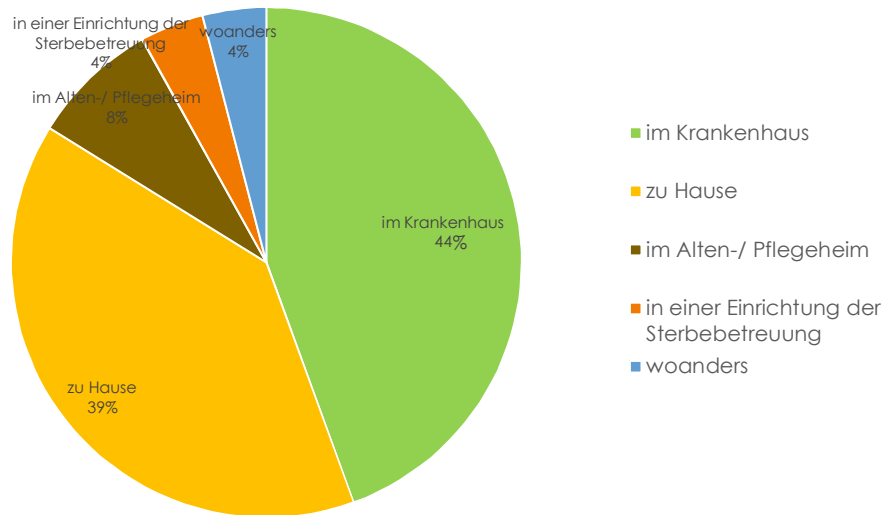


2004 waren bereits über tausend ambulante Hospiz- und Palliativdienste aktiv. Trotz des Ausbaus der Strukturen in der palliativen Versorgung unterschied sich der reale Sterbeort der Patienten weiterhin vom Wunschort, wie eine Umfrage des DHPV zeigte.

Abbildung 2: Wunschort für das Versterben⁴



⁴ Deutscher Hospiz- und Palliativverband. Sterben in Deutschland. 2004. http://www.dhpv.de/tl_files/public/Ueber%20Uns/Forschungsprojekte/2012-08_Bevoelkerungsumfrage_DHPV_Grafiken.pdf (letzter Zugriff 07.10.16)

Abbildung 3: Realität des Sterbeortes einer nahestehenden Person⁴

Auffällig ist besonders die deutliche Diskrepanz, die das Krankenhaus als Sterbeort betrifft. Es zeigen sich bei genauerer Betrachtung der Problematik auch große regionale Unterschiede. In Freudenstadt (Baden-Württemberg) sterben bspw. 33% der Ü 65-Jährigen im Krankenhaus während in Landshut (Bayern) 60% dieser Altersgruppe in einer Klinik versterben. Die Stadt Landshut unterscheidet sich zusätzlich vom Kreis Landshut, denn dort versterben 39% der Ü 65-Jährigen in einem Krankenhaus⁵.

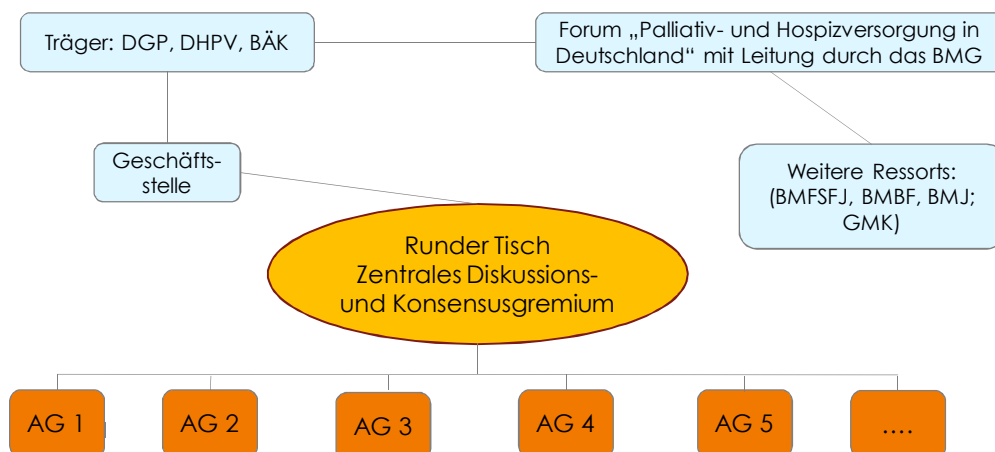
Im Jahr 2005 erschien ein Bericht der Bundestags-Enquetekommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ zur „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“. Aus diesem Bericht erschloss sich, dass die ambulante Versorgung gestärkt werden musste. Es kam 2007 zur Verabschiedung zweier neuer Paragraphen im SGB V. Die Paragraphen §§ 37b und 132d verankerten erstmals einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Ferner wurde auch die Situation von Kindern in Hospizen und in einer Pflegeeinrichtung in § 39a SGB V berücksichtigt. 2008 wurde das Curriculum der Zertifikatsfortbildung Palliativpharmazie – Der Apotheker als Teil des Palliative Care Teams – von der Bundesapothekerkammer verabschiedet. Ein Jahr später wurde die gesetzliche Finanzierung der SAPV in § 37b SGB V für Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe und für stationäre Hospize ergänzt. Mit dieser Ausweitung war der Wunsch verbunden, die ambulante Palliativversorgung allen Versicherten zugänglich zu machen.

⁵ <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-palliativversorgung/interaktive-karte/im-krankenhaus-sterbende-65/> (letzter Zugriff 07.10.16)

Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen

Das nationale Charta-Projekt ist vor dem Hintergrund einer internationalen Initiative, die als Budapest Commitments auf dem 10. Kongress der European Association for Palliative Care (EAPC) 2007 vereinbart wurde, auf den Weg gebracht worden. Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen wurde 2010 verabschiedet. Die Trägerschaft für den nationalen Charta-Prozess wurde von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und der Bundesärztekammer (BÄK) übernommen, unterstützt durch die Robert-Bosch-Stiftung und durch die Deutsche Krebshilfe. Nach Verabschiedung der Charta begann eine zweijährige Umsetzungs- und Realisierungsphase (2011 – 2013), in der die erarbeiteten Strategien in kleineren Projekten implementiert und evaluiert wurden. Seit 2013 findet neben weiteren Projekten auch ein internationaler Austausch statt, um die Palliativversorgung national weiterzuentwickeln und umfassender in der Versorgung zu verankern.

Abbildung 4: Aufbau der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen⁶



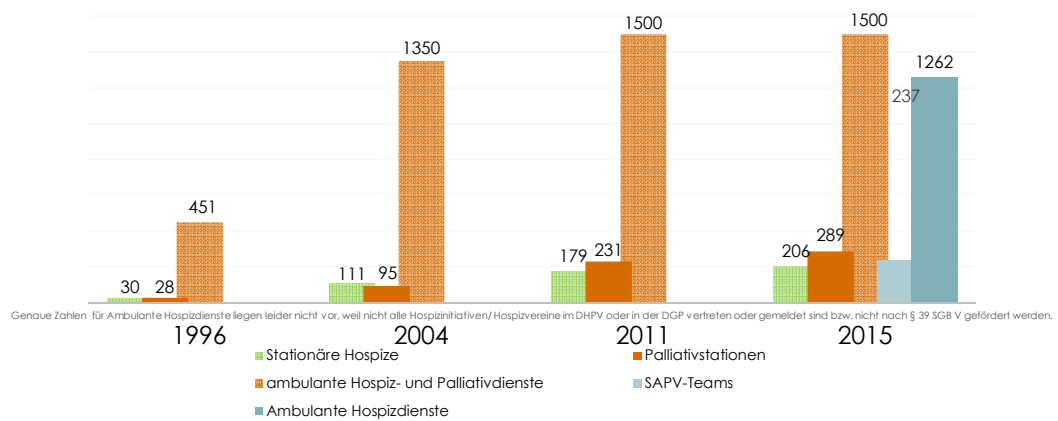
Am Runden Tisch der Charta sind sowohl Wissenschaftler als auch Politiker vertreten und erarbeiten gemeinsame Beschlüsse. Aktuell soll ein weiterer Arbeitskreis gebildet werden, der sich der Versorgung von Kindern annimmt. Des Weiteren ist die Charta in verschiedenen Handlungsfeldern aktiv. Sie versteht die Palliativversorgung als eine gesellschaftliche Herausforderung, für die der Aspekt der Fürsorge von besonderer Bedeutung ist. In diesem Sinne erfolgt ein Einsetzen dafür, ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen und durch eine Perspektive der Fürsorge insbesondere den Bestrebungen nach Legalisierung der Tötung auf Verlangen entgegenzuwirken.

6 <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/organisation.html> (letzter Zugriff 07.10.16)

Auf dem Gebiet der Versorgungsstrukturen setzt sich die Charta für die Vernetzung der Berufsgruppen ein, damit eine multiprofessionelle Versorgung stattfinden kann. Auch die Zugangsgerechtigkeit, dass jeder Bürger von der Palliativversorgung profitieren kann, ist ein Anliegen der Charta. Zudem soll für Kontinuität gesorgt werden, sodass z. B. bei einer Krankenhausentlassung eine adäquate Überleitung in den ambulanten Bereich erfolgt. Außerdem ist die Charta in der Aus- Fort- und Weiterbildung aktiv, beteiligt sich an der Erarbeitung von Entwicklungsperspektiven und an der Forschung und nimmt am europäischen und internationalen Austausch teil. International engagieren sich einundzwanzig verschiedene Länder für die Weiterentwicklung der Gedanken der Charta.

Strukturen in Deutschland

Abbildung 5: Strukturen in der Palliativversorgung in Deutschland⁷

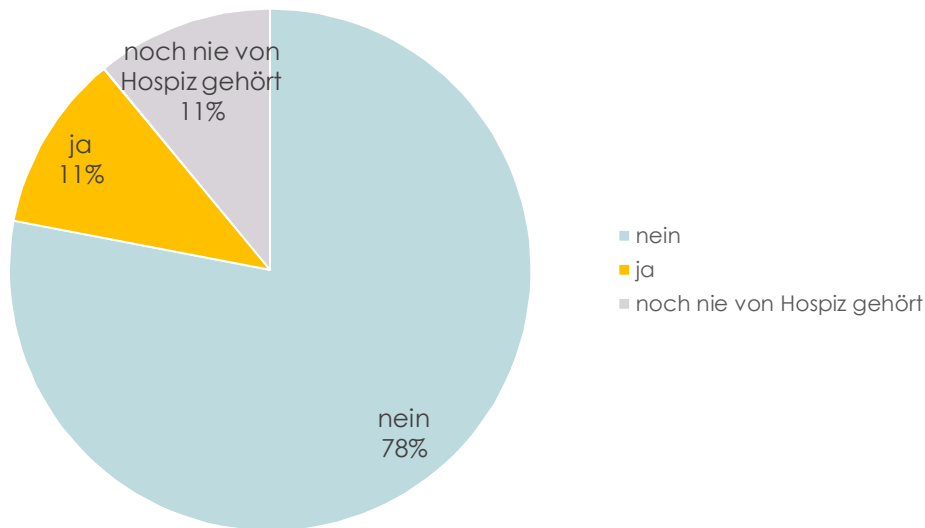


Ambulante Hospizdienste versorgen Schwerstkranke und/oder Sterbende in ihrem aktuellen Lebensumfeld. Ambulante Hospizdienste sind Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie können durch die Krankenkassen nach § 39a SGB V gefördert werden, sofern sie ehrenamtliche Sterbebegleiter-/innen qualifizieren, mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeiten und unter fachlicher Verantwortung einer qualifizierten Koordination steht. Ambulante Hospizdienste haben auch die Schulung, die Koordination sowie die Unterstützung der ehrenamtlichen Sterbebegleiter zu sichern⁸. In einem integrativen Ansatz kann ein solcher Hospizdienst Teil der multiprofessionellen Versorgungsstruktur in der SAPV sein. Die Verbreitung dieser Hospizdienste ist regional unterschiedlich, im Osten der Bundesrepublik existieren beispielsweise weniger ambulante Hospizdienste. Auch auf Kreis- und Stadtebene gibt es deutliche Diskrepanzen.

⁷ Nach Homepages: Deutscher Hospiz und Palliativverbände e.V. (DHPV), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP).

⁸ Nach §39a SGB V Abs. 2

Abbildung 6: Umfrage des DHPV 2012: Wussten Sie, dass die Versorgung in einem Hospiz oder eine Hospiz-Begleitung kostenlos ist? ⁴



Wie die Grafik in Abbildung 4 zeigt, besteht ein Bedarf an weiterer Öffentlichkeitsarbeit, um die Palliativversorgung im Bewusstsein der Bevölkerung zu verankern.

Stationäre Hospize stellen eigenständige Pflegeeinrichtungen dar und sind in § 39a SGB V verankert. Sie gehören weder einem Krankenhaus, noch einer Organisation an. Die anfallenden Kosten werden, seit dem Inkrafttreten des Hospiz- und Palliativgesetzes im Jahr 2015 zu 95 Prozent (früher 90 Prozent) von den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen getragen. Die restlichen 5% der Kosten sind seitens des Trägers aufzubringen. In einem stationären Hospiz erfolgt eine umfassende Begleitung und Betreuung in der letzten Lebensphase. Dazu zählen die Überwachung der Schmerztherapie, die Symptomkontrolle und eine palliativpflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung. Die dort tätigen multiprofessionellen Teams sind unterschiedlich zusammengesetzt. Je nach Hospiz sind auch Theologen, Seelsorger, Ergotherapeuten oder beispielsweise auch Musiktherapeuten vertreten. Die ärztliche Versorgung erfolgt meist durch niedergelassene Mediziner. Patienten eines stationären Hospizes werden in der Regel entweder durch ihren Hausarzt oder einen niedergelassenen Palliativmediziner betreut.

Ein Patient muss bestimmte Kriterien erfüllen, um in ein stationäres Hospiz aufgenommen werden zu können. So darf keine Behandlung im Krankenhaus erforderlich sein, und die Möglichkeit einer ambulanten Versorgung durch Angehörige muss ausgeschlossen sein. Grundsätzlich muss die Aufnahme in ein stationäres Hospiz medizinisch begründet werden können.

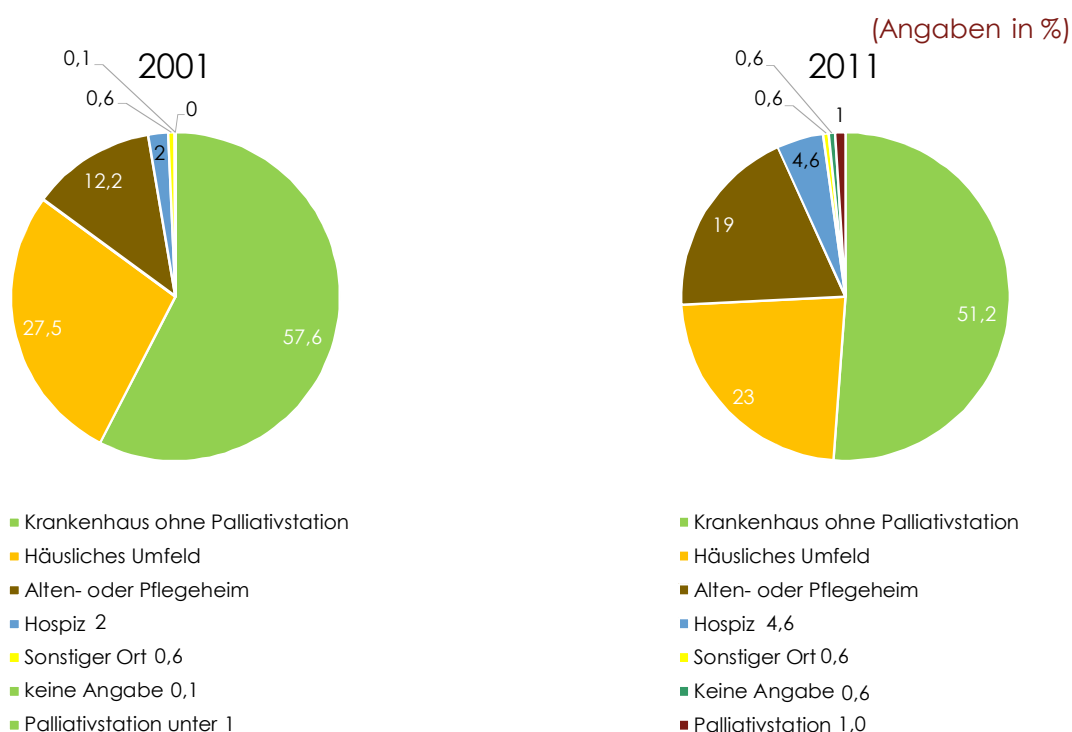
Die Palliativstation ist ein integraler Teil der Klinik. Eine Aufnahme auf die Palliativstation erfolgt im Zuge einer Krisenintervention, z. B. bei starkem Fortschreiten der Schmerzsymptomatik oder Atemnot. Befindet sich ein Patient auf der Palliativstation, erfolgen meist keine weiteren belastenden Therapien wie aggressive Chemo- oder Strahlentherapie. Das Ziel einer Behandlung auf dieser Station ist es, den Patienten mit ausreichender Schmerz- und Sym-

ptomkontrolle ins häusliche Umfeld zu entlassen. Trotzdem verstirbt eine gewisse Anzahl an Patienten auf der Palliativstation aufgrund ihrer weit fortgeschrittenen Erkrankungen.

Der Aufenthalt auf dieser Station ist zeitlich begrenzt, wodurch bei Aufnahme eines Patienten mit Überlegungen zu einer anschließenden Versorgung begonnen werden muss. Nach Entlassung aus der Palliativstation kann ein Patient an verschiedene ambulante Strukturen übergeben werden. Dazu zählen die SAPV, Tageshospize, die Kurzzeitpflege, Pflegeheime oder stationäre Hospize. Dies erfordert allerdings, dass die nötigen ambulanten Strukturen zur weiteren Betreuung des Patienten vor Ort vorhanden sind. Dafür ist eine bundesweite, flächendeckende ambulante Palliativversorgung zwingend erforderlich.

Laut einer im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Erhebung eignet sich nur jeder vierte Sterbefall zuhause.⁹ Dies widerspricht dem Wunsch der Mehrheit der Bevölkerung, im häuslichen Umfeld zu versterben.

Abbildung 7: Zeitlicher Trend der Sterbeorte. Angaben in Prozent⁷



9 Dasch B, Blum K, Gude P, Bausewein C: Place of death: trends over the course of a decade – a populationbased study of death certificates from the years 2001 and 2011. Dtsch Arztebl Int 2015;112:496-504, DOI:10.3238/arztebl.2015.0496 Deutscher Version unter: <http://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=16&aid=171320&s=Gude>

Von 2001 bis 2011 hat sowohl der Anteil der im Krankenhaus Sterbenden als auch der Anteil der im ambulanten Bereich versterbenden Menschen abgenommen. Die Zahl derer, die in Pflegeheimen, Hospizen oder Palliativstationen sterben, hat dagegen zugenommen.

Zukünftiges

Palliative Care steht auf vier Säulen: Palliativmedizin, Palliativpflege, psychosoziale Begleitung und spirituelle Begleitung. Die Sterbebegleitung gehört zur psychosozialen Betreuung und wird beim ambulanten Hospizdiensten durch qualifizierte Ehrenamtliche übernommen. Die Palliativversorgung entwickelt sich ständig fort. 2015 trat das „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz HPG)¹⁰“ in Kraft. Darin werden „die Palliativversorgung in der Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung und die spezialisierte Palliativversorgung gestärkt“.¹¹ Ferner dient das Gesetz der Verbesserung der Finanzierung stationärer Hospize, indem der gesetzlich finanzierte Teil der Kosten auf 95 Prozent steigt. Außerdem wird die „Sterbebegleitung ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrags der sozialen Pflegeversicherung. [...] Der gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege die einzelnen Leistungen der Palliativpflege zu konkretisieren. [...] Im vertragsärztlichen Bereich werden die Selbstverwaltungspartner der Ärzteschaft und der Krankenkassen zusätzliche vergütete Leistungen vereinbaren – zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, zur Zusatzqualifikation der Ärzte, sowie zur Netzwerkarbeit mit den anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Versorgungseinrichtungen. [...] Es wird eine gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass Pflegeheime ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase organisieren und anbieten können. Finanzierung des Beratungsangebotes erfolgt durch die Krankenkassen.“⁹

Laut WHO-Definition ist Palliative Care „ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohenden Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen, sowie anderer Probleme körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“.¹² Menschen werden an ihrem Lebensende durch eine Vielzahl Faktoren verschiedener Dimensionen belastet. Diese Belastungsfaktoren wirken sich auf alle Lebensbereiche aus und können die Lebensqualität erheblich einschränken.

10 Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz und Palliativgesetz –HPG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr.48, ausgegeben zu Bonn am 07.12.2015

11 <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/fragen-und-antworten-zum-hospiz-und-palliativ-gesetz.html> (letzter Zugriff 10.10.16)

12 Deutsche Definition Palliative Care der World Health Organization. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf (letzter Zugriff 10.10.16)

Abbildung 8: Körperliche Symptome von Palliativpatienten¹³

Prävalenz der Symptome bei 400 Palliativpatienten (380 onkologisch). Angaben in % Angaben modifiziert nach Litt. 18			
Schmerzen	64	Erbrechen	16
Anorexie	34	Mundtrockenheit	16
Obstipation	32	Husten	15
Schwäche	32	Dermatologische S.	14
Dyspnoe	31	Urologische S.	14
Übelkeit	29	Erbrechen	16
Müdigkeit	23	Ödeme	12
Gewichtsverlust	18		

Abbildung 9: Psychische Symptome bei Palliativpatienten

Prävalenz der Symptome bei 400 Palliativpatienten (380 onkologisch). Angaben in % Angaben modifiziert nach Lit. 18			
Dyspnoe	31	Angst	13
Neuropsychiatrische S.	27	Schlafstörungen	12
Gedrückte Stimmung	16		

Unter den körperlichen Symptomen sind Schmerzen die Symptomatik, die die Patienten am häufigsten betrifft. Die Dyspnoe ist, neben der körperlichen Belastung, durch die Angst vor dem Ersticken zusätzlich psychisch sehr belastend für die Patienten.

¹³ Potter J., Hami F., Bryan T., Quigley C., Symptoms in 400 patients to palliative care services: prevalence and patterns. Palliat Med 2003 ;17: 310 -314

Abbildung 10: Psychische Krankheitsbilder bei Palliativpatienten¹⁴

Psychische Störung Angaben modifiziert nach Lit. 19	Punktprävalenz in Deutschland (Angaben in %)
Affektive Störungen (wie Depression, Dysthymia)	10,8
Angststörungen	13,5
Akute Belastungsreaktion	4,1
Posttraumatische Belastungsreaktion	2,2
Anpassungsstörung	8,0

Neben Depressionen und Angststörungen können Palliativpatienten auch posttraumatische Belastungsstörungen aufweisen. Diese entstehen meist im Verlauf der Krankheitsgeschichte der Patienten.

Beschäftigt man sich mit der psychosozialen Betreuung der Palliativpatienten, lässt sich die Dichterin Mascha Kaléko zitieren: „Bedenkt, den eigenen Tod, den stirbt man nur – doch mit dem Tod der anderen muss man leben.“ Es ist wichtig, nicht nur die Betroffenen zu betreuen, sondern auch die Angehörigen zu begleiten. Aus diesem Grund stellt die Trauerbegleitung einen bedeutenden Aspekt von Palliative Care dar, da auch die Zugehörigen häufig Unterstützung benötigen.

Weiterhin sind religiöse und spirituelle Bedürfnisse der Patienten zu beachten. Die Spiritualität kann einerseits eine wichtige Ressource für den Patienten sein, ihn aber andererseits auch belasten. Beschäftigt sich ein Palliativpatient mit seiner lebensbedrohlichen Erkrankung, ergeben sich Fragen wie z. B. „Warum ich? Was kommt nach dem Tod? Was macht mein Leben in dieser Situation noch lebenswert?“ Es kann helfen zu überlegen, wie Zugehörige und Institutionen den Patienten unterstützen können. In den Publikationen zu dieser Thematik finden sich beispielsweise folgende Aspekte: Sinnfindung in der Erkrankung, Wunsch nach innerem Frieden, Bedürfnis nach einem religiösen Ritual, Auflehnen gegen das Schicksal und Hadern mit Gott¹⁵. Eine Befragung von Palliativpatienten zeigte, dass sich 41 Prozent ein Gespräch zu religiös-spirituellen Fragen wünschen, aber nur jeder zweite ein solches Gespräch führen konnte.¹⁶ Werden religiös-spirituelle Bedürfnisse der Patienten nicht adäquat berücksichtigt, führt dies zu

14 Massie 2004, Sellick & Crocks 1999, Stark & House 2000, Stark et al. 2002, Kangas et al. 2002., Kissane et al. 2002, Kissane et al. 2004., Breitbart et al. 2004.

15 Alcorn, S.R., Balboni, M.J., Prigerson, H.G., Reynolds, A., Phelps A. C. Wright, A.A., Balboni, T.A. „If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today“: religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. J Palliat Med. 2010; 13(5): 581 – 588; Fitchett, G., Winter-Pfandler, U. Pargament, K.I. Struggle with the Divine in Swiss Patients Visited by Chaplains. Prevalence and Correlates. J Health Psychol. 2014; 19(8): 966-976

16 Williams, J.A., Meltzer, D., Arora, V., Chung, G., Curlin, F.A. Attention to patients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. 2011. J Gen Intern Med. 26(11): 1265 -1271

höheren Depressionswerten und einem geringeren spirituellen Wohlbefinden.¹⁷ Des Weiteren sind soziale Fragestellungen zu beachten. Palliativpatienten sind z. B. mit der finanziellen Absicherung ihrer Familienmitglieder belastet.

„Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende, medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt.“¹⁸ Denn jeder Mensch soll selbstbestimmt, bei optimaler Lebensqualität und minimalem Leiden sterben können und dürfen.

Aus der Diskussion

Sie haben herausgearbeitet, dass sich in Deutschland viel verändert hat. Wie stellt sich die Situation im internationalen Vergleich dar? Der Ursprung der Palliativbewegung befindet sich wie wir gehört haben in England, wo stehen wir in Deutschland? Hinken wir hinterher oder sind wir auf einem vergleichbaren Stand?

Kohrt: Was die Sterbeorte anbelangt sterben auch in Großbritannien etwa 60% im Krankenhaus. In Dänemark sind es deutlich weniger, etwa 38%. International gibt es große Unterschiede. So sind die skandinavischen Länder deutlich weiter, was die Palliativversorgung, stationäre Hospize und Pflegeheime angeht. Dort wurden Palliative Care und palliativmedizinisches Denken viel eher eingeführt.

Wofür benötigt man die Hospize? Wenn ein Patient schmerztherapeutisch gut eingestellt ist und zuhause sterben möchte, weshalb geht er dann in ein Hospiz, wenn er durch Palliativstationen und SAPV bereits gut versorgt ist?

Kohrt: Eine gute Frage. Bei den Palliativstationen müssen auch immer wirtschaftliche Interessen berücksichtigt werden. Die Verweildauer ist begrenzt. Auch aufgrund des demographischen Wandels können Patienten häufig nicht immer nach Hause verlegt werden. Es fehlt das soziale Umfeld oder es gibt kein SAPV-Team, das eine kontinuierliche Versorgung gewährleisten kann. In stationären Hospizen wird die Wohnleistung zu 95% von Kranken- und Pflegekasernen getragen.

Was ist ein Tageshospiz und wieviel gibt es in Deutschland?

Kohrt: Konkrete Zahlen kann ich Ihnen nicht nennen. Die vorliegenden Zahlen gehen zurück auf den Wegweiser für Hospiz- und Palliativmedizin. Darin sind nur Institutionen gelistet, die sich freiwillig gemeldet haben. Ich kann Ihnen keinen aktuellen Stand geben. Es gibt durchaus die Situation, dass der Patient tagsüber zur Entlastung der Angehörigen in ein solches Hospiz gebracht wird. Sie wird aber weniger in Anspruch genommen als andere Angebote.

Palliativstationen sind ja eigens dafür geschaffen worden, um Patienten zu stabilisieren und dann in die ambulante Versorgung zu entlassen. Sie sind nicht für einen längeren Aufenthalt

¹⁷ Pearce, M.J., Coan, A.D., Herndon, J.E., 2nd, Koenig, H.G., Abernethy, A.P. Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. Support Cancer Care.2012; 20(10): 2269 - 2276

¹⁸ Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen on Deutschland. http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta_leitsaetze_2.html (letzter Zugriff 11.10.16)

gedacht. In Ostdeutschland leben derzeit etwa 12 Mio. Menschen der 86 Mio. in Deutschland. Dort sind viele dünn besiedelte Gebiete vorhanden. Die Versorgung läuft dort daher anders ab, als wir es hier in dicht besiedelten Gebieten gewohnt sind.

Kohrt: Ein wichtiger Aspekt, danke.

Pflegeheime sind für viele ältere Menschen ja die gewohnte Umgebung. Lässt sich das als Sterbeort dann gesondert erfassen oder kann man auch sagen, dass das häusliche Umfeld eben auch das Pflegeheim sein kann.

Kohrt: Das häusliche Umfeld kann auch das Pflegeheim sein, wenn ein Patient schon länger dort wohnt und sich dort heimisch fühlt. Ich habe eine Dame begleitet, die das Krankenhaus als ihr häusliches Umfeld empfand. Sie sagte, sie hätte aufgrund der Chemotherapie soviel Zeit dort verbracht, dass sie auf der Station jedes Mal quasi familiär begrüßt wurde und sich auf der Station auch sicher aufgehoben fühlte.

Wir haben die Problematik bis jetzt hauptsächlich aus Sicht der onkologischen Erkrankungen betrachtet, aber das übliche Altwerden und Sterben ist ja gerade nicht Teil der Palliativversorgung. Nicht jeder alte und kranke Mensch ist in einer Situation, die eine palliativmedizinische Betreuung erfordert.

Kohrt: Was die SAPV betrifft: SAPV benötigen etwa 10% -15% der Patienten.

Ich möchte noch etwas zur Finanzierung der stationären Hospize sagen. Es hört sich zunächst toll an, dass der Träger nur 5% der Kosten selbst finanzieren muss. Je nach Größe und Umfang der Versorgung verbergen sich hinter diesen 5% sehr hohe Kosten für das Hospiz. Auch wenn Spenden eingeholt werden können, ist die Finanzierung doch oft eine Herausforderung.

Palliative Care – ein multimodales Konzept

S3-Leitlinie Palliativmedizin

Dr. Constanze Rémi, Apotheke des Klinikums der Universität München

Dieser Beitrag soll einen Überblick über die Inhalte der S3-Leitlinie zur Palliativmedizin verschaffen.

Einführung

Ein schwerstkranker Patient leidet nicht nur unter körperlichen Symptomen. Auch psychische, spirituelle und soziale Aspekte beeinflussen die jeweilige Lebenssituation der Patienten. Depressionen, Angst vor dem Tod, Isolation und Arbeitslosigkeit können den Kranken belasten. Der spirituelle Bereich ist dabei nicht mit dem religiösen gleichzusetzen. So wird die Frage nach dem Sinn einer schweren Erkrankung oder des Lebens auch Menschen ohne religiöse Überzeugungen beschäftigen, z. B. einen Patienten mit Lungenkrebs, der selbst nie geraucht und auf eine gesunde Lebensweise geachtet hat. Palliative Care hat daher die Aufgabe, alle diese Dimensionen des Leidens zu berücksichtigen. Der Patient muss unter Berücksichtigung aller relevanten Aspekte versorgt werden.

Die Versorgungsstrukturen im Bereich Palliative Care müssen ein horizontal und vertikal durchlässiges und vernetztes System bilden. So muss der Übergang aus einer stationären in eine ambulante Versorgung und zurück möglichst unkompliziert ablaufen. Gleichzeitig muss auf gesteigerte Anforderungen an die Versorgung bei zunehmender Komplexität der Erkrankung geachtet werden. Medizinische und nicht-medizinische Aspekte müssen in die Begleitung und Versorgung des Patienten integriert und aufeinander abgestimmt werden. Ferner müssen flächendeckend gleichwertige Versorgungsangebote vorhanden sein. Die Patienten und Angehörigen dürfen bei der Organisation der unterschiedlichen Angebote nicht allein gelassen werden.

Die Wahl der bestmöglichen Therapie

Die Versorgungsstrukturen sind in Deutschland unterschiedlich. Es existieren regionale medizinische Besonderheiten bei der Palliativversorgung. Die Diversität der Strukturen ist historische bedingt und führt dazu, dass es nur teilweise klare Rahmenbedingungen für die Palliativversorgung gibt. Die SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) ist zur Zeit die am besten definierte Form der palliativen Versorgung, da sie über den strukturiertesten und genauesten gesetzlichen Rahmen verfügt. Aber auch in diesem Bereich gibt es unterschiedliche Organisationsstrukturen; so ist beispielsweise SAPV in Berlin vollkommen anders strukturiert als SAPV in Bayern. Mit Hospizvereinen und Hospizinitiativen kommt ein weiteres breites Feld an unterschiedlichen Strukturen zur Versorgung hinzu.

Fokussiert man den medizinischen Aspekt der palliativen Behandlung, so ist bei vielen Therapien nur eine geringe wissenschaftliche Evidenz vorhanden. Der Grund dafür ist, dass die Forschung im Bereich der Palliativmedizin eine besondere Herausforderung darstellt. Es handelt sich um ein eher forschungsfeindliches Umfeld, da für die Forschung eine Standardisierung der Therapie notwendig wäre. In der Palliativversorgung wird aber großer Wert auf eine möglichst individuelle Betreuung des Patienten gelegt. Ferner liegen ethische Bedenken sowohl von Beteiligten als auch von Außenstehenden aufgrund der Vulnerabilität der Patienten vor. Interessanterweise äußern sich die Patienten selbst im Bezug auf die Forschung durchaus positiv. Sie geben an, etwas hinterlassen zu wollen oder einen Beitrag dazu zu leisten, dass nachfolgenden Patienten verbesserte Behandlungen zur Verfügung stehen.

Die ethischen Vorbehalte haben dazu geführt, dass es vergleichsweise wenig Erfahrung mit Studien in der Palliativmedizin gibt. Die Rekrutierung der Patienten und das Festlegen der Studiendauer gestalten sich schwierig. Soll beispielsweise ein Arzneimittel auf seinen Nutzen in der Sterbephase untersucht werden, ist es quasi unmöglich, den Beginn des untersuchten Zeitraums festzulegen. Es ist nur im Nachhinein erkennbar, wann die letzten achtundvierzig Stunden des Patienten begonnen haben. Die komplexen Anforderungen an die Methodik haben dazu geführt, dass die evidenzbasierte Medizin nur einen kleinen Teil der palliativen Therapieoptionen ausmacht. Die Mehrzahl der Therapieoptionen beruht auf Erfahrungswerten und unkonventionellen Methoden, wobei die Evidenzbasis stetig wächst. In der täglichen Praxis müssen die Behandler die vorhandene Evidenz und ihre persönliche Erfahrung kombinieren. Aus dieser Kombination heraus müssen sie extrapolieren, um in der jeweiligen Situation die bestmögliche Therapie für den Patienten zu finden. Dabei überwiegt in manchen Fällen der Einfluss der Evidenz und in anderen Fällen der Einfluss der Erfahrung bei der Wahl der Therapie.

Die Leitlinie

Aus den beschriebenen Gründen ist es sinnvoll, die Therapiestandards, die existieren, in einer Leitlinie festzuhalten. Die S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ ist im Mai 2015 erstmalig veröffentlicht worden. Eine Leitlinie stellt allgemein eine Entscheidungshilfe für die Praxis dar und soll dem behandelnden Arzt ermöglichen, die bestmögliche Therapie für den Patienten auszuwählen. Sie soll möglichst aktuell sein und weist daher auch ein Ablaufdatum auf, um diesem Anspruch gerecht zu werden. Leitlinien erfassen den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse (Evidenz) und stellen den fachlichen

Entwicklungsstandard dar (state of the art; Standard). Dadurch werden Informationen aus Theorie und Praxis kombiniert.

Zielgruppe

Die Leitlinie zur Palliativmedizin ist Teil des Leitlinienprogramms Onkologie. Sie wird von der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe, der AWMF und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin getragen. Die Leitlinie unterscheidet sich von anderen Leitlinien darin, dass sie an den Bedürfnissen der Patienten orientiert und diagnoseübergreifend ist. Sie ist komplementär zu den organspezifischen Leitlinien zu den einzelnen Krebsarten wie z. B. Mammakarzinom. Die Zielgruppe der Leitlinie für Palliativmedizin sind Patienten mit nicht heilbaren Tumorerkrankungen. Die enthaltenen Erkenntnisse lassen sich auch auf Palliativpatienten mit einer anderen Grunderkrankung anwenden. Die zur Entwicklung der Leitlinie nötige Recherche fokussierte sich allerdings auf Patienten mit einer Krebserkrankung. Ferner richtet sich die Leitlinie nicht nur an Ärzte, sondern alle an der Palliativversorgung Beteiligten. Außerdem ist die Leitlinie nicht nur in spezialisierten Strukturen sondern auch in der allgemeinen Versorgung anzuwenden.

Abbildung 1: Ersteller der Leitlinie

Gruppe	Zahl der Beteiligten
Experten	49
Mandatsträger der Fachgesellschaften	69
Beteiligte Fachgesellschaften und Institutionen	53

Für medizinische Leitlinien untypisch war die Beteiligung nicht nur von medizinischen sondern auch von anderweitigen Fachgesellschaften an der Erstellung der Leitlinie. Darunter waren beispielsweise der Deutsche Bundesverband für Logopädie, die Evangelische Kirche Deutschlands und die Frauenselbsthilfe nach Krebs. Von Seiten der Apotheker war nur der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker vertreten, da andere Apothekerverbände keine Reaktion auf eine Einladung gezeigt hatten.

Methodik

Die Leitlinie zur Palliativmedizin ist eine S3-Leitlinie und weist somit die höchste Entwicklungsstufe auf. Um die Leitlinie zu erstellen sind zunächst Schlüsselfragen zu den verschiedenen Themengebieten formuliert worden. Danach führte eine Arbeitsgruppe Literaturrecherchen zu den Schlüsselfragen durch und bewertete die so identifizierte Literatur. Zusätzlich wurden Experten befragt, ob sie von eventuell noch unveröffentlichter Literatur wüssten und ob sie Zugang zu dieser hätten. Die so generierte Auswahl an Studien und ähnlichem Material wurde auf ihre Qualität hin untersucht und anschließend an mehrere Arbeitsgruppen weitergeleitet. Diese erarbeiteten Schlüsselempfehlungen zu den einzelnen Fragen. Ferner wurden Texte zum Hintergrund der Empfehlungen erstellt, um diese zu untermauern.

Die Einteilung des Evidenzgrades der Empfehlungen erfolgte mithilfe des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN unterscheidet ein Spektrum verschiedener Evidenz-

level von qualitativ hochwertigen Metaanalysen bis zu Expertenmeinungen. Diese Darstellung ermöglicht eine hohe Transparenz. Ferner ist zu jeder Empfehlung ein Empfehlungsgrad nach dem AWMF-Regelwerk vorhanden.

Abbildung 2: Total Pain Concept¹

TABELLE 4	
Schema der Evidenzgraduierung nach SIGN (40)	
Evidenzklassifikation	Beschreibung
1++	qualitativ hochwertige Metaanalysen, systematische Übersichten von RCTs oder RCTs mit sehr geringem Risiko systematischer Fehler (Bias)
1+	gut durchgeführte Metaanalysen, systematische Übersichten von RCTs oder RCTs mit geringem Risiko systematischer Fehler (Bias)
1-	Metaanalysen, systematische Übersichten von RCTs oder RCTs mit hohem Risiko systematischer Fehler (Bias)
2++	qualitativ hochwertige systematische Übersichten von Fallkontroll- oder Kohortenstudien oder qualitativ hochwertige Fallkontroll- oder Kohortenstudien mit sehr niedrigem Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „chance“) und hoher Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist
2+	gut durchgeführte Fallkontroll- oder Kohortenstudien mit niedrigem Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „chance“) und moderater Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist
2-	Fallkontroll- oder Kohortenstudien mit einem hohen Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „chance“) und signifikantem Risiko, dass die Beziehung nicht ursächlich ist
3	nichtanalytische Studien, z. B. Fallberichte, Fallserien
4	Expertenmeinung

RCT, randomisierte kontrollierte Studie

¹ <http://www.aerzteblatt.de/archiv/173555> (letzter Zugriff 12.09.16)

Abbildung 3: Empfehlungsgrade AWMF²

Tabelle 1		
Einstufung von Leitlinienempfehlungen in Empfehlungsgrade (Grades of Recommendation)		
Empfehlungsgrad	Beschreibung	Symbol
A	Starke Empfehlung	↑↑↑
B	Empfehlung	↑↑
O	Empfehlung offen	↔

Je nach Empfehlungsgrad wird eine unterschiedliche Terminologie verwendet. „Soll“ steht für Empfehlungsgrad A, „sollte“ für B und „kann“ für O. Ferner sind Statements und Expertenkonsense vorhanden. Ein Statement ist eine Darlegung oder Erläuterung von spezifischen Sachverhalten oder Fragestellungen ohne unmittelbare Handlungsaufforderung und fußt auf Studienergebnissen oder Expertenmeinungen. Ein Expertenkonsensus ist eine Empfehlung, für die keine systematische Aufarbeitung der Literatur erfolgte, sondern nur die Meinung von Experten maßgeblich war. Generell sind alle Schlüsselempfehlungen, Statements und Expertenkonsense vor ihrer Aufnahme in die Leitlinie konsentiert worden. Dies geschah auf Konsenskonferenzen.

Dokumente

Abbildung 4: Versionen der Leitlinie zur Palliativmedizin

Version	Details
Langversion	272 Seiten, 816 Literaturstellen
Kurzversion	100 Seiten
Leitlinienreport (Methodik)	187 Seiten
Mit Evidenztabelle	158 Seiten, ca. 230 Studien
Patienten-Leitlinie	

² <http://www.aerzteblatt.de/archiv/48609> (letzter Zugriff 12.09.16)

Abbildung 5: Aufbau der Leitlinie

Vorwort, Information, Einführung
Glossar
Grundsätze der Palliativversorgung
1. Atemnot
2. Tumorschmerz
3. Obstipation
4. Depression
5. Kommunikation
6. Sterbephase
7. Versorgungsstrukturen
Abbildungen, Tabellen, Literatur

Das Glossar ist für das Verständnis der Leitlinie äußerst wichtig, da es Erklärungen für Begriffe enthält, die im Allgemeinen unterschiedlich verwendet werden. So wurde z. B. während der Erstellung der Leitlinie der Begriff Palliative Care Gegenstand einer ausführlichen Diskussion.

Die Grundsätze der Palliativversorgung enthalten ausschließlich Statements und Expertenkonsense, die die Palliativversorgung in groben Zügen beschreiben. Im Hintergrundtext zu den Grundsätzen findet sich folgender Abschnitt:

„Das Grundanliegen der Palliativversorgung sollte allen im Gesundheitswesen Beschäftigten, aber auch der Bevölkerung, genauso bekannt sein wie die Grundanliegen der präventiven, kurativen und rehabilitativen Medizin. Die Wertewelten und Ziele der Patienten und ihrer Angehörigen sind Grundlage jeglichen Palliativversorgungsangebotes, unabhängig von der Differenzierung in allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung. Dieses Angebot entspricht einer an Patientenbedürfnissen orientierten allgemeinen Versorgung. Palliativversorgung und krankheitsmodifizierende Maßnahmen können gleichzeitig indiziert sein. Im Verlauf eines progredienten Krankheitsprozesses verlagert sich der Behandlungsansatz jedoch zunehmend in Richtung der Palliativversorgung.“³

Ob der geforderte Bekanntheitsgrad tatsächlich existiert, ist fraglich. Für die an der Versorgung Beteiligten ist auch der Hinweis auf die Wertewelten und Ziele der Patienten bedeutend. Teilweise fällt es schwer, die Sicht der Patienten zu akzeptieren und zu berücksichtigen, aber es ist zwingend notwendig. Die Begleitung eines Patienten mit einer vollkommen andersartigen Wertewelt kann sich als Herausforderung gestalten. Ferner sollten Patienten frühzeitig in die

3 S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf (letzter Zugriff 12.09.16)

Palliativversorgung eingeschrieben werden, sodass die Palliativversorgung parallel zur restlichen Therapie verläuft.

Die Kapitel zur Behandlung der verschiedenen Symptome sind wiederum in verschiedene Themengebiete unterteilt. Aus diesen Kapiteln lässt sich erkennen, dass die Symptome in unterschiedlichem Ausmaß medikamentös behandelt werden können.

Atemnot

Die Atemnot ist ein sehr belastendes Symptom, welches allerdings bisher wenig Aufmerksamkeit durch die Fachwelt erhalten hat. Patienten werden mit Atemnot auf die Palliativstation geschickt, obwohl sie bereits eine Vielzahl an Inhalativa verwenden. Das Mittel der Wahl bei einer Atemnot bei einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung sind Opioide. „Bei Patienten mit einer Krebserkrankung und Atemnot sollen orale oder parenterale Opioide zur symptomatischen Linderung von Atemnot eingesetzt werden.“³

Abbildung 7: Dosierung der Opioide bei Atemnot³

Opioide	Startdosis Opioide-naiv	Startdosis bei vorbestehender Opioide-therapie
Morphin	2,5 – 5 mg alle 4 Std. p. o. 1 – 2,5 mg alle 4 Std. s. c.	Erhöhung um 25 % der vorbestehenden Opioiddosen

Es wird zunächst eine niedrige Startdosis verabreicht und dann solange auftitriert, bis der gewünschte Effekt erreicht ist. Dies entspricht dem Vorgehen in der Schmerztherapie und es werden auch ähnliche Dosierungen angewendet. Bei älteren, opioidnaiven Patienten kann als Startdosis auch ein Tropfen einer zweiprozentigen Morphinlösung alle drei bis vier Stunden eingesetzt werden. Literaturdaten deuten darauf hin, dass es keine Rolle spielt, welches Opioide eingesetzt wird. Das heißt, es muss nicht zwangsläufig Morphin verwendet werden.

Sauerstoff wird in der Praxis sehr häufig bei Patienten mit Atemnot eingesetzt, ist aber keine leitliniengerechte Therapie. „Sauerstoff sollte nicht zur Linderung von Atemnot bei nicht-hypoxämischen Patienten mit einer Krebserkrankung eingesetzt werden.“³ Es hat sich herausgestellt, dass nicht der Sauerstoff an sich, sondern der entstehende Luftzug die Atemnot der Patienten lindert. Daher empfiehlt die Leitlinie: „Ein auf das Gesicht gerichteter kühler Luftzug (z. B. hervorgerufen durch einen Handventilator) sollte zur symptomatischen Linderung von Atemnot bei Patienten mit einer Krebserkrankung und Atemnot eingesetzt werden.“³ Aus diesem Grund wird auf der Palliativstation des Uniklinikums München eine Kiste mit Handventilatoren aufbewahrt. Jedem Patienten mit Atemnot wird ein solcher Ventilator ausgehändigt.

Tumorschmerz

Etwa zwei Jahre vor Beginn der Arbeit an der Leitlinie zur Palliativmedizin gab die Europäische Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) 2012 eine Leitlinie zur medikamentösen Behandlung

von Tumorschmerzen heraus.⁴ Da diese Leitlinie bereits auf einer umfassenden Literaturrecherche basierte, wurde sie adaptiert und in Hinsicht auf besondere Aspekte in Deutschland (Metamizol) ergänzt. Eine Neuerung durch die EAPC-Leitlinie war, dass Morphin nicht länger allein als Goldstandard für die opioidbasierte Schmerztherapie gilt. Stattdessen werden Morphin, Oxycodon und Hydromorphon als gleichwertig betrachtet. Dies spiegelt auch den Praxisalltag wider, denn jedes Palliativteam bevorzugt eine andere Substanz. Es ist nicht notwendig, das gesamte verfügbare Spektrum an Opioiden einzusetzen. Vielmehr sollte der Behandelnde die Vor- und Nachteile seiner bevorzugten Substanz kennen und diese effektiv einsetzen können. Treten unter einer Opioidbehandlung zentrale Nebenwirkungen auf, ist zunächst die Dosis zu reduzieren oder das Applikationsintervall zu verlängern. Sollte die Schmerzlinderung unzureichend oder sollten die Nebenwirkungen unerträglich sein, kann ein Wechsel des Opioids erfolgen.

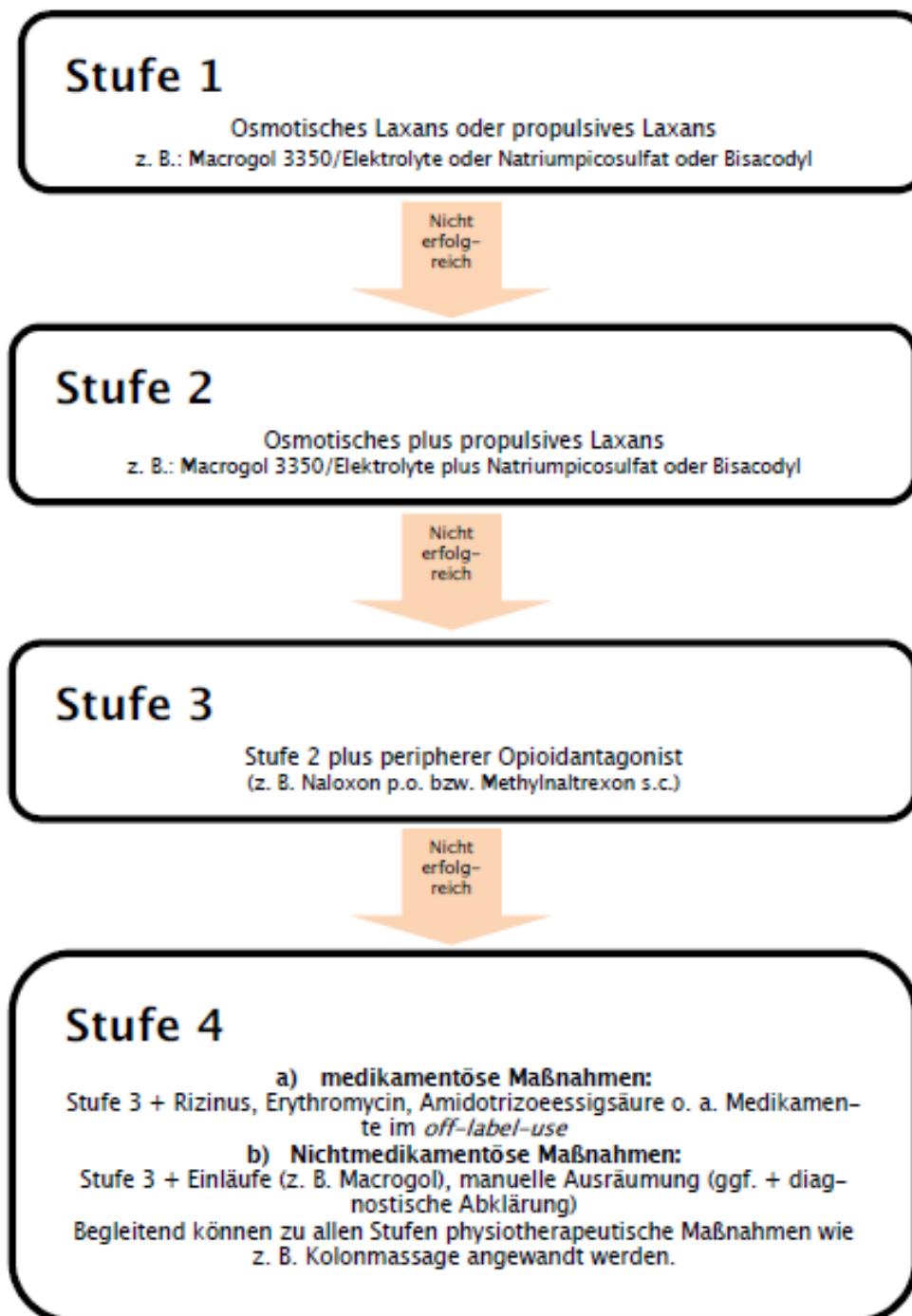
Die Empfehlung der Leitlinie zur Palliativmedizin zu Metamizol zeigt, dass die Leitlinie für Krebserkrankungen konzipiert wurde. „Metamizol kann als Monotherapie bei leichten Schmerzen und als Kombinationstherapie mit Opioiden bei mittleren und starken Tumorschmerzen als Alternative zu NSAR und Paracetamol eingesetzt werden.“³ Viele Studien mit Metamizol wurden in der postoperativen Schmerztherapie durchgeführt. Zur Indikation Tumorschmerz finden sich drei RCTs und eine Kohortenstudie. Die klinische Erfahrung zeigt aber, dass Metamizol wirksam ist. Im Vergleich zu NSAR und Paracetamol ist es ferner besser verträglich. Metamizol kann allerdings eine Agranulozytose verursachen; dies ist in der Praxis allerdings weniger relevant als durch NSAR verursachte Nierenschäden. Daher wird Metamizol in der Palliativmedizin in der Bundesrepublik Deutschland oft eingesetzt.

„Bei Patienten mit neuropathischen Tumorschmerzen, die nur teilweise auf Opioid-Analgetika ansprechen, soll Amitriptylin, Gabapentin oder Pregabalin in Betracht gezogen werden. Bei der Kombination eines Opioids mit Amitriptylin, Pregabalin oder Gabapentin treten häufig ZNS-Nebenwirkungen auf, sofern nicht beide Medikamente vorsichtig titriert werden.“³ Auch diese Empfehlung wird von der EAPC-Leitlinie beeinflusst. Neuere Substanzen, wie Duloxetin werden nicht berücksichtigt, da die entsprechenden Studien größtenteils an diabetischen Patienten mit Neuropathien durchgeführt wurden.

Obstipation

Internationale Empfehlungen zur Obstipation bei Palliativpatienten fordern, dass sofort eine Behandlung mit zwei Laxantien erfolgt. Seit die Opiatantagonisten auf dem Markt sind, heißt es, die herkömmlichen Laxantien wären nicht wirksam. Es ist aber pragmatischer, zunächst nur mit einer Substanz zu therapieren.

⁴ Caraceni A, Hanks G, Kaasa S et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncology* 2012(13): 58-68.

Abbildung 8: Stufenschema zur Therapie der Obstipation³

In Stufe vier des Therapieschemas sind nur off-Label-Anwendungen unter den medikamentösen Maßnahmen zu finden, die mit den nicht-medikamentösen Maßnahmen gleichgesetzt werden. In der Praxis werden Einläufe oder Klistiere frühzeitig eingesetzt und durchaus als sinnvoll betrachtet. Einläufe sind dabei in der Regel keine besonders große Belastung für die Patienten, da sie im Vergleich zur massiven Obstipation eine deutliche Entspannung der Situation bewirken. Die nicht-medikamentösen Maßnahmen in dieser Stufe sind deutlich verträglicher als die medikamentösen. Insgesamt existieren nur begrenzt wissenschaftliche Daten zur Therapie der Obstipation, wodurch die Empfehlungen deutlich praxisorientiert sind.

Depression

Die Depression ist bei einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung eine häufige Begleiterkrankung. Der Schwerpunkt des Kapitels liegt bei einleitenden Erklärungen und Möglichkeiten zur Diagnose, während es nur wenige Informationen zur medikamentösen Therapie gibt. Die Depression wird in der Leitlinie nicht anders behandelt als eine Depression bei Patienten ohne Tumorerkrankung. Es ist wichtig und eine große Herausforderung, zwischen Depression und Trauer zu unterscheiden. Es gibt Ärzte, die eine Depression diagnostizieren, obwohl eine Trauerreaktion vorliegt. Trauer ist aufgrund der fortgeschrittenen und lebensbegrenzenden Erkrankung eine natürliche Reaktion des Betroffenen und seiner Angehörigen. Eine Trauer bedarf keiner antidepressiven Therapie.

Abbildung 9: Unterscheidung von Depression und Trauer³

Depression	Trauerreaktion
Gefühl des Ausgestoßen seins oder Alleinseins	Gefühl mit Anderen in Verbindung zu stehen
Gefühl der Unveränderlichkeit	Gefühl, es geht wieder vorbei
Beständiges Gedankenkreisen, Hoffnungslosigkeit	Kann Erinnerungen genießen
Starke Selbst-Abwertung	Erhalt des Selbstwertgefühls
Konstant	Wellenförmig
Keine Hoffnung, kein Interesse an der Zukunft	Schaut vorwärts
Nur wenig Freude an Aktivitäten	Bewahrt das Vermögen, sich zu freuen
Suizidalität	Lebenswunsch

Liegt eine Depression vor, ist eine Psychotherapie angezeigt, auch wenn das Lebensende des Patienten fast erreicht ist. Einige Palliativmediziner haben Schwierigkeiten damit, ihren Patienten eine Psychotherapie zukommen zu lassen. Der Expertenkonsens dazu lautet: „Eine Be-

handlung der Depression bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung soll auch bei kurzer Lebensprognose von wenigen Wochen erfolgen.“ Was die medikamentöse Therapie betrifft, ist kein Antidepressivum anderen Antidepressiva gegenüber klar überlegen. Die Besonderheit der antidepressiven Therapie in der Palliativmedizin ist, dass bei der Wahl des Wirkstoffes auch Nebenwirkungen ausgewählt werden, die in der kurativen Medizin Grund für einen Ausschluss des Wirkstoffes wären. So wird Amitriptylin trotz bzw. aufgrund der anticholinergen Nebenwirkungen eingesetzt, um Sekretionen zu vermindern. Dadurch kann beispielsweise eine beginnende Darmobstruktion gemildert werden. Die gastrointestinale Sekretion wird vermindert, wodurch die Übelkeit des Patienten abnimmt. Die sedierende Wirkung von Amitriptylin oder Mirtazapin wird bei Patienten mit Schlafstörungen genutzt. Citalopram und Venlafaxin sind neben ihrer antidepressiven Wirkung auch bei neuropathischen Schmerzen effektiv. Das Antidepressivum kann also so gewählt werden, dass der Patient auch im Bezug auf weitere Symptome davon profitiert.

Abbildung 10: Dosierungen von Antidepressiva³

Arzneimittel	Halbwertszeit	Darreichungsform	Anfangsdosis	Standardtagesdosis
Amitriptylin (TZA)	10–28 Stunden	Diverse Stärken, auch retardiert (10 – 100 mg); Lösung zum Einnehmen (40 mg / ml); Infusionslösung (50 mg)	25 – 50 mg	75–150 mg / Tag (in Klinik bis max. 300 mg / Tag) (Schwerpunkt abendliche Gabe)
Citalopram (SSRI)	26–40 Stunden	Tabletten (10 / 20 / 40 mg); Infusionslösung (20 mg)	10–20 mg	20–40 mg / Tag (max. 40 mg / Tag) (morgendliche Gabe)
Mirtazapin (NaSSA)	20–40 Stunden	Tabletten; Schmelztabletten (15 / 30 / 45 mg); Lösung zum Einnehmen (15 mg / ml)	15 mg	15–45 mg / Tag (abendliche Gabe)
Sertralin (SSRI)	24–36 Stunden	Tabletten (50 / 100 mg)	50 mg	50–100 mg / Tag (max 200 mg / Tag) (morgendliche Gabe)
Venlafaxin (SSNRI)	5 Stunden, ret. 14–18 Stunden	Tabletten 37,5 mg; Kapseln retardiert (37,5 / 75 / 150 / 225 mg)	37,5–75 mg	75–225 mg / Tag (max. 375 mg / Tag)

*NaSSA: Noradrenerges spezifisch serotonerges Antidepressivum; SSNRI: selektive Serotonin–Noradrenalin Wiederaufnahme-Hemmer; SSRI: selektive Serotonin–Wiederaufnahme Hemmer; TZA: Trizyklische Antidepressiva.

Kommunikation

Die Kommunikation mit Palliativpatienten ist in der Praxis aufgrund der für die Palliativversorgung spezifischen Themen eine große Herausforderung. Das Überbringen schlechter Nachrichten gehört nicht zum Aufgabengebiet des Apothekers. Dennoch kann ein Apotheker im privaten oder beruflichen Umfeld mit schwierigen Gesprächsthemen konfrontiert werden. Daher ist das Kapitel über die Kommunikation mit Palliativpatienten auch für Apotheker wichtig. Dort sind größtenteils Expertenkonsense zu finden.

„Der Äußerung eines Sterbe-/Todeswunsches eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung soll mit Empathie und Gesprächsbereitschaft begegnet werden.“³

Dies ist auch eine Situation, die in der öffentlichen Apotheke auftreten kann. Apotheker sind darauf nicht vorbereitet und wissen eventuell nicht, wie sie auf eine solche Äußerung reagieren können.

„Die Botschaften, die sich möglicherweise hinter einem Sterbe-/Todeswunsch verbergen, sollen sensibel exploriert werden. Solche Botschaften sind z. B.: Wunsch nach Hilfe und Unterstützung zum Weiterleben (im Sinn eines Lebenswunsches), Herbeisehnen des Todes, aktiver Wunsch nach Beihilfe zum Suizid oder nach Tötung auf Verlangen.“³

„Mögliche Ursachen für den Sterbe-/Todeswunsch sollen im Gespräch eruiert werden (z. B. die befürchtete Belastung für andere, Autonomieverlust, die Last physischer Symptome, Depression und Hoffnungslosigkeit, existenzielle Sorge und Angst vor der Zukunft).“³

Der Umgang mit solchen Situationen ist sehr schwierig und gibt zu bedenken, ob er nicht bereits im Studium thematisiert werden sollte. Der Patient tritt mit diesen Aussagen nicht nur an seinen Arzt heran, sondern auch an Personen, bei denen er sich wohlfühlt. Das bedeutet auch, dass bewusst nicht der Arzt angesprochen wird.

Sterbephase

In der Sterbephase müssen alle vorhergegangenen Aspekte gleichzeitig berücksichtigt werden. Die Sterbephase beginnt mit den letzten drei bis sieben Lebenstagen. Der Hintergrundtext der Leitlinie bietet viele relevante Informationen darüber, wie das Sterben aussieht und hilft so, es zu erkennen. Im Bezug auf die Medikation gilt das Credo „absetzen-umsetzen-ansetzen“. „Alle Maßnahmen in der Sterbephase sollen in ihrer Häufigkeit und Ausprägung den Bedürfnissen des Sterbenden angepasst werden. Dabei sollen alle Dimensionen von Lebensqualität (physisch, psychisch, sozial, spirituell), sowie kulturelle und religiöse Aspekte berücksichtigt werden.“ Besonders in der Sterbephase darf es nicht zu Automatismen bei der Betreuung kommen. Durch die Entwicklung der SAPV in den letzten Jahren ist ein Standard für die Behandlung von Sterbenden entstanden. So erhält fast jeder dieser Patienten eine Medikamentenpumpe, obwohl nicht alle Patienten eine solche Pumpe benötigen.

Betrachtet man die Medikation, so werden nur vier Arzneimittelgruppen benötigt, die alle in einer öffentlichen Apotheke erhältlich sind. Opiate für Schmerzen und Atemnot (Fentanyl), Benzodiazepine für Angst und Unruhe (Lorazepam oder Midazolam), Neuroleptika für Delir und Übelkeit (Haloperidol) und Anticholinergika für die Rasselatmung (Butylscopolamin). Die

Notfallliste für Arzneimittel in der Palliativversorgung beschreibt zusätzlich die geeigneten Darreichungsformen (Ampullen, Schmelztabletten). Dabei wird darauf geachtet, mit welchem Handelspräparat die meisten Applikationswege und Indikationen abgedeckt werden können. Eine Midazolaminjektionslösung kann beispielsweise auch bukkal oder nasal verabreicht werden. Die kurze Halbwertszeit von Midazolam lindert akute Symptome und ermöglicht den Patienten, aufgrund der kurzen Halbwertszeit, in symptomfreien Intervallen weiterhin mit der Außenwelt in Kontakt zu treten.

Die Leitlinie besagt, obwohl es in der Praxis vermehrt anders gehandhabt wird, dass die orale Applikation anderen Applikationsarten vorgezogen werden sollte. Ist die orale Gabe nicht mehr möglich, kann man zu einer subcutanen, rectalen oder anderweitigen Verabreichung wechseln. So sind vor der Verfügbarkeit von parenteralem Butylscopolamin atropinhaltige Augentropfen oral gegen die Rasselatmung verwendet worden.

Nicht jeder sterbende Patient verfügt über eine spezialisierte Versorgung und nicht jeder Patient benötigt sie. Was teilweise vergessen oder übersehen wird, ist, dass fast immer alle anderen Arzneimittel abgesetzt werden können. Auch die künstliche Ernährung und die Gabe von Flüssigkeit können ausgesetzt werden. Aufgrund der ethischen Bedenken ist dies ein schwerer Schritt für die Angehörigen. Einerseits fürchtet man, der Patient müsse verdursten, und andererseits zeigt sich darin die Endgültigkeit des Sterbevorgangs. Den Angehörigen muss auch mitgeteilt werden, dass die Phase nach dem Absetzen der Ernährung/Flüssigkeit einige Tage andauern kann.

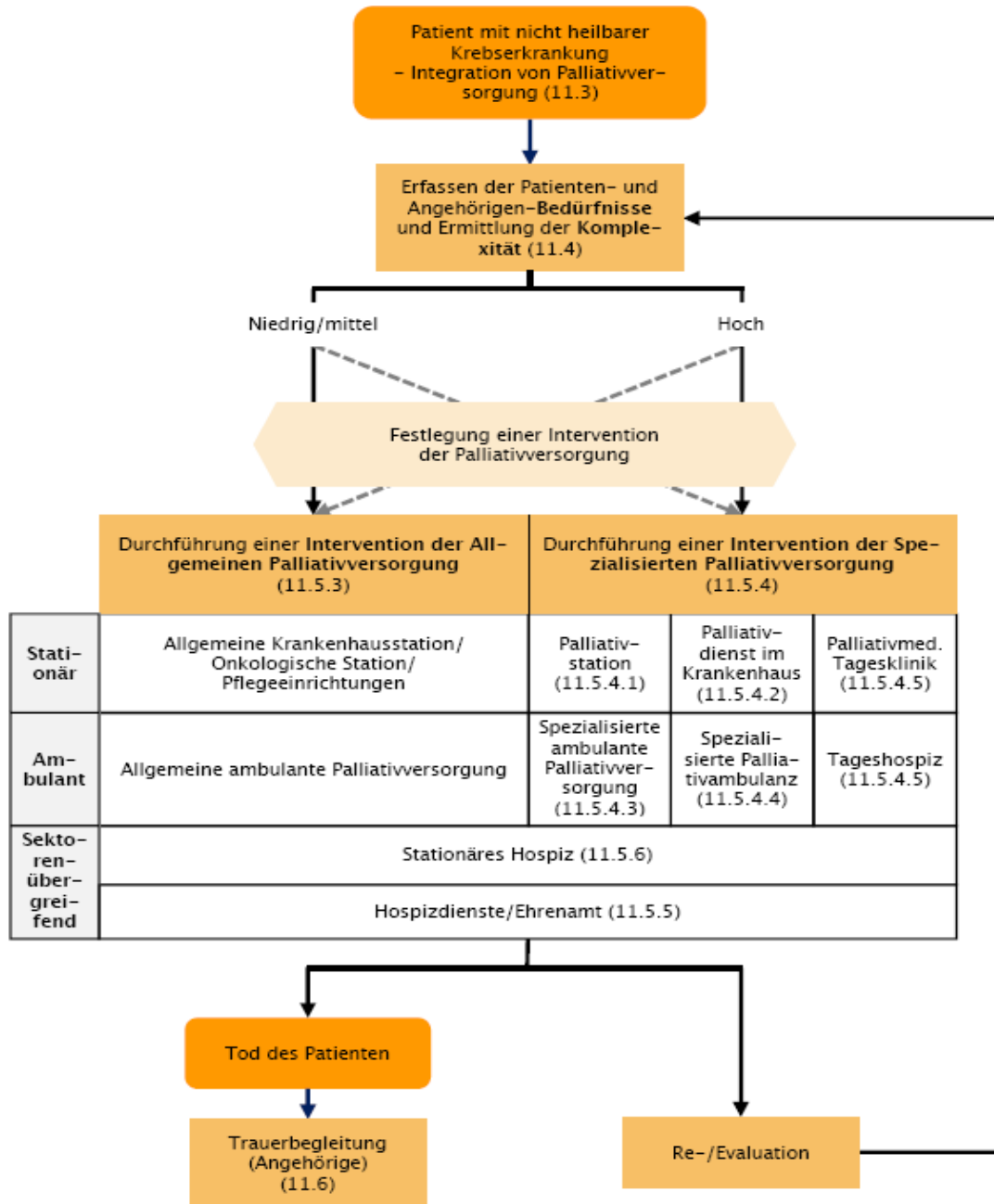
„Nach sorgfältiger Abwägung im Einzelfall (z. B. Stillen von Hunger und Durst) sollten künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden nicht gegeben werden.“³

Versorgungsstrukturen in der Palliativmedizin

Die Versorgungsstrukturen werden am Ende der Leitlinie beschrieben. Sie sind die wichtigste Grundlage, auf der die gesamte palliative Behandlung aufbaut.

Abbildung 11 veranschaulicht den Prozess, der zu einer Entscheidung für eine bestimmte Struktur innerhalb der Palliativversorgung führt. Zurzeit wird daran gearbeitet zu ermitteln, was unter der Komplexität der Symptomatik genau zu verstehen ist. Denn nach dieser entscheidet sich, in welcher Versorgungsstruktur der Patient betreut werden sollte. Starke Schmerzen und eine schwierige soziale Konstellation (z. B. Alleinerziehende) sorgen für eine hohe Komplexität der Situation und führen so beispielsweise zu einer spezialisierten Versorgung. Die gewählte Art der Versorgung sollte regelmäßig reevaluiert werden, wodurch der Entscheidungsprozess von neuem beginnt. Die Betreuung endet nicht mit dem Tod des Patienten, da auch die Trauerbegleitung der Angehörigen ein bedeutender Teil der Palliativversorgung ist. Wobei nicht jeder Angehörige einer solchen Begleitung bedarf. Zeigen Angehörige jedoch eine übermäßige Trauerreaktion, ist es wichtig, sie zu unterstützen.

Abbildung 11: Strukturen in der Palliativversorgung



Seit einiger Zeit wird unter dem Stichwort „early integration“ diskutiert, zu welchem Zeitpunkt mit einer palliativen Behandlung begonnen werden sollte. „Allen Patienten soll nach der Dia-

gnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung Palliativversorgung angeboten werden, unabhängig davon, ob eine tumorspezifische Therapie durchgeführt wird.“³ Dies empfiehlt ein Expertenkonsens der Leitlinie. Denn eine Tumorerkrankung kann nicht heilbar sein, aber sich trotzdem über viele Jahre hinziehen. Um zu definieren, wann eine Tumorerkrankung nicht heilbar ist, kann die so genannte Surprise Question genutzt werden: „Wären Sie überrascht, wenn ihr Patient innerhalb der nächsten zwölf Monate versterben würde?“ Wird diese Frage mit Nein beantwortet, spricht viel dafür, dass eine palliative Behandlung indiziert ist. Das ist eine deutliche Verbesserung zum derzeitigen Alltag in der Praxis. Oft werden zunächst alle verfügbaren kurativen Therapien ausprobiert, und der Patient wird danach zum Sterben in die Palliativversorgung überführt.

Um die Komplexität der Patientensituation zu ermitteln, werden verschiedene Aspekte betrachtet. Die Probleme und Bedürfnisse des Patienten, die Belastung der Angehörigen, der Funktionsstatus des Patienten und die Krankheitsphase (von stabil bis sterbend) müssen berücksichtigt werden. Dies kommt auch im Expertenkonsens zur allgemeinen Palliativversorgung zum Ausdruck: „Die allgemeine Palliativversorgung eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung soll folgende Aufgabenfelder beinhalten: Behandlung von Symptomen und Begleitung bei Problemen niedriger bis mittlerer Komplexität in allen vier Dimensionen (physisch, psychisch, sozial und spirituell), Kommunikation, Therapiezielfindung, Koordination der Versorgung, Einbeziehung von SPV, wenn indiziert.“³

Die spezialisierte Palliativversorgung kommt bei einer hohen Komplexität zum Einsatz und zeichnet sich insgesamt durch eine aufwendigere Versorgung aus. Außerdem ist sie vierundzwanzig Stunden am Tag verfügbar. „Ein SPV-Kernteam soll aus Mitgliedern von mindestens drei Berufsgruppen (Arzt, Pflege, weitere Berufsgruppe) bestehen, von denen zumindest Arzt und Pflege die spezialisierte palliativmedizinische Qualifikation aufweisen.“³ Diese Empfehlung ist evidenzbasiert. Zusätzlich existiert eine konsensbasierte Empfehlung: „Mitglieder des SPV-Kernteams sollten überwiegend oder ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung tätig sein.“

Insgesamt benötigt nicht jedes Krankenhaus eine eigene Palliativstation. Stattdessen liegt der Fokus auf Palliativdiensten, die bei Bedarf auf eine Station gehen können. „Jedes Krankenhaus, das Patienten wegen einer nicht heilbaren Krebserkrankung behandelt, soll einen Palliativdienst anbieten.“³ Diese Palliativdienste werden multiprofessionell mit Ärzten, Pflegekräften und anderen Berufsgruppen besetzt.

Ausblick

Es wird einen zweiten Teil der Leitlinie geben, in dem folgende Aspekte behandelt werden sollen:

1. Maligne intestinale Obstruktion (MIO)
2. Übelkeit und Erbrechen (unabhängig von einer Chemotherapie)
3. Schlafstörungen / nächtliche Unruhe
4. Wundpflege

5. Fatigue
6. Angst
7. Therapiezielfindung
8. Todeswunsch

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ist wiederum die federführende Fachgesellschaft. Es ist geplant, die Erstellung des zweiten Teils und die Aktualisierung des ersten Teils Ende 2018 abzuschließen. Das Projekt wird durch die Universitäten in München und Köln koordiniert.

Fazit

Die erste S3-Leitlinie zur Palliativmedizin ist ein wichtiger Schritt für die Entwicklung dieses Fachgebietes. Zurzeit steht die Implementierung der Leitlinie im Vordergrund, damit die jeweiligen Empfehlungen im Praxisalltag umgesetzt werden. Des Weiteren soll die Leitlinie auch auf nicht-onkologische Patienten ausgeweitet werden. So soll das Kapitel über die Sterbephase von der Grunderkrankung des Patienten unabhängig werden. Außerdem sollen weitere Inhalte auf Patienten mit neurologischen Erkrankungen übertragen werden.

Die Sektion Pharmazie in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

Constanze Rémi

Dieser Beitrag beschreibt die Sektion Pharmazie in der DGP und die Möglichkeiten der Apotheker, sich an der Palliativversorgung zu beteiligen.

Ein Patientenfall

Maria L., geboren im Juni 1914, kam im Juli 2014 kurz nach ihrem hundertsten Geburtstag in die Notaufnahme der Uniklinik München. Sie war bis zu diesem Zeitpunkt eine relativ gesunde Hundertjährige, litt dann aber unter starken Bauchschmerzen, sodass sie von ihren etwa achtzigjährigen Kindern ins Krankenhaus gebracht wurde. Es stellte sich heraus, dass sie an einer Hohlorganperforation litt, von der wahrscheinlich der Dünndarm betroffen war. Maria L. lehnte jede weitere Diagnostik mit einem Hinweis auf ihr hohes Alter ab. Es war vorherzusehen, dass sie aufgrund der Darmperforation eine Bauchfellentzündung und dann eine zum Tode führende Sepsis entwickeln würde. Maria L. wurde am selben Tag auf die Palliativstation verlegt, wobei sie als sterbend eingestuft wurde. Am nächsten Tag befand sich die Patientin in einem guten Zustand und man fand heraus, dass sie aufgrund einer Überdosierung der in der Notaufnahme verabreichten Arzneimittel als sterbend eingestuft worden war. Es war dennoch abzu-sehen, dass die Patientin innerhalb der folgenden Woche versterben würde.

Dieses Beispiel soll erläutern, dass die Frage „Was ist ein Palliativpatient?“ nicht immer einfach zu beantworten ist. Dass ein hundertjähriger Mensch verstirbt, ist nicht überraschend, aber ein plötzlicher Tod nach einer langen Zeit in einem guten gesundheitlichen Zustand ist auch im Fall eines Hundertjährigen unerwartet. Auch Maria L. war vor der Diagnose der Hohlorganperforation keine Palliativpatientin.

Ihr Fall zeigt, dass sich die Palliativmedizin nicht auf Tumorerkrankungen oder nur ein bestimmtes Krankheitsstadium beschränkt. Lebensbedrohliche Krankheiten können alle Menschen treffen, unabhängig von Faktoren wie Alter und sozialem Status. Es existieren auch

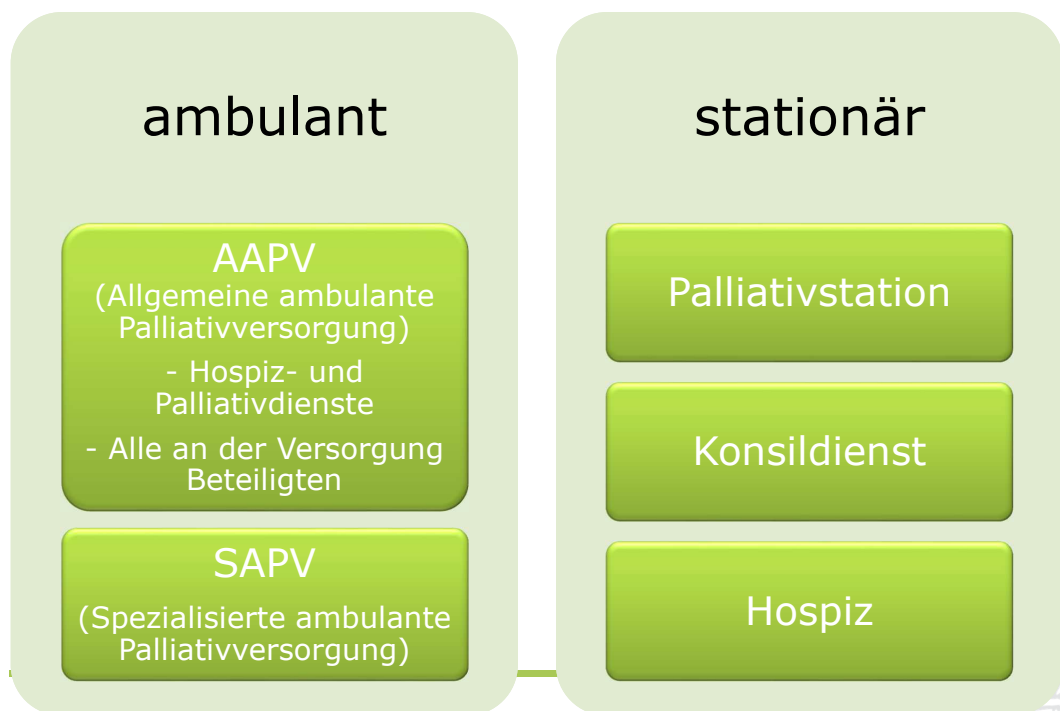
berühmte Palliativpatienten wie Stephen Hawking, der seit langer Zeit von ALS betroffen ist. Palliativpatienten bilden kein gleichartiges Kollektiv, sondern es sind Patienten mit einer breit gefächerten Auswahl an Erkrankungen.

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, durch Vorbeugung und Linderung von Leiden, durch frühzeitige Erkennung und tadellose Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen, physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“¹

Der Mensch besteht aus mehr als nur einem Körper und muss in seinem Leiden in allen seinen Dimensionen wahrgenommen werden.

Palliativmedizin in Deutschland

Abbildung 1: Strukturen in der Palliativversorgung



1 Definition der WHO 2002: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf (letzter Zugriff 20.09.16)

Abbildung 2: Entwicklung der stationären Palliativversorgung²

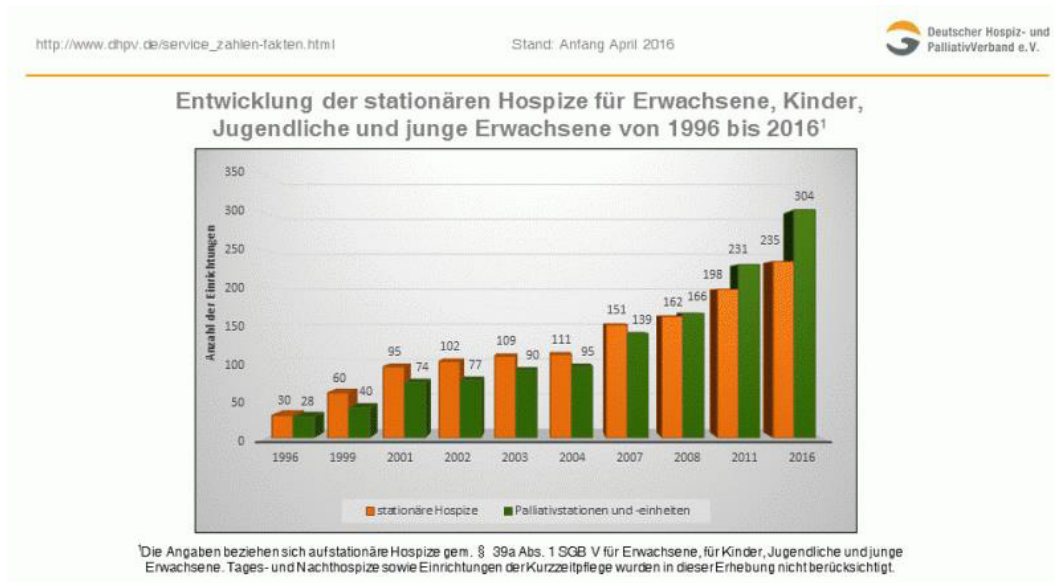
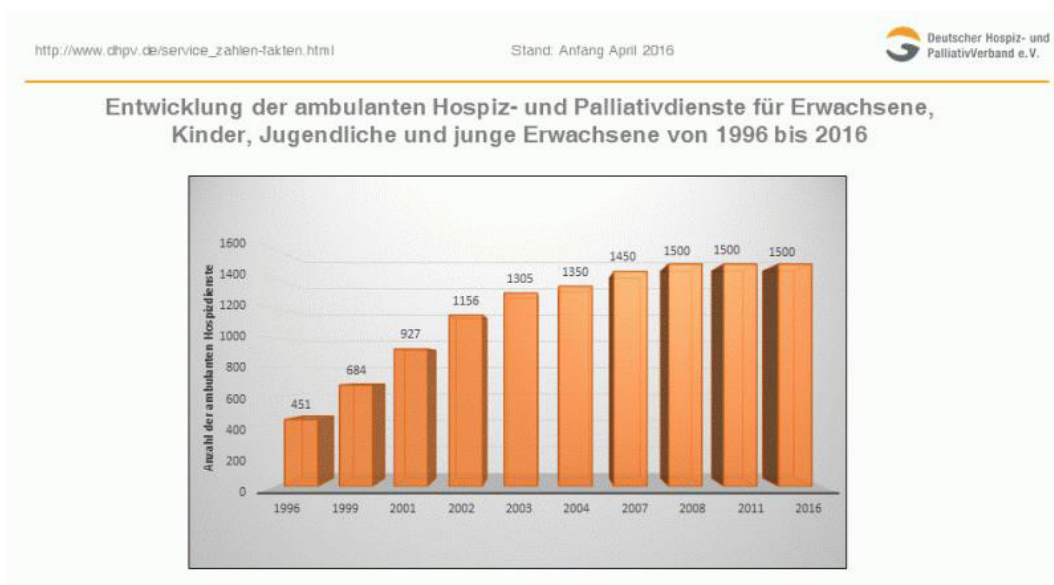


Abbildung 3: Entwicklung der ambulanten Palliativversorgung³



2 http://www.dhgv.de/tl_files/public/Service/statistik/20160411_Anzahl_Hospize_PS.gif (letzter Zugriff 20.09.16)

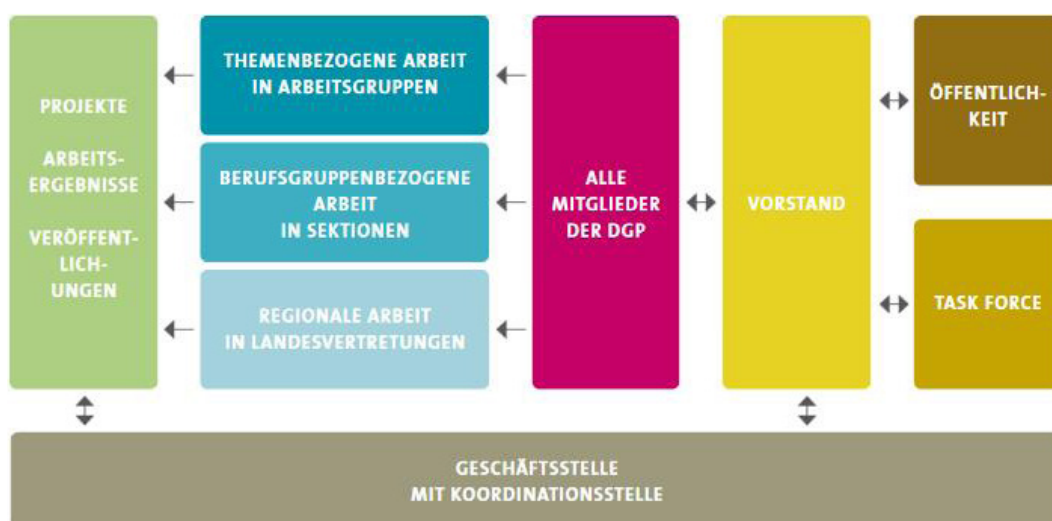
3 http://www.dhgv.de/tl_files/public/Service/statistik/20160411_Anzahl_Hospizdienste.gif (letzter Zugriff 20.09.16)

In den letzten Jahren hat sich die Anzahl an Einrichtungen der Palliativversorgung deutlich erhöht. Diese Vielzahl an Einrichtungen und die generelle Heterogenität der Angebote zu strukturieren und zu organisieren, ist eine der Aufgaben der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Sie ist in erster Linie eine medizinische Fachgesellschaft. Des Weiteren existiert der Deutsche Hospiz- und Palliativverband als Dachverband für Institutionen in der Palliativversorgung.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Die DGP ist zwar eine medizinische Fachgesellschaft, in der allerdings eine Vielzahl an Berufsgruppen vertreten ist. Die DGP kooperiert mit allen in der Palliativmedizin engagierten Berufsgruppen und soll als Teil ihres Aufgabenspektrums ein nationales und internationales Netzwerk für den Austausch von Informationen und Kenntnissen aufbauen. Dieser Austausch gestaltet sich aufgrund der noch geringen Größe des Fachgebiets vergleichsweise einfach. Eine weitere Aufgabe der DGP ist die Weiterentwicklung und Erarbeitung von Standards für die Ausbildung und Qualitätssicherung in der Palliativmedizin. Auch die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen, die mit der Behandlung unheilbarer Kranker verknüpft sind, ist ein wichtiges Thema. So beschäftigte sich die DGP unter anderem mit der Problematik eines assistierten Suizides von Schwerstkranken. Zusätzlich widmet sich die DGP wissenschaftlichen Untersuchungen, die sich mit dem Anliegen der Palliativmedizin beschäftigen.

Abbildung 4: Strukturen in der DGP⁴



Innerhalb der DGP hat es aufgrund der Vergrößerung der Fachgesellschaft eine Umstrukturierung gegeben. Die Mitglieder sind in Arbeitsgruppen zu verschiedenen Themen, wie die ambulante Palliativversorgung, Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen oder die Sterbephase, tätig. Besteht der Eindruck, dass ein Thema nicht ausreichend berücksichtigt wird oder akut

⁴ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: die DGP – eine lebendige Gesellschaft. 2014 https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/RZ_140703_Imagebrosch%C3%BCre_Doppelseiten_online.pdf (letzter Zugriff 20.09.16)

ist, entsteht eine weitere Arbeitsgruppe. Die AGs stehen allen Professionen offen. Apotheker sind zurzeit z. B. in den AGs zur ambulanten Palliativversorgung, Bildung und komplementären Ansätzen vertreten. Des Weiteren sind die Mitglieder Teil der berufsbezogenen Arbeit in Sektionen.

Abbildung 5: Mitglieder der DGP

DGP – Mitgliederstruktur (Stand 18.5.2016)

Sektion	Mitgliederzahl
Pharmazie	96
Medizin	2895
Pflege	1599
Physiotherapie	100
Psychologie	109
Rechtsberufe	9
Soziale Arbeit	131
Seelsorge	109
Supervision	36
ohne Zuordnung	162
Gesamt	5246

Die zahlenmäßig umfassendsten Sektionen der DGP sind die Medizin und die Pflege. Die Pflege hat aufgrund der hohen Zahl an Mitgliedern einen deutlichen Einfluss auf die Fachgesellschaft. Des Weiteren werden unter der Kategorie „ohne Zuordnung“ zum Beispiel Ehrenamtliche erfasst. Insgesamt ist die Einteilung in Sektionen jedoch nicht mit einem spezifischen Arbeitsauftrag verbunden, sondern dient zunächst lediglich der Zuordnung der einzelnen Berufsgruppen. Wird beispielsweise ein Apotheker ein neues Mitglied der DGP, so ist er automatisch Teil der Sektion Pharmazie, ohne dass damit weitere Aufgaben verbunden sind. Die Sektion Pharmazie hat sich in den letzten Jahren vergrößert. 2004 waren nur zwei Apotheker unter den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Die Sektion Pharmazie

Die Sektion Pharmazie sieht es als ihre Aufgabe an, die Rolle der Pharmazie in der Palliativmedizin und ihren Versorgungsstrukturen zu stärken und weiterzuentwickeln. So werden die pharmazeutischen Aufgabengebiete in der Palliativversorgung beschrieben und den anderen Berufsgruppen dargelegt. Auf diese Weise soll die Integration und Wahrnehmung pharmazeutischer Aspekte in der Palliativmedizin bei den beteiligten Professionen gefördert werden. Außerdem ermöglicht die Sektion Pharmazie den Apothekern einen sektorenübergreifenden Erfahrungsaustausch. Die Sektion ist weiterhin an der Entwicklung von Curricula für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, sowie an der Integration palliativmedizinischer Grundlagen in die Ausbildung des pharmazeutischen Personals beteiligt. So hat sie an den Inhalten des Zertifikatskurses „Palliativpharmazie“ der Bundesapothekerkammer und der DGP mitgewirkt. Die Sektion Pharmazie setzt sich ferner regelmäßig bei den Apothekerkammern dafür ein, dass Grundsätze der Palliativmedizin im praxisbegleitenden Unterricht für Pharmazeuten oder bereits während der universitären Ausbildung vermittelt werden. Die Resonanz der Kammern fällt dabei sehr unterschiedlich aus.

Die Sektion Pharmazie verfügt über zwei Sektionssprecher. Diese Posten werden so besetzt, dass sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung vertreten ist. Aktuell wird die Sektion durch Dominik Bauer, Apotheker in der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin in München, und Claudia Wegener, Apothekerin, Regionale Fortbildungsbeauftragte der LAK Hessen, Baunatal, vertreten. Die Amtszeit der Sprecher beträgt vier Jahren. Alle zwei Jahre wird im Zuge des Palliativkongresses ein Amt neu besetzt. Die Mitglieder der Sektion Pharmazie treffen sich jährlich. Dies geschieht entweder im Rahmen des Palliativkongresses oder an einem Palliativtag. Es wurde bereits vorgeschlagen, sich öfter als einmal im Jahr zu treffen. Dies fand aber keine positive Resonanz.

Die Sektion Pharmazie beteiligt sich an verschiedenen Arbeitsgruppen, z. B. zur Bildung, und wirkt bei aktuellen Projekten mit. In einer solchen Projektarbeit ist der Leitfaden „zum Umgang mit Betäubungsmitteln in der ambulanten Palliativversorgung“ entstanden.⁵

Der Leitfaden entstand nach der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes, die es Palliativmedizinern erlaubt, selbst Betäubungsmittel abzugeben. Im Vorfeld hatten Palliativmediziner diese Novellierung des BtMG gefordert mit dem Hinweis, dass der Zugang zu BtM in Notfällen eingeschränkt sei. Die Sektion Pharmazie nutzte die Gesetzesänderung um klarzustellen, dass in einem entsprechenden Notfall zunächst eine Apotheke kontaktiert werden muss, um festzustellen, ob BtM beschaffbar sind. Laut einer bundesweiten Umfrage der Sektion mussten die meisten Apotheker in den Jahren zuvor kein einziges BtM-Rezept im Notdienst beliefern.

Eine weitere Aufgabe der Sektion Pharmazie ist das Beantworten von gezielten Anfragen. Die Geschäftsstelle der Gesellschaft leitet Anfragen zu pharmazeutischen Themen an die Sprecher der Sektion. Diese bearbeiten die Anfragen entweder selbst oder delegieren sie an Mitglieder der Sektion. Auf diese Weise hat die Sektion Pharmazie beispielsweise eine Stellungnahme zum Hospiz- und Palliativgesetz aus pharmazeutischer Sicht verfasst. Insgesamt muss

⁵ https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/140226_Bet%C3%A4ubungsmittel_Doppelseiten_online.pdf (letzter Zugriff 27.09.16)

jedoch beachtet werden, dass die Aktivitäten der Sektion stark von der Mitarbeit ihrer Mitglieder abhängig ist.

Apotheker in der Palliativversorgung

Die Position der Apotheker in der Palliativversorgung lässt sich mithilfe eines weiteren Fallbeispiels erläutern. Bei Herrn G.T., einem sechzigjährigen starken Raucher, wurde eine COPD diagnostiziert. Herr G.T. befand sich noch nicht in der terminalen Phase seiner Erkrankung, sondern erhielt eine kausale und modifizierende Therapie. Die dafür benötigten Arzneimittel beschaffte Herr G.T. eigenständig in einer von ihm ausgewählten Apotheke. Dies zeigt, dass Apotheker automatisch an der Palliativversorgung beteiligt sind, da die Abgabe benötigter Arzneimittel größtenteils in der Apotheke erfolgt. Die Apotheken nehmen daher eine zentrale Position innerhalb der Palliativversorgung ein, denn ohne sie wäre keine Versorgung mit Arzneimitteln möglich. Bei einer fortschreitenden Erkrankung ist es die Symptombelastung, die zu einer Aufnahme in palliative Versorgungsstrukturen führt. Meistens handelt es sich dabei um körperliche Symptome, wobei auch psychosoziale Aspekte zu einem Bedarf an einer palliativen Behandlung führen können.

Die Arzneimitteltherapie hat einen großen Einfluss auf die Situation des Patienten. Polypharmazie stellt dabei eine große Herausforderung für das Palliativteam dar, da sie den bereits komplexen Zustand des Patienten weiter kompliziert. Die Unterstützung durch einen Apotheker als Arzneimittelfachmann bewirkt in der Regel eine Verbesserung der Situation. Für den Nutzen einer pharmazeutischen Betreuung existieren z. B. in der Geriatrie wissenschaftliche Belege.⁶

In der Palliativmedizin sieht man die Apotheker als hilfreiches Teammitglied zur Optimierung der Arzneimitteltherapie an.⁷ Andererseits existieren zum Teil eigenverschuldete Hürden für die Teilnahme der Apotheker an der Palliativversorgung. Dazu zählen fehlende Kenntnisse über die Versorgungsstrukturen innerhalb der Palliativmedizin. So herrscht Unwissenheit darüber, wann eine Hospizversorgung angezeigt ist. Ferner besteht die Vorstellung, dass Palliativpatienten ausschließlich Tumorpatienten in den letzten Lebenstagen sind, zu denen in der öffentlichen Apotheke kein Kontakt besteht. Im Bereich der ambulanten Palliativversorgung sind allerdings alle an der Versorgung Beteiligten Teil der palliativen Betreuung. Neben der Leitlinie fordert auch der Europarat, dass diese Teilnehmer Kenntnisse über die Palliativmedizin aufweisen und eine ambulante Palliativversorgung leisten können. Auch besteht bei Apothekern oftmals Unkenntnis über Therapiestrategien in der Palliativmedizin, wie beispielsweise der häufige Off-Label-Use von Arzneimitteln.

Das bereits angesprochene Fallbeispiel lässt sich weiter ausführen. Herr G.T., nun achtundsechzig Jahre alt, litt unter starker Atemnot in Ruhe und wiederkehrendem Husten aufgrund starker Verschleimungen. Der Patient inhalierte mehrmals am Tag Ipratropiumbromid und

6 Gillespie et al.: A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2009 May 11;169(9):894-900. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=414942> (letzter Zugriff 29.09.16)

7 Hussainy SY, Box M, Scholes S: Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team: an Australian experience. *BMC Palliative Care* 01/2011 <https://www.springermedizin.de/piloting-the-role-of-a-pharmacist-in-a-community-palliative-care/9517532?fulltextView=true> (letzter Zugriff 29.09.16).

Salbutamol und erhielt zusätzlich Sauerstoff. Die Atemnot ließ sich dennoch nicht in einem ausreichenden Maße lindern. Herr G.T. lehnte eine Lebensverlängerung und auch eine Krankenhauseinweisung ab. Stattdessen wünschte er bei guter Symptomkontrolle zuhause betreut zu werden und dort auch zu sterben. Er wurde durch einen Pflegedienst betreut und eine dort angestellte Pflegerin konnte, nach ihren Worten, nicht mit ansehen, wie der Patient „elendig krepirt“. Die Pflegefachkraft verständigte daher das SAPV-Team der Uniklinik München. Zu diesem Zeitpunkt war Herr G.T. nicht mehr in der Lage, einen vollständigen Satz hervorzubringen. Da der Patient die für die Inhalation nötige Atemtiefe nicht aufbringen konnte, wurde er auf Morphin-Tropfen umgestellt. Das Morphin verbesserte den Zustand des Patienten deutlich, so dass er wenige Tage später wieder aus der SAPV entlassen werden konnte. Die Lösung des Problems gestaltete sich insgesamt als banal, dennoch war Herr G.T. in den Jahren zuvor unzureichend versorgt worden, trotz intensiven Kontakts mit verschiedenen Heilberufen. Die mangelnde Fachkenntnis lag bei allen diesen Berufsgruppen vor.

Eine weitere Hürde für die Beteiligung der Apotheker an der Palliativversorgung ist die fehlende Wahrnehmung der Profession durch andere Berufsgruppen. Die Ursachen dafür liegen sowohl bei den Apothekern selbst, als auch bei den anderen Heilberufen. Diese fehlende Wahrnehmung sorgt auch dafür, dass Ärzten und Pflegekräften das Bewusstsein für die teils langjährige Beziehung zwischen Patienten und ihrer Hausapotheke fehlt. Manche Patienten haben sogar eine engere Beziehung zu ihrer Apotheke als zu ihrem Hausarzt, was aber nicht allgemein bekannt ist. Dies ist zu einem gewissen Teil durch den Berufsstand selbst verschuldet, z. B. wenn Ärzte in der Apotheke persönlich erscheinen und Arzneimittel erwerben möchten. Ärzte werden in diesen Fällen nach Vorlegen ihres Arztausweises meistens nicht mehr ausführlich beraten, denn der Apotheker geht davon aus, dass sich der Arzt mit der Medikation auskennt, und gibt das Arzneimittel ab. Aus Sicht des Arztes reduziert sich die Tätigkeit des Apothekers dann auf diese Abgabefunktion.

In den Apotheken finden neben der Beratung zu den Arzneimitteln eine große Menge weiterer Patientengespräche statt. Patienten informieren sich über alternative oder zusätzliche Behandlungsmethoden, lassen sich Therapieansätze erklären und berichten über Ängste vor Nebenwirkungen. Auch neu gestellte Diagnosen schwerer Erkrankungen werden geschildert.

Weiterhin erschweren gesetzliche und bürokratische Gegebenheiten die Teilnahme der Apotheker an der Palliativversorgung. Beispielsweise dürfen BtM nur bei Vorlage eines originalen BtM-Rezepts geliefert werden. Im Normalfall stellt dies kein Problem dar. In der Notfallversorgung wäre es allerdings eine deutliche Erleichterung, wenn eine Belieferung auch bei Vorlage einer Rezeptkopie oder eines Faxes erfolgen dürfte. Die Apotheken werden streng auf die Einhaltung dieser Vorschriften kontrolliert, wodurch eine große Scheu davor herrscht, sich in rechtliche Grauzonen zu begeben oder die Vorschriften nicht einzuhalten. Viele Ärzte können wegen ihrer niedrigeren Kontrollfrequenz nicht nachvollziehen, weshalb die Apotheke sich genauestens an alle Vorgaben hält.

Des Weiteren können sich Probleme bei der Herstellung von Rezepturen ergeben. So stellen immer weniger Apotheken tatsächlich Rezepturen her, trotz Kontrahierungszwang. Außerdem werden an die für die Herstellung nötigen Plausibilitätsprüfungen unterschiedliche An-

forderungen gestellt. Die Spanne reicht dabei von einer dokumentierten gedanklichen Auseinandersetzung mit der Rezeptur bis zu wissenschaftlichen Belegen aus der Literatur. Soll zum Beispiel ein Nasenspray mit Midazolam hergestellt werden, gibt es seitens der Apotheke Bedenken aufgrund der Dosiergenauigkeit des Hubaufsatzes. Die tatsächlichen Dosisschwankungen zeigen allerdings keinerlei klinische Relevanz.

Auch Retaxations- und Regressionsängste führen dazu, dass bestimmte Tätigkeiten unterbleiben. Zusätzlich bereitet auch die Kommunikation der Ärzte und Apotheker untereinander Schwierigkeiten. Die Berufsgruppen sind es nicht gewohnt sich auszutauschen und müssen erst lernen, miteinander effektiv zu kommunizieren.

Insgesamt gestalten sich die Aufgaben des Apothekers in der Palliativversorgung nicht sehr anders als in der regulären Versorgung. Dazu zählen unter anderem die Arzneimittelversorgung, die pharmazeutische Betreuung und die Herstellung von Arzneimitteln. Aufgrund der palliativen Situation ergeben sich dann Besonderheiten, wie die Lieferung nach Hause an einen Patienten, der sein Haus nicht mehr verlassen kann und dessen Angehörige ihn nicht allein lassen möchten. Weiterhin können spezielle therapiebezogene Ängste vorhanden sein, die sich auf Opiate, Antidepressiva und Neuroleptika beziehen. Hergestellt werden müssen Rezepturen wie Fentanyl-Nasenspray und Ketamin-Amitriptylin-Nasensalbe. Ferner werden andere an der Versorgung Beteiligte über Arzneimittel informiert. So kennen sich Ärzte mit der Medikation ihrer Fachrichtung sehr gut aus, verfügen teilweise aber nicht über Kenntnisse zu anderen Arzneimitteln oder Darreichungsformen. Unter diesem Aspekt können Apotheker auch Schulungen für Laien oder Ärzte und Pflegepersonal durchführen.

Der Apotheker erleichtert den Umgang mit Arzneimitteln besonders in komplexen Therapiesituationen, in denen mehrere Arzneimittel zum Einsatz kommen. In der Palliativmedizin werden zum größten Teil verordnungspflichtige Arzneimittel eingesetzt, über deren Einsatz Schlussendlich nicht der Apotheker entscheidet. Die Apotheker können dennoch einen Beitrag dazu leisten, die Arzneimitteltherapiesicherheit zu erhöhen. Es muss aber beachtet werden, dass nicht jede Apotheke gleichviel leisten kann und muss. Auch bei den Medizinern existieren Generalisten und Spezialisten. Allgemeinmediziner zeichnen sich durch ihren weiten Überblick aus, überweisen aber an ihre fachärztlichen Kollegen, wenn tiefere Kenntnisse erforderlich sind. Genauso verhält es sich bei den Apotheken. Die klassische öffentliche Apotheke verfügt über breit gefächerte Kenntnisse in der gesamten Pharmazie, aber nicht unbedingt über eventuell erforderliches Spezialwissen. Daneben existieren spezialisierte Apotheken, die Parenteralia herstellen und Schmerzpumpen befüllen. Außerdem sind spezialisierte Apotheker auf Palliativstationen oder in SAPV-Teams tätig.

Ein Sterillabor ist keine zwingende Voraussetzung, um an der Palliativversorgung teilzunehmen. Grundkenntnisse zur Palliativmedizin sollten in jeder Apotheke vorhanden sein, denn Patienten möchten in der Regel weiterhin den Kontakt zu ihrer Stammapotheke halten.

Abbildung 6: Pharmazeutische Versorgung in der Palliativmedizin

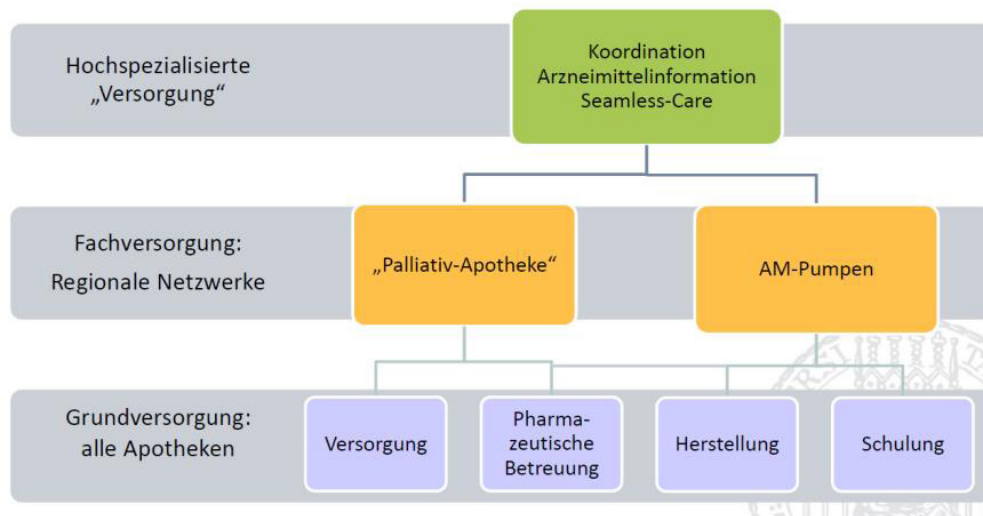
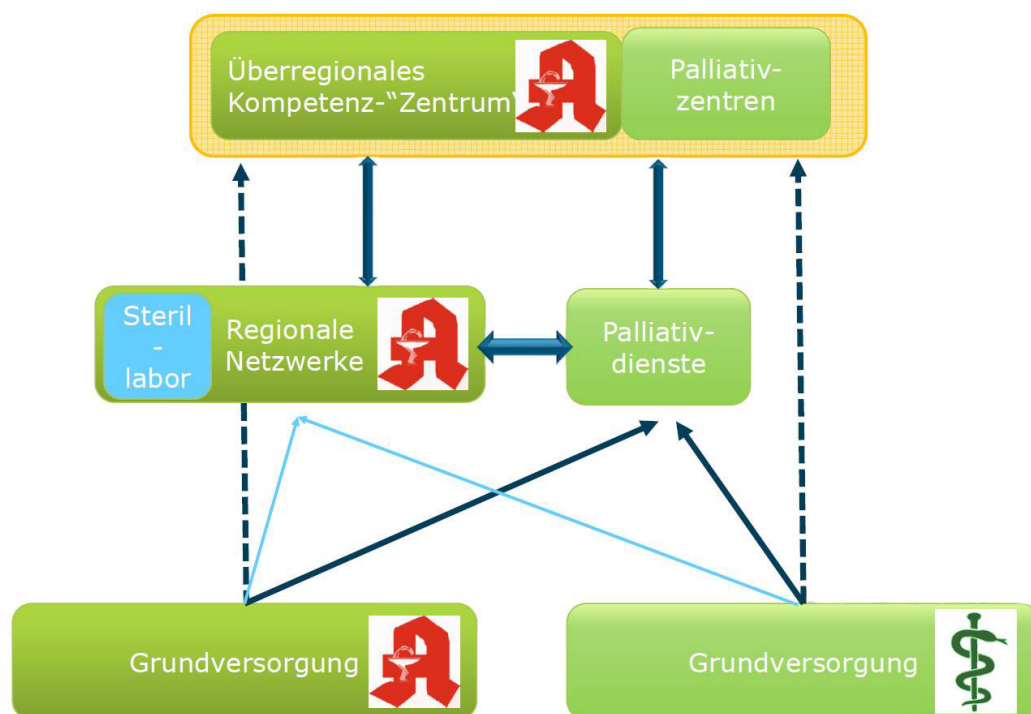


Abbildung 7: Vernetzung innerhalb der Palliativversorgung



Um einen reibungslosen Ablauf der palliativen Betreuung zu erreichen, müssen sich die an der Versorgung Teilnehmenden vernetzen. Alle Netzwerkpartner sollten voneinander wissen und zusammenarbeiten können. Dabei wird die wichtigste Rolle nicht immer von einem Arzt eingenommen. Individuelle Konstellationen entscheiden, welcher Leistungserbringer im Mittelpunkt steht. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit ist dabei entscheidend für die Versorgungsqualität.

Aus der Diskussion

Unter den Teilnehmern dieser Tagung befinden sich ja Vertreter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und des Gesundheitswesens. Welchen Wunsch haben Sie an die Überwachung oder die Krankenkassen?

Rémi: Ich habe in den letzten Jahren immer mehr den Eindruck bekommen, dass Regularien, Kontrollen und der Versuch, alles zu standardisieren, den Apotheker insgesamt in eine Außenseiterrolle drängen, anstatt ihn stärker in die Versorgung einzubinden. Dazu zählt auch die unterschiedliche Handhabung von Plausibilitätskontrollen. Bitte denken Sie daran, dass der Berufsstand weiter wettbewerbsfähig sein muss. Wenn wir mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten möchten, müssen wir dazu auch in der Lage sein. Das funktioniert nicht, wenn wir uns selbst Handschellen anlegen. Der springende Punkt sollte die klinische Relevanz der Dinge sein.

Eine Frage zu Ihrem Beispiel Midazolam-Nasenspray. Eine Plausibilität liegt meiner Meinung nach nicht vor, da die Dosiergenauigkeit nicht gegeben ist. Gibt es aus ihrer persönlichen Sicht eine Art Lex Palliativ, sodass man sagen kann, in dem Zusammenhang spielt es keine Rolle?

Rémi: Ich kann die Frage auch umdrehen. Ab welcher Dosierungenauigkeit ist es denn nicht mehr plausibel? Es ist legitim Rücksprache mit dem Arzt zu halten, wenn man ein Nasenspray herstellen soll aber bezüglich der Auswirkung der Dosierungenauigkeit unsicher ist. Ich kann mir dazu drei mögliche Antworten vorstellen. Zum einen sagt der Arzt, es ist ihm egal, oder er sagt, es war ihm nicht bewusst, die Dosierungenauigkeit hat aber keine Relevanz, oder er bedankt sich für die Information und überlegt sich eine Alternative. Ich denke, wir müssen mit den anderen Berufsgruppen ins Gespräch kommen. Wir machen uns Gedanken über die Dinge, die die anderen nicht bedenken. Allerdings können wir oder die meisten von uns die klinische Relevanz dieser Dinge nicht immer beurteilen. Wir können nur das Gespräch suchen und dem Arzt mitteilen, wieviel mg diese Schwankung ausmachen. Entweder der Mediziner kann dies sofort einschätzen oder muss sich dann damit beschäftigen. Das ist der springende Punkt: es sollte nicht von vornherein gesagt werden, es ist nicht plausibel, sondern das Problem sollte in den klinischen Kontext gesetzt werden.

Man kann auf der Homepage jeder Kassenärztlichen Vereinigung viele Informationen erhalten. Es ist auch für Apotheker sehr lohnenswert, sich von dort Informationen zur Palliativversorgung zu besorgen. Alle Angebote, z. B. zur Beratung, sind dort aufgelistet. Auch die Verträge mit den Krankenkassen sind dort zu finden. Ich stelle immer wieder fest, dass Apotheker dieses Angebot nicht nutzen.

Rémi: Ich denke, das ist ein wichtiger Hinweis, denn die KVen stellen eine Menge Informationen zur Verfügung. Man findet dort zum Beispiel einiges über Benzodiazepine.

Praxisbeispiel Westfalen-Lippe

Ambulante Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen

Dr. med Eberhard Albert Lux, St. Marien-Hospital Klinik für Schmerz- und Palliativmedizin

Dieser Beitrag erläutert den Aufbau der ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe.

Hintergrund

Im Jahr 2005 wurde die Palliativversorgung ein politisches und öffentliches Thema, angetrieben durch die Diskussion um die Sterbehilfe. Im Wesentlichen prägte die Diskussion in Nordrhein-Westfalen der damalige Vorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Leonard Hansen. Er setzte sich dafür ein, dass die zur Verfügung gestellten Mittel für die Palliativversorgung im ambulanten Bereich eingesetzt werden. Hansen regte eine Qualifizierung der niedergelassenen Ärzte und eine Schaffung von Strukturen im ambulanten Bereich an. Dadurch kam ein erster Vertrag über die Palliativversorgung mit der AOK und den Ersatzkassen zustande.

Die ursprünglich geschaffenen Strukturen existieren in Westfalen-Lippe größtenteils unverändert. Der Hausarzt dient dabei als erster Ansprechpartner für Palliativpatienten und kann daher extrabudgetär vergütete Hausbesuche durchführen. Für Aufgaben, die die Kompetenz und die Leistungsbereitschaft des Hausarztes überschreiten, ist ein Konsiliararzt zuständig. Diese Funktion sollen hauptsächlich niedergelassene Ärzte ausführen, wobei Klinikärzte als freie Mitarbeiter eines Palliativkonsiliardiensts (PKD) tätig sein können. Die Beratung durch einen Konsiliararzt muss durch einen vierundzwanzigständigen Bereitschaftsdienst durchgehend möglich sein.

In Nordrhein-Westfalen sind zusätzlich auch Palliativpflegedienste aktiv, die in dieser Form in anderen Bundesländern nicht existieren. In Palliativpflegediensten sind jeweils mindestens vier qualifizierte Palliativpflegekräfte tätig. Ferner sind ambulante Hospize in die Palliativversorgung eingebunden. Die dort tätigen Ehrenamtlichen leisten einen Beitrag zur psychosozialen Betreuung der Palliativpatienten. Weiterhin werden Koordinatoren benötigt, die für die Organisation aller an der Versorgung Beteiligten zuständig sind. Diese Personen müssen qualifizierte

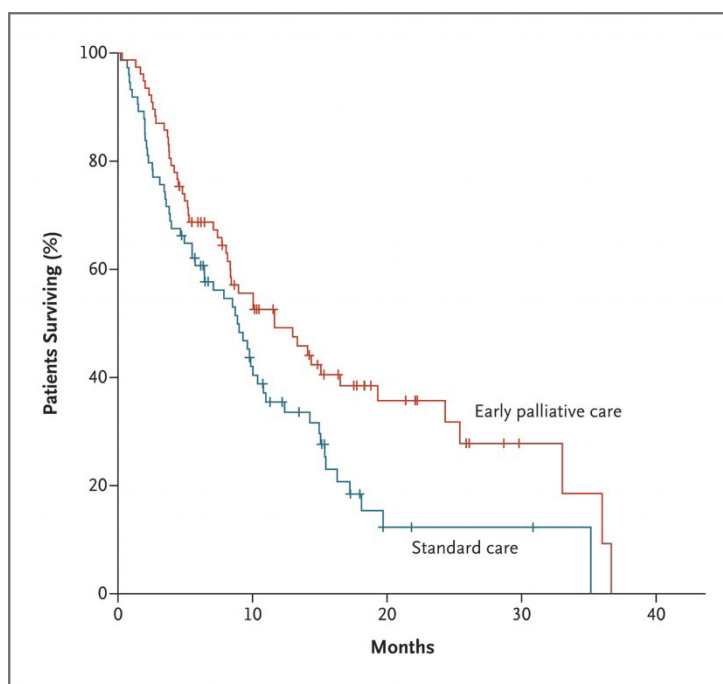
Palliativpflegekräfte sein, um gegebenenfalls pflegerische und psychosoziale Aufgaben übernehmen zu können. In Nordrhein liegen andere Strukturen vor. Der Fokus liegt dort auf der spezialisierten ambulanten Versorgung mit den dafür nötigen Palliativteams.

Lebensverlängerung durch Palliativversorgung

Die Zahl der Palliativpatienten nimmt unter anderem durch die Entwicklung der Versorgungsstrukturen und durch epidemiologische Veränderungen insgesamt zu. Die Patienten wünschen sich überwiegend, nicht im Krankenhaus zu versterben. Es gibt allerdings auch Patienten, die nicht im eigenen Zuhause versterben möchten. Auch die Bereitschaft von Patienten und Angehörigen, eigene Wünsche zu äußern, ist deutlich gestiegen.

Der G-BA definiert, dass die spezialisierte Palliativversorgung für Patienten gedacht ist, die eine komplexe und ausgeprägte Symptomatik aufweisen. Ferner muss die Symptomatik so beschaffen sein, dass sie eine besonders qualifizierte Behandlung erfordert. Diese Voraussetzungen erfüllen nicht viele Patienten. Aufgrund einer Hochrechnung aus diversen Modellprojekten wird geschätzt, dass etwa zehn Prozent der Palliativpatienten einer SAPV bedürfen. In den Verträgen zur Palliativversorgung in Westfalen-Lippe verschwimmt die Grenze zwischen allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. Dies ermöglicht eine freiere Gestaltung der Patientenversorgung.

Abbildung 1: Kaplan-Meier Plot aus der Temel-Studie¹



Eine Studie hat interessanterweise gezeigt, dass die Palliativversorgung Leben verlängern kann. Patienten mit nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom konsultierten neben ihrer onko-

logischen Therapie einmal wöchentlich einen Palliativarzt. Erwartet wurden eine verbesserte Schmerzkontrolle und eine höhere Lebensqualität als in der Kontrollgruppe. Überraschenderweise zeigte sich auch ein signifikanter Unterschied in der Überlebenszeit der Studiengruppen.¹

Weitere Studien wurden durchgeführt, um dieses Ergebnis zu überprüfen, und auch sie ergaben eine Lebensverlängerung durch Palliativversorgung. Gründe für den positiven Effekt einer palliativen Behandlung auf das Überleben werden weiterhin diskutiert. Ein möglicher Grund für das verlängerte Überleben ist ein kritischerer Umgang mit der Chemotherapie und anderen aktiven onkologischen Therapien. Eine besonders hochwertige onkologische Behandlung zeichnet sich nämlich auch durch ein Absetzen der Chemotherapie zum passenden Zeitpunkt aus. Eine onkologische Therapie wird begonnen, um eine Lebensverlängerung zu bewirken, aber ab einem gewissen Punkt belastet sie den Patienten, ohne einen therapeutischen Effekt zu haben. Dieser Wechsel des Therapieziels ist überwiegend ein menschliches Problem und wird durch die Beziehung zwischen Arzt und Patient beeinflusst. Es ist zu bedenken, dass ein Patient unrealistische Vorstellungen über den Nutzen einer weiteren Chemotherapie haben kann und sich durch die Beendigung aufgegeben fühlt.

Wie diese Studien gezeigt haben, profitieren Patienten von einer langfristigen palliativmedizinischen Betreuung. Ein frühes Einschreiben des Patienten in die allgemeine Form der Palliativversorgung ermöglicht bei Fortschreiten der Erkrankung einen unkomplizierten Wechsel in spezialisierte Strukturen.

Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe

In Westfalen-Lippe sind die jeweiligen Haus- und Fachärzte der Patienten primär für die Palliativversorgung verantwortlich. Sie werden gegebenenfalls durch Pflegedienste unterstützt und können sich jederzeit an einen Palliativkonsiliardienst wenden. Zusätzlich sind Koordinatoren aktiv, die den gesamten Prozess überblicken und organisatorische Aufgaben übernehmen.

Die Verträge zur Palliativversorgung in Westfalen-Lippe werden weiterhin fortentwickelt. Ende 2016 wird eine neue Version in Kraft treten, die die Zahl der Koordinatoren noch weiter erhöht. Die Strukturen werden auf Ebene der Kreise und der kreisfreien Städte organisiert. Einige Kreise sind aufgrund ihrer großen räumlichen Ausdehnung weiter unterteilt worden, um Anfahrtswege zu verkürzen und eine schnellere Erreichbarkeit der Patienten zu ermöglichen.

Ein Palliativpatient kann frühzeitig in diese Strukturen eingeschrieben werden. Darunter sind neben den Tumorkranken auch Patienten mit neurologischen Erkrankungen, wie ALS und MS. Auch Asthma, COPD und austerapierte kardiale Erkrankungen können vorliegen. Inzwischen nimmt der Anteil an Palliativpatienten ohne Tumorerkrankung von Jahr zu Jahr zu.

Der Umgang der Medizin mit schweren Erkrankungen hat sich verändert. Früher gab es keine großen Handlungsspielräume. Nach einer Behandlung auf der Intensivstation war der Patient entweder genesen oder verstorben. Heutzutage können viele Patienten eine lange Zeit mit einem schlechten gesundheitlichen Zustand und niedriger Lebensqualität überleben, weil her-

1 Temel et al.: Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. NEJM, 2010, 363: 733-742

vorrangende therapeutische Möglichkeiten existieren. Aber ist dies immer das richtige Ziel? Die ethische Diskussion über diese Frage ist längst nicht abgeschlossen.

Während SAPV-Teams eine Reihe von Daten über z. B. Hausbesuche oder Krankenhauseinweisungen sammeln, stehen solche Daten in Westfalen-Lippe nicht zur Verfügung. In Westfalen-Lippe sind jedoch die Sterbeorte von Palliativpatienten über mehrere Jahre hinweg erfasst worden.

Abbildung 2: Sterbeorte von Palliativpatienten in WL

Jahr	2010	2011	2012	2013	2014
Verstorbene Patienten	3537	6415	9283	11289	13713
Zu Hause	70,5%	55%	58,3%	54,5%	44,7%
Pflegeheim		14,8%	15,9%	22,4%	31%
Normalstation	13,4%	9,4%	8,9%	8,6%	8,7%
Palliativstation		2,1%	2,3%	2,6%	3%
Hospiz	16,1%	18,7%	14,5%	11,8%	12,6%

Die Zahl an Palliativpatienten hat im Zeitraum von 2010 bis 2014 immer weiter zugenommen. Das spricht dafür, dass die Kenntnis und die Akzeptanz dieser Versorgung größer geworden sind. Palliativpatienten versterben seltener auf der Normalstation eines Krankenhauses und immer öfter in Pflegeheimen. Das Hospiz- und Palliativgesetz sorgt für eine Stärkung der Palliativversorgung in Alten- und Pflegeheimen.

Abbildung 3: Sterbeorte in Deutschland²

TABELLE 2				
Zeitlicher Trend der Sterbeorte				
	gesamt N = 24 009 % (n)	2001 N = 11 585 % (n)	2011 N = 12 424 % (n)	p-Wert
häusliches Umfeld	25,2 (6 049)	27,5 (3 187)	23,0 (2 862)	0,001 ^{*2}
Krankenhaus*	54,2 (13 023)	57,6 (6 669)	51,2 (6 354)	0,001 ^{*2}
Palliativstation	0,5 (124)	0,0 (0)	1,0 (124)	–
Alten- oder Pflegeheim	15,7 (3 779)	12,2 (1 414)	19,0 (2 365)	0,001 ^{*2}
Hospiz	3,4 (808)	2,0 (232)	4,6 (576)	0,001 ^{*2}
sonstiger Ort	0,6 (137)	0,6 (66)	0,6 (71)	0,985
keine Angabe	0,4 (89)	0,1 (17)	0,6 (72)	0,001 ^{*2}

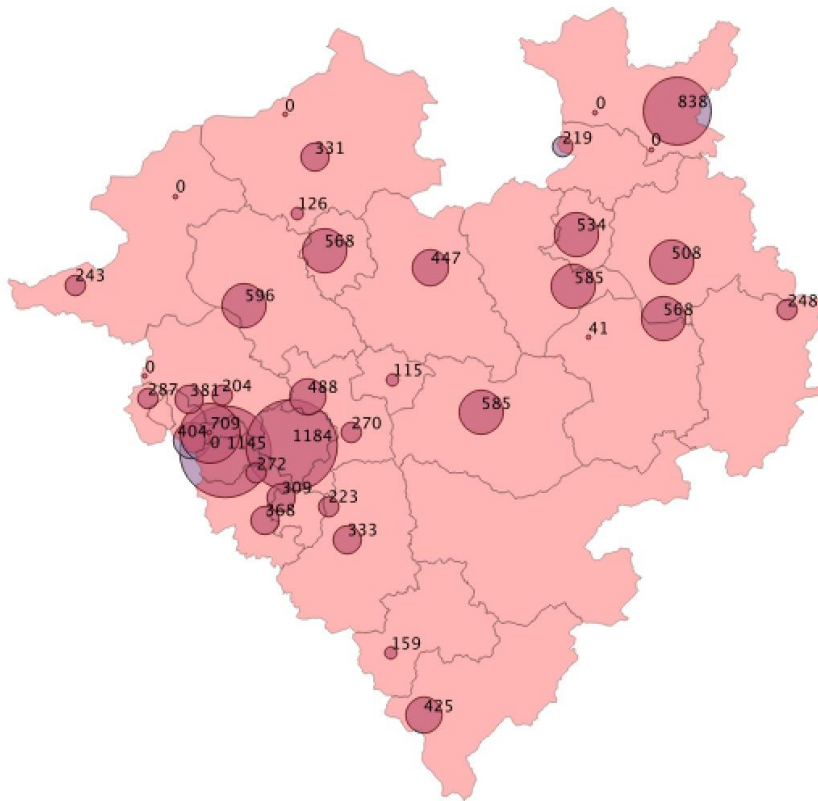
*ohne Palliativstation, ^{*2}p < 0,01

Die Menschen versterben heute seltener im Krankenhaus als früher. Um diesen Trend zu stärken, muss aber auch die gesellschaftliche Entwicklung der Lebensformen hin zu Single-Haus-

2 Dasch B et al.: Veränderungen im Verlauf eines Jahrzehnts: Eine populationsbasierte Studie anhand von Totenscheinen der Jahre 2001 und 2011. Dtsch Arztebl Int 2015; 112(29-30): 496-504

halten berücksichtigt werden; denn diese verursacht einen Bedarf an einer Fortentwicklung der Strukturen, die am Lebensende in Anspruch genommen werden können.

Abbildung 4: 2014 in WL betreute und verstorbene Palliativpatienten



Mittlerweile erhalten ein Drittel bis die Hälfte der in Westfalen-Lippe versterbenden Patienten ein palliativmedizinisches Betreuungsangebot. Die Verteilung dieser Patienten auf die verschiedenen Kreise ist aber sehr unterschiedlich. In den Teilen des Landes mit hoher Bevölkerungsdichte, wie z. B. in Dortmund, findet sich auch eine hohe Zahl an Palliativpatienten. In den ländlicheren Gebieten müssen weiterhin Strukturen aufgebaut und stabilisiert werden, um die Palliativversorgung zu stärken. Die Umsetzung der Palliativversorgung ist kein zentral gesteuerter Prozess, sondern beruht auf Vorgaben. Diese werden in den einzelnen Gebieten unterschiedlich schnell umgesetzt.

Wie stark die Patienten und ihre Angehörigen über die Möglichkeiten einer Palliativversorgung informiert sind, ist ein weiterer Faktor für die Umsetzung der palliativmedizinischen Betreuung. Jedes Palliativnetz gibt Flyer mit Kontaktdaten heraus. Diese werden aber häufig in der Häuslichkeit der Patienten nicht ausreichend beachtet oder sind im Bedarfsfall nicht schnell genug zur Hand. Das Palliativnetz Lünen gibt stattdessen eine DIN-A4-Mappe heraus, die auf-

grund ihrer Größe seltener verloren geht. Außerdem ist in der Mappe Platz für Dokumente des Patienten, und sie informiert über Kooperationspartner des Palliativnetzes.

Abbildung 5: Notfallbox des Palliativnetzes Lünen



Abbildung 6: Inhalt der Notfallbox

Arzneimittel	Dosierung	Arzneiform
Novaminsulfon	1g	10 Supp
Morphinsulfat	10mg	5 Amp
Neurocil	25mg	5 Amp
Buscopan	20mg	5 Amp
Tavor 1,0 expidet	1mg	50 Tbl
Vomex A		2 Supp
Zusätzliche 3 sterile Spritzen (5ml), 3 sterile Kanülen, 3 sterile Aufzugskanülen		

Die Versorgung mit Arzneimitteln zu Nacht- und Notdienstzeiten wird in einzelnen PKD über eine Notfallbox gewährleistet. Diese Box wird dem Patienten durch den behandelnden Arzt zu Lasten der Krankenkasse verordnet und beim Patienten zu Hause aufbewahrt. Die Kosten für das nicht verordnungsfähige Vomex A werden von Apothekern getragen. Sollte dies nicht

möglich sein, zahlt das Palliativnetz. Die Notfallbox löst das Problem, dass eventuell keine Angehörigen zur Verfügung stehen, um benötigte Arzneimittel aus der Apotheke zu beschaffen. Die Box löst den Konflikt zwischen Praxisalltag und Rechtsvorschriften, da kein Arzt versucht ist, Opioide mitzuführen und abzugeben. Nicht benötigte Arzneimittel werden verworfen. Ferner ist die Notfallbox mit einer Telefonnummer gekennzeichnet, unter der das Palliativnetz jederzeit erreichbar ist. Nicht alle Patienten erhalten eine solche Notfallbox, sondern nur die Patienten der jeweiligen PKDs, die damit arbeiten.

Der Aufbau der einzelnen PKD und ihre Arbeitsweise sind heterogen. Unterschiede gibt es z. B. in der Beschäftigung von Haus- und Klinikärzten und darin, ob Koordinatoren einen direkten Patientenkontakt haben. Diese verschiedenen Strukturen führen dennoch zu dem positiven Gesamtergebnis, dass die Patienten an ihrem Wunschort versterben können.

Fazit

Die Palliativversorgung erhöht die Lebensqualität von Patienten und wird sich ambulant und stationär weiterentwickeln. Um die Masse der Patienten zu versorgen, müssen die Haus- und Fachärzte stärker in die ambulante Versorgung eingebunden werden. Einzelne spezialisierte Teams können keine Regelversorgung für eine hohe Anzahl von Patienten leisten.

Aus der Diskussion

Eine Frage zu der Studie von Temel aus dem NEJM. Die Ergebnisse dieser Studie waren teilweise statistisch nicht signifikant, ist das bei anderen Studien anders?

Lux: Nein. Es ist aber auffällig, dass die Überlebenszeit sich signifikant verlängert. Bei anderen Erkrankungen als dem untersuchten nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom gibt es ebenfalls Hinweise auf eine Lebensverlängerung.

Es gibt ja immer eine Diskussion um Unterschiede in der Versorgung im stationären und ambulanten Bereich. Wie ist ihre Erfahrung, was die Betäubungsmittel angeht? Sie berichteten ja von der Notfallbox. Die zentrale Frage ist häufig, wie Patienten an die entsprechende Medikation kommen. Gibt es nach ihrem Wissen Engpässe bei der Überleitung aus stationären in ambulante Strukturen?

Lux: Patienten sollen zu einer Zeit aus dem Krankenhaus entlassen werden, zu der tatsächlich eine Überleitung stattfinden kann. Also nicht freitagabends oder sonntagmittags. Es passiert natürlich trotzdem, egal wie gut man vorausplant. In manchen Krankenhäusern läuft es häufig nicht gut. Es werden auch Medikamente mitgegeben. Positiv zu vermerken ist, dass auf eine kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln geachtet wird. Ich bin als Visitor in Deutschland unterwegs und habe gesehen, dass es lange gedauert hat, bis verstanden wurde, dass auch Betäubungsmittel mitgegeben werden müssen. Ansonsten ist die Versorgung nicht gesichert. Entlasse ich einen auf Targin eingestellten Patienten Sonntagmittag ohne die Arzneimitteldosierungen für abends und für den nächsten Morgen mitzugeben, gerät dieser Patient in den Entzug. Es ist sicherlich eine große Herausforderung, wenn in Zukunft Krankenhausärzte Entlassrezepte schreiben sollen.

§39 Entlassmanagement wird sicher schwierig. Es wird aber bestimmt noch eine Weile darüber gestritten, wie es generell gestaltet werden soll.

Lux: Es wird schwierig, dass Krankenhausärzte in den bestehenden Strukturen das ordnungsgemäße Ausstellen von Rezepten gewährleisten. Die Strukturen sind bereits heute nicht mehr weiter belastbar. Ein Arzt, der bei der Entlassung noch in Ruhe ein Rezept schreiben soll, wird in Wirklichkeit schon längst wieder in der Ambulanz oder bei der nächsten Operation erwartet. Es fehlt ausreichend Personal. Es ist zu befürchten, dass Apotheker viel Arbeit haben werden, um Rezepte der Klinikärzte in einen ordnungsgemäßen Zustand zu bringen.

Das wird auf gar keinen Fall einfach, da stimme ich Ihnen zu. Es wird besonders schwierig sein, Arzt- und Betriebsstättennummern sauber abzugrenzen, da Krankenhäuser nicht Teil der ambulanten bzw. KV-Versorgung sind. Man wird sich noch einigen müssen, oder das Bundesgesundheitsministerium legt einen Ersatzvorschlag vor.

Der Zauber von Westfalen-Lippe, den sie beschreiben, ist ja nicht unbemerkt geblieben. Westfalen-Lippe wird teilweise hervorgehoben, wenn es um die Palliativversorgung geht. Wie sehen Sie das?

Lux: Das kann ich ganz klar sagen. Als die Versorgung in Westfalen-Lippe begann und anderswo die SAPV-Teams entstanden, sagte ein Freund zu mir, der Vertrag in Westfalen-Lippe sei ein SAPV-Verhinderungsvertrag. Man konnte sich nicht vorstellen, wie die Versorgung in Westfalen-Lippe stattfinden soll. Es gab ein großes Misstrauen, was bis heute anhält. Es wird unterstellt, dass die Qualität der Versorgung schlecht sei und dass man die Qualität der Versorgung ohne Daten nicht nachweisen könne. Westfalen-Lippe hält dagegen, dass viel mehr Patienten viel früher erreicht werden können als in den anderen Bundesländern. Die Krankenkassen sind inzwischen von der Versorgung in Westfalen-Lippe begeistert, da viele Patienten für relativ geringe Kosten versorgt werden können. Das Wort der Kassen wiegt natürlich viel. Auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ist mittlerweile für eine Stärkung der ambulanten Palliativversorgung, wobei die spezialisierte Form erhalten bleiben soll. Man wird sehen, wie die Palliativlandschaft in zehn Jahren aussieht.

Krebsschmerz darf nicht sein!

Bericht über den Beitrag von Dr. med. Wolf Diemer

Bericht über den Beitrag von Dr. med. Wolf Diemer, Ärztlicher Leiter des Zentrums für Palliativmedizin am Evangelischen Krankenhaus Herne

In seinem Beitrag beschrieb Dr. Diemer die Entwicklung der Palliativmedizin und der modernen Hospizbewegung und erläuterte die Arbeit von Medizinerinnen und Medizinern sowie Ehrenamtlichen in Hospizen und auf Palliativstationen.

Bedürfnisse schwerstkranker Patienten

Die Palliativversorgung ist in der Bundesrepublik Deutschland nicht darauf ausgerichtet, alle Palliativ-Patientinnen und -Patienten in Hospizen oder auf einer Palliativstation zu versorgen. Von allen Tumorpatienten, die an ihrer Krankheit sterben, können etwa 2,5 % auf einer Palliativstation versorgt werden. In etwa der gleiche Anteil wird von Hospizen aufgenommen. Ein etwas größerer Anteil kann in der ambulanten Palliativversorgung behandelt werden, zumindest in Westfalen-Lippe.

Wenn man sich mit Palliativversorgung beschäftigt, ist es wichtig zu wissen, dass bei der Palliativmedizin das Vorbeugen und die vorausschauende Behandlung von Leiden im Vordergrund stehen. Damit soll vermieden werden, dass immer wieder auf neues Leiden reagiert werden muss. Auf diesen Aspekt soll später noch näher eingegangen werden.

Über die Bedürfnisse schwerstkranker Patientinnen und Patienten schrieb der amerikanische Chirurg Atul Gawande in der Zeitschrift „New Yorker“ einen Artikel über seine Erfahrungen mit Patienten, die an terminalen Erkrankungen litten.¹ Aus den einzelnen Fallbeispielen, die er nannte, lassen sich die Bedürfnisse schwerstkranker Patienten ableiten. Ein Teil wünscht sich mit einer unheilbaren Krankheit im Endstadium eine größtmögliche Lebensverlängerung. Alle

¹ <http://www.newyorker.com/magazine/2010/08/02/letting-go-2> (letzter Zugriff 15.08.16)

Patienten wünschen sich aber, nicht leiden zu müssen und Zeit mit ihrer Familie verbringen zu können. Sie möchten in ihrem Sterbeprozess begleitet werden und geistig wach bleiben, damit sie an ihrer Umgebung teilhaben können. Besonders wichtig ist gerade den älteren Palliativpatienten, dass sie anderen nicht zur Last fallen.

Die Geschichte der modernen Hospizbewegung

Doch zunächst noch ein paar Worte zur historischen Entwicklung der modernen Hospizentwicklung. Dr. Cicely Saunders, England, gilt als die erste Vertreterin dieser Entwicklung. Sie stammte aus der englischen Oberschicht und studierte zunächst Sozialarbeit. Während des zweiten Weltkriegs ließ sie sich zur Krankenschwester ausbilden und pflegte bis zum Ende des Krieges Verwundete. Nach Kriegsende nahm sie ihr Studium der Sozialarbeit wieder auf und studierte zusätzlich Medizin. Im St.-Thomas-Hospital traf sie einen ihrer Kriegspatienten wieder, der an Krebs erkrankt war. Er vermachte ihr fünfhundert Pfund, die sie in ihr Vorhaben, die Lebensqualität von Schwerstkranken und Sterbenden zu verbessern, investieren sollte. Erste Erfahrungen mit solchen Patienten sammelte Saunders in einem Armenhospiz im Londoner East End. Zu ihrer Zeit herrschte die medizinische Auffassung, dass oral verabreichtes Morphium keine Wirkung zeige. Saunders hatte daher mit großem Widerstand zu kämpfen, als sie die regelmäßige und dokumentierte Analgesie entwickelte und etablierte.

Das von der englischen Ärztin Dr. Cicely Saunders
gegründete St. Christopher's Hospice
gilt als das erste Hospiz der Neuzeit.

<http://www.stchristophers.org.uk/>

1967 gründete Saunders das erste Hospiz der Neuzeit in London, das St. Christopher's Hospice, als eigenständige Einrichtung. Ihre Ziele waren die Verbesserung der Situation Schwerstkranker und Sterbender, die ganzheitliche Betreuung der Menschen und die Forschung nach einer verbesserten symptomorientierten Therapie. Die Behandlung der Symptome ist auch heute noch ein wichtiger Teil der palliativen Therapie, es steht allerdings der gesamte Patient mit seinen situationsbedingten Bedürfnissen im Vordergrund. Das Hospiz in London verfügt heute auf fünf Etagen über Platz für etwa fünfzig Patientinnen und Patienten. Ferner existiert ein eigener Hausbetreuungsdienst, der regional für Patienten zuständig ist.

Funktionen und Leistungen der Hospize

Im St. Christopher's gibt es sowohl Einzel- als auch Mehrbettzimmer. Wird in Großbritannien ein Hospiz gebaut, werden darin genauso viele Vierbett- wie Einzelzimmer eingerichtet. Anders als in Deutschland stehen dadurch mehr Betten pro Hospiz zur Verfügung. Auch die Funktion britischer Hospize unterscheidet sich von der Funktion deutscher Hospize. Aus Sicht der Briten sind die deutschen Einrichtungen Pflegeheime für Sterbende. In Großbritannien und auch in anderen Ländern werden Hospize wie Palliativstationen geführt. Der Zweck eines Hospizaufenthaltes ist es dort, den Patienten bzw. die Patientin zu stabilisieren, sodass er entlas-

sen werden kann. Die ambulante Betreuung übernimmt dann beispielsweise der Hausbetreuungsdienst des St. Christopher's Hospice. Er ist mit einem Palliativkonsiliardienst oder mit einem SAPV-Team vergleichbar. Etwa 50 % der Hospiz-Patienten werden in Großbritannien wieder nach Hause entlassen.

Um Patientinnen und Patienten auf das Leben zuhause vorzubereiten, ist eine physiotherapeutische Station Teil des Betreuungsangebotes im Saunders Hospiz. Auch Musik- und Kunsttherapie wird angeboten. Im Zuge der Schmerztherapie wird das „total pain concept“ gelebt. Das bedeutet, dass ein Schmerz, der aus verschiedenen Komponenten besteht, umfassend behandelt wird. Dabei werden der physische Schmerz, der psychische Schmerz, der soziale Schmerz und der spirituelle Schmerz berücksichtigt. Diese nicht-körperlichen Leiden werden durch Zuwendung oder z. B. Entlastung der Angehörigen gelindert. Das St. Christopher's Hospice verfügt weiterhin über ein Education Centre, in dem die Ehrenamtlichen auf ihre Tätigkeit vorbereitet und geschult werden. Interessierten Personen bietet das Hospiz die Möglichkeit, an einem sogenannten Friday Visit teilzunehmen. Dabei werden die verschiedenen Stationen des Hospizes besichtigt, und Mitarbeiter stellen ihre Aufgabengebiete vor. Insgesamt ist die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Londoner Hospiz sehr viel umfassender, als wir das in Deutschland kennen.

Total Pain Concept
Schmerz besteht aus verschiedenen Komponenten:
Physischer Schmerz
Psychischer Schmerz
Sozialer Schmerz
Spirtueller Schmerz

Schmerz muss in der Palliativversorgung umfassend behandelt werden

Die Therapie der körperlichen Schmerzen ist für Palliativmedizinerinnen und -mediziner im klinischen Umfeld Routinearbeit, da sie den Patienten täglich sehen und schnell auf Veränderungen seines Zustands reagieren können. In fast allen Fällen ist es dadurch möglich, ein effektives Therapiekonzept durchzuführen.

Versorgung im Umfeld von Hospizen und Palliativstationen

Die Situation der Hausärztinnen und -ärzte ist komplexer. Zum einen gibt es den sogenannten Morphin-Mythos, durch den Morphin und seine Derivate oft zu spät eingesetzt werden. Zum anderen sind die Kenntnisse des durchschnittlichen Hausarztes im Bezug auf eine komplexe Schmerztherapie begrenzt. Es reicht nicht aus, stärkere Schmerzen mit einer höheren Arzneimitteldosis zu behandeln. Die Schmerzentstehung muss nachvollzogen werden, und es muss aufgrund dieser Überlegungen ein passendes Arzneimittel ausgewählt werden. Die Schmerztherapie orientiert sich weniger am WHO-Schema, sondern mehr an den Mechanismen, die dem Schmerz zugrunde liegen. Es wird aber noch einige Zeit dauern, bis sich diese Sichtweise allgemein durchsetzt.

Die Lebensqualität spielt in der Palliativmedizin eine besondere Rolle. Für einen Gesunden zählen meistens positiv besetzte Dinge zur Lebensqualität. Dazu zählen unter anderem ein erfülltes Familienleben, Freunde und ein mit Freude ausgeübter Beruf. Die Lebensqualität von Schwerstkranken wird durch viele Faktoren negativ beeinflusst. Während der Schmerz mithilfe eines erfahrenen Therapeuten oft gut kontrollierbar ist, leiden viele Palliativpatienten besonders an Müdigkeit und Schwäche. Auch Übelkeit, Verstopfung und Appetitlosigkeit zählen zu den Beschwerden. Als besonders quälend wird die Luftnot empfunden, die sich aber mit Opioiden behandeln lässt. Zwar werden Lungenerkrankungen im Beipackzettel als Kontraindikation für Opioide genannt, dies sollte aber nicht auf Patientinnen und Patienten im Terminalstadium bezogen werden.

Es müssen auch weitere nicht-körperliche Aspekte beachtet werden. Dazu gehören die Integrität des Betroffenen und ein respektvoller Umgang mit seinen Bedürfnissen und Gefühlen. Die Verwirrtheit und Agitation, die in den letzten Lebensstunden häufig auftreten, sollten ferner nicht zwangsläufig zu einer Sedierung des Patienten führen.

Für eine optimale Hospiz- und Palliativmedizin müssen multiprofessionelle Teams sowohl stationär als auch ambulant zusammenarbeiten. Zu diesen Teams gehören auf Palliativstationen Ärzte, Krankenschwestern, Psychotherapeuten, Seelsorger, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten als minimale Besetzung. In der ambulanten Palliativversorgung sind bisher nur Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachkräfte gemeinsam tätig. So muss die Koordinatorin des Palliativkonsiliardienstes Herne Tätigkeiten ausführen, die eigentlich zum Aufgabengebiet eines Sozialarbeiters gehören. Die für diese Aufgabe nötigen Kenntnisse musste die Koordinatorin autodidaktisch erwerben.

Während die somatische Betreuung in die ambulante Palliativversorgung integriert ist, mangelt es an einer psychischen Betreuung der Patientinnen und Patienten. Die durchschnittliche Verweildauer eines Krebspatienten in der ambulanten Palliativversorgung beträgt zwischen drei Wochen und drei Monaten. Die Wartezeit für eine psychotherapeutische Behandlung ist deutlich länger. Eine spirituelle Begleitung der Patientinnen und Patienten kann durch den Seelsorger vor Ort geleistet werden. Allerdings nimmt die Zahl der nicht religiösen Patienten weiter zu. Aber auch diese Menschen besitzen oft eine individuelle Spiritualität.

Auch die ambulante Palliativversorgung in Großbritannien ist nicht perfekt aufgestellt. Verschlechtert sich der Zustand eines Patienten, kann er wieder in ein Hospiz aufgenommen und dort stationär betreut werden. Unter den Hausärzten existieren „GP facilitators“², die als jeweilige Experten die restlichen Hausärzte anleiten. Ferner sind in Großbritannien Wohlfahrtsverbände tätig, die über Mittel verfügen, die mit denen der Deutschen Krebshilfe vergleichbar sind³. Die Organisationen „Macmillan Cancer Care“ und „Marie Curie“ wenden diese finanziellen Mittel vollständig für die Hospiz- und Palliativarbeit auf. Macmillan fördert unterschiedliche Projekte, beispielsweise durch Anschubfinanzierungen. So werden Palliativpflegekräfte zunächst durch Macmillan bezahlt und dann nach und nach durch den Versorgungsträger

² http://careers.bmj.com/careers/advice/Macmillan_GP_facilitators (letzter Zugriff 17.08.16)

³ <http://www.stiftung-sponsoring.de/organisation-finanzen/nachrichten/deutsche-krebshilfe-wird-zur-stiftung-.html> & <https://www.marie-curie.org.uk/donate/where-your-money-goes> (Deutsche Krebshilfe 2013 92,1 Mio. €, Marie Curie 95 Mio. Pfund/Jahr)

übernommen. Dabei müssen sich die Projektträger verpflichten, die Versorgung nach Ende der Unterstützung durch Macmillan aufrecht zu erhalten.

Essentielle Bestandteile von Palliative Care

Professor Robert Twycross, ein Mitstreiter von Saunders, der selbst ein Hospiz in Oxford gründete, beschrieb die Palliativversorgung mit diesen Worten: „Wesentliche Aufgabe der Palliativversorgung ist es, den Betroffenen zu helfen, den schwierigen Schritt zu gehen vom schwerkrank sein und gegen den Tod kämpfen, zum sterbenskrank sein und Frieden suchen.“ Dies ist mit den fünf Sterbephasen nach Kübler-Ross vergleichbar und entspricht den Phasen eins (Nicht-Wahrhaben-Wollen), zwei (Zorn) und fünf (Akzeptanz). Allerdings erreichen nicht alle Patientinnen und Patienten das Stadium der Akzeptanz. Essentielle Bestandteile von Palliative Care sind Ehrlichkeit, Ziele und Hoffnung. Es müssen in einem ehrlichen Gespräch mit dem Betroffenen neue Behandlungsziele vereinbart werden. Gleichzeitig muss die Hoffnung des Patienten gestärkt werden, dass diese Ziele erreicht werden können.

Der Betroffene muss psychosozial unterstützt werden und seine Behandlung soll eine Symptomlinderung erwirken. Möglich wird dies durch eine multiprofessionelle Zusammenarbeit und durch eine partnerschaftliche Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten. Es muss beachtet werden, dass der Betroffene der Experte für sein individuelles Leiden ist und weiß, welche Symptomatik ihn am meisten belastet. Ferner muss die Aufmerksamkeit der Betreuenden auf die Details der Behandlung gerichtet sein. So muss z. B. überprüft werden, ob der Patient seine Medikation richtig anwendet.

Es hat einige Jahre gedauert, bis die erste Palliativstation in Deutschland eröffnet wurde. 1972 drehte ein Jesuitenpater einen Film über das St. Christopher's⁴, der allerdings nicht zu einer Beschleunigung der Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland führte. Im Gegenteil, die katholischen Bischöfe sprachen sich nach Erscheinen des Films gegen die Gründung von Hospizen aus.

Die Anfänge der ambulanten Palliativversorgung in der Bundesrepublik

In Greifswald und Umgebung wurde von 1997 bis 2004 eines der vier Bundesmodellprojekte zur ambulanten Palliativversorgung durchgeführt. Das Projekt diente der Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung in der Fläche. Zwei Teams, die je aus einem Arzt und einer Pflegefachkraft bestanden, betreuten Patientinnen und Patienten im jeweils eigenen Zuhause. Ferner boten die Teams Klinikärztinnen und -ärzte und niedergelassene Medizinerinnen und Mediziner zur palliativmedizinischen Behandlung. Ähnliche Projekte wurden in Göttingen, Berlin und Tübingen durchgeführt, wobei nicht alle durch den Bund gefördert wurden. In Berlin arbeiteten Sicherstellungsassistenten zunächst in onkologischen Praxen und wurden nach 2007 in die SAPV-Teams eingegliedert. Ein Alleinstellungsmerkmal für Baden-Württemberg waren die dort tätigen so genannten onkologischen Brückenpfleger.⁵ Die heutzutage verbreiteten Pal-

⁴ http://www.palliativpsychologie.de/?page_id=1790 (letzter Zugriff 17.08.16)

⁵ Näher beschrieben unter www.wikipedia.de

liativpflagedienste existierten nach 2005 zunächst nur in Nordrhein-Westfalen. Die ambulante palliative Betreuung von Patienten durch multiprofessionelle Teams ist seit 2007 gesetzlich verankert.

Das Bundesmodellprojekt mit Sitz in Greifswald war insgesamt für etwa vierhunderttausend Einwohner zuständig.

Standards der Schmerztherapie

Ein grundlegendes Prinzip der Schmerztherapie ist die Messung der Schmerzintensität. Ziel der Therapie ist es, dass die Stärke des Schmerzes nicht mehr als ein Drittel des möglichen Ausmaßes einer Schmerzskala ausmacht. Schmerzen, deren Intensität fortlaufend höher ist

Bei der Schmerzbekämpfung muss alles versucht werden, damit die Stärke des Schmerzes nicht mehr als ein Drittel des möglichen Ausmaßes einer Schmerzskala ausmacht.

und die bei Belastung das obere Ende der Skala erreichen, sind nicht zu tolerieren.

Bei einer großen Anzahl von Patientinnen und Patienten des Modellprojekts lag eine solche intolerable Schmerzintensität vor. Aufgrund einer unzureichenden Behandlung der Schmerzsymptomatik bestand diese im Durchschnitt seit etwa einem halben Jahr. Die Schmerzen konnten durch die ambulante palliativmedizinische Betreuung meist innerhalb von 48 Stunden gelindert werden. Mehrfache Interventionen durch das Palliative Care-Team führten dazu, dass die Schmerzintensität auch bei Fortschreiten der Erkrankung nicht anstieg.

Einen großen Beitrag zu einer effektiven Schmerztherapie leistet die Schmerzdokumentation. Das tägliche Messen der Schmerzintensität sollte ebenso selbstverständlich sein, wie die Erfassung von Blutdruck und Körpertemperatur. Ein Patient, der ambulant behandelt wird, kann eigenständig ein Schmerztagebuch führen. Das Tagebuch ist bei einem gut eingestellten Patienten kein Muss, vereinfacht aber die Therapie einer komplexen Schmerzsymptomatik. Den Aufzeichnungen des Patienten lässt sich zum Beispiel entnehmen, wie oft Bedarfsmedikation eingesetzt wurde. Daraus lässt sich ableiten, ob die Dauermedikation nachjustiert werden sollte.

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt Strategien zur Therapie von Schmerzen im Allgemeinen. Dauerschmerz soll oral oder transdermal mit langwirksamen Arzneimitteln und nach einem festen Zeitplan behandelt werden. Weiterhin sollen Begleitmedikation und Ko-Analgetika, z. B. zur Behandlung von neuropathischen Schmerzen, angewendet werden. Häufig wird vergessen, dass auch ein Arzneimittel mit einer schnellen Freisetzung zur Medikation gehören soll, um Schmerzspitzen zu therapieren. Die verschiedenen Wirkstoffe und ihre Kombination werden nach den Angaben des WHO-Stufenplans ausgewählt.

Im Bereich der starken Opiode gibt es eine große Variation innerhalb der möglichen Dosierungen. Niedrige Dosierungen, wie zweimal zehn Milligramm, können auf Dosen von bis zu zweimal täglich ein Gramm gesteigert werden, wenn es notwendig ist.

Neben den 3 Therapiestufen des Plans der WHO können zusätzliche, invasive Verfahren eingesetzt werden. Ferner können auch tumorgerichtete Verfahren zur Schmerzlinderung beitragen. Wichtig ist die Therapie mit einer Behandlung zu ergänzen, die sich an den Mechanismen der Schmerzentstehung orientiert. So kann eine tumorbedingte Schädigung des Gewebes vorliegen, was durch eine entsprechende Empfindlichkeit z. B. der Knochenhaut bei Knochenmetastasen zu Schmerzen führt. Sind Knochen und Bindegewebe betroffen, spricht man von einem somatischen und bei betroffenen Organen von einem viszeralen Schmerz. Ein solcher nozizeptiver Schmerz kann mit Analgetika therapiert werden. Die Beschwerden der Patientinnen und Patienten können auch durch eine direkte Nervenschädigung verursacht werden, die zu neuropathischen Schmerzen führt. So können Knochenmetastasen die Wirbelsäule angreifen und die dort verlaufenden Nerven reizen. Der Schmerz ist dann nicht im Bereich der Schädigung lokalisiert, sondern am Ursprungsort des Nervs, bspw. am Fuß. Neuropathische Schmerzen äußern sich als einschießende Schmerzattacken oder brennende Dauerschmerzen. Die Therapie besteht aus einem Antikonvulsivum oder einem der älteren Trizyklika. Als nicht-medikamentöse Maßnahmen werden Krankengymnastik und Verhaltenstherapie angewendet.

Durchbruchschmerzen sind unter Tumorpatienten ein häufiges Phänomen, über fünfzig Prozent der Patientinnen und Patienten leiden darunter. Konkret bedeutet es eine vorübergehende Exazerbation von ansonsten gut therapierten Dauerschmerzen. Durchbruchschmerzen treten schnell und unvorhergesehen auf und sind manchmal von kurzer Dauer. Wird allerdings der zugrunde liegende Dauerschmerz nicht angemessen kontrolliert, können die Durchbruchschmerzen auch länger vorhanden sein. Daher ist ein schnell wirksames Analgetikum nicht immer die beste Therapie. Weiterhin zeichnen sich Durchbruchschmerzen durch eine hohe Intensität aus und können bis zu viermal täglich, in Einzelfällen auch öfter, auftreten. Therapiert wird mit schnell wirkenden Opioiden, wie Morphinlösung oder nicht retardierten Oxycodon- oder Hydromorphontabletten. Es wird ein Zehntel bis ein Sechstel der Tagesdosis verabreicht. Nach Möglichkeit sollte der gleiche Wirkstoff oder zumindest ein Wirkstoff mit einer ähnlichen Rezeptoraffinität wie der Wirkstoff der Dauermedikation angewendet werden. Es ist nicht in jedem Fall sinnvoll, den exakt gleichen Wirkstoff zu benutzen. Wird ein Patient mit Fentanyl als Dauermedikation behandelt, muss kein Fentanylnasenspray für die Akuttherapie verwendet werden. Es entstünden dadurch hohe Kosten, außerdem ist die sehr rasche Wirkung auch mit einer kurzen Wirkdauer verknüpft. Bei Durchbruchschmerzen, die nicht nach kurzer Zeit enden, ist ein Fentanylnasenspray daher keine angemessene Therapie. Von fast allen Langzeitopioiden ist inzwischen auch eine Formulierung ohne Retardierung vorhanden.

In all diesen Situationen sind normale Pflegefachkräfte überfordert. Bei den genannten Schmerzpatienten sind Pflegefachkräfte mit der Zusatzqualifikation Palliativversorgung von großer Bedeutung, denn die können auf Anweisung des Arztes schnell reagieren und so die Patientinnen und Patienten vor unnötigen Schmerzen bewahren.

Im Zuge einer Opioidtherapie müssen auch die Nebenwirkungen behandelt werden. Die schwerste Nebenwirkung ist, entgegen der weit verbreiteten Vorstellung, nicht die Atemdepression. Sie tritt bei Tumorpatienten nur sehr selten auf, oder ist sogar gewünscht, da eine milde Atemdepression die Luftnot lindern kann. Die gravierendste unerwünschte Arzneimittelwirkung ist die Verstopfung, die in besonders schweren Fällen zu einem Darmverschluss führen kann. Auch die Übelkeit, die bei der Ersteinstellung und bei jeder Dosissteigerung erneut auftreten kann, beeinträchtigt Tumorpatienten. Demnach gehören immer auch Abführmittel und Arzneimittel gegen Übelkeit zur Medikation eines Patienten, der mit Opioiden behandelt wird.

Patientenbeispiele aus der Zeit des Modellprojekts

Ein männlicher Patient, dreiundsiebzig Jahre alt, wohnte in einem kleinen Dorf zwischen Greifswald und Stralsund. Er litt an einem weit fortgeschrittenen Prostatakarzinom und erhielt eine Morphindosis von neunhundert Milligramm am Tag. Trotzdem konnte er über einen langen Zeitraum noch in seinem Heimatdorf spazieren gehen. Erst kurz vor seinem Tod musste er einige Tage im lokalen Krankenhaus verbringen.

Ein anderer männlicher Patient starb mit einundzwanzig Jahren. Ein Weichteilsarkom führte in seinem Fall zu attackenartigen Schmerzen, die mit Antikonvulsiva nicht zufriedenstellend gelindert werden konnten. Daher erhielt er, neben seiner Dauermedikation aus fünf Fentanylpflastern, Fentanyl-lutscher gegen seine Durchbruchschmerzen. Diese Darreichungsform ist heutzutage nicht mehr üblich. Stattdessen würde man Sublingualtabletten oder ein Nasenspray anwenden. Der Patient wurde bis zu seinem Tod zuhause betreut und ist in dieser Zeit etwa siebzimal durch das Palliativteam aufgesucht worden.

Die Palliativversorgung besteht aber nicht nur darin, Patientinnen und Patienten mit Opioiden zu behandeln. Ein weiterer Patient, bei dem ein Rezidiv eines Rektalkarzinoms auf den zum linken Bein ziehenden Ischias drückte, konnte aufgrund seiner Beinschmerzen nicht mehr laufen. Diesem Patient wurde ein Periduralkatheter gelegt, an den eine Schmerzpumpe angeschlossen war. Dadurch konnte er wieder im Innenhof des Klinikums umhergehen. Er wurde auf der Insel Usedom weiter betreut, die etwa siebzig Kilometer von Greifswald entfernt ist. Daher war es und ist es auch generell bedeutsam, eng mit den lokalen Medizinerinnen, Pflegediensten und Apothekern zusammenarbeiten. Denn die Fachkräfte vor Ort müssen in der Lage sein, die Pumpe zu bedienen, ihr Reservoir aufzufüllen und sie an den Patienten anzuschließen, damit eine durchgehende Therapie gewährleistet ist.

Einrichtungen

In der Versorgung existieren Palliativstationen, SAPV-Teams (Nordrhein) und Palliativkonsiliardienste (PKD) (Westfalen-Lippe). Auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung ist vorhanden aber nicht flächendeckend verfügbar. In Nordrhein existieren AAPV und SAPV nebeneinander. Der Palliativkonsiliardienst in Westfalen-Lippe ist der Versuch, ein Mischkonzept zu erstellen.

Die stationären Hospize sind Einzeleinrichtungen und stellen laut den Krankenkassen Ersatz-einrichtungen für die ambulante Pflege dar. Außerdem ist die Tatsache, dass in deutschen

Hospizen keine Ärzte angestellt sind, weltweit einzigartig. Dies wird inzwischen dadurch nivelliert, dass Ärzte des SAPV-Teams oder des PKD auch das Hospiz aufsuchen. Die ehrenamtliche, psychosoziale Begleitung wird durch die ambulanten Hospizdienste geleistet. In der Regel wird auch eine palliative Pflegeberatung angeboten. In Saarbrücken gibt es einen Hospizdienst, der sogar über einen eigenen Palliativpflegedienst und über ein SAPV-Team verfügt.

Die Palliativstation in Bonn ist, nach der Station in Köln, eine der ältesten Palliativstationen in Nordrhein. Unter Einbeziehung der Angehörigen wird eine ganzheitliche Betreuung der Patienten in einer wohnlichen Atmosphäre geboten. Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität durch eine intensive Schmerztherapie und Symptombehandlung.

Hospizdienste sind in ambulanten und stationären Einrichtungen aktiv und beschäftigen ehrenamtliche Hospizhelfer. Die Ehrenamtlichen werden entsprechend geschult, um eine psychosoziale Begleitung anbieten zu können. Ferner wird ein hauptamtlicher Koordinator/eine hauptamtliche Pflegefachkraft beschäftigt, die die ehrenamtlich Tätigen organisiert und eine palliative Pflegeberatung durchführt. Diese Koordinatoren nehmen andere Aufgaben wahr, als die Koordinatoren der SAPV-Teams und PKDs. Stationäre Hospize sind für die Betreuung der Patientinnen und Patienten zuständig, die zuhause keine ausreichende Betreuungsmöglichkeit vorfinden.

Es muss betrachtet werden, an welcher Stelle sich die Palliativmedizin in die Versorgung eingliedert. Tumorpatienten erhalten zunächst eine onkologische Therapie, die selten ein kuratives und häufig ein lebensverlängerndes Ziel verfolgt. Die allgemeine Palliativversorgung wird hinzugezogen, sobald die Erkrankung fortschreitet. Nimmt die Schwere der Symptome weiter zu, sollten Patientinnen und Patienten der spezialisierten Palliativversorgung übergeben werden. In Deutschland wird allerdings keine frühe Integration in die Palliativversorgung verfolgt. Dazu müsste direkt nach der Diagnosestellung ein monatlicher Kontakt zu einem Palliativarzt zustande kommen, was hierzulande kaum der Fall ist.

Was Patientinnen und Patienten häufig verwirrt, ist die Vielzahl der unterschiedlichen Einrichtungen. Hospizdienste, stationäre Hospize, Palliativkonsiliardienste, SAPV-Teams und Palliativnetzwerke können kontaktiert werden. Zum Palliativnetz in Herne gehören zwei Apotheker, sämtliche Pflegedienste, einige Altenheime, der Palliativkonsiliardienst, die Palliativpflegedienste und zwei Hilfsmittelversorger. Dieser Zusammenschluss hat den Zweck, die Betreuung von Palliativpatienten grundsätzlich zu verbessern. Das Netzwerk erfüllt sonst aber keine anderen Aufgaben. Kontaktiert eine Patientin oder ein Patient dieses Netzwerk, wird er über Möglichkeiten informiert.

Seit April 2007 haben Patientinnen und Patienten einen rechtlichen Anspruch auf die SAPV. Das Gesetz dazu kann man als erstes Palliativgesetz im Sozialgesetzbuch bezeichnen. Die ersten Palliativteams haben ihre Arbeit 2009 aufgenommen. Die SAPV umfasst Leistungen, die ein Vertrags- oder Krankenhausarzt verordnen kann. Dazu gehört auch die Koordination der ärztlichen und pflegerischen Leistungen. Durch eine Richtlinie des G-BA sind die Voraussetzungen für eine solche Verordnung und Umsetzung dieser Verordnung festgelegt. Darauf folgten die Empfehlungen der Krankenkassen zur Umsetzung der SAPV; anschließend konnten die ersten Teams mit ihrer Arbeit beginnen. Aktuell ist die Versorgungsdichte durch die SAPV-

Teams in Deutschland sehr uneinheitlich. In der SAPV sind pro Team zwei bis drei Palliativärztinnen und -ärzte hauptamtlich tätig, während die Ärztinnen und Ärzte des Palliativkonsiliardienstes nebenamtlich aktiv sind. Beide Varianten verfügen über Palliativpflegekräfte und Koordinatoren. Der Palliativkonsiliardienst ist, im Gegensatz zur SAPV, auch für die AAPV zuständig. Die AAPV kann sogar als Haupttätigkeit des PKD beschrieben werden. Das führt zu dem Problem, dass die SAPV zusätzlich geleistet werden soll, obwohl die verantwortlichen Ärzte nur nebenberuflich in der Palliativversorgung tätig sind.

Die meisten Patientinnen und Patienten werden nach wie vor in Ballungszentren palliativmedizinisch betreut. In ländlichen Regionen ist die Versorgung längst nicht so lückenlos. Von Soest aus wird der ganze Hochsauerlandkreis durch ein Palliativteam betreut, was die Versorgung zu einer Herausforderung macht. An manchen Standorten sind 2014 gar keine Patienten versorgt worden, was aber nicht heißt, dass es dort keine Patienten mit einem Anspruch auf eine palliative Behandlung gegeben hat. Im Kreis Borken gibt es scheinbar nur in Bocholt eine Palliativversorgung. Oftmals fehlen aber die Daten, um beurteilen zu können, ob Patientinnen und Patienten ausreichend versorgt wurden. Es ist nur bekannt, dass die Patienten größtenteils nicht im Krankenhaus verstorben sind. Daraus lässt sich aber keine Aussage bezüglich der Qualität der Versorgung ableiten.

Es darf nicht vergessen werden, dass eine nicht unerhebliche Zahl an Patientinnen und Patienten im Alten- und Pflegeheim betreut werden und auch dort verstirbt. Die Einbindung von Palliativdiensten in die Betreuung von Heimbewohnern und -bewohnerinnen ist zu wünschen, sie wird aber nicht lückenlos umgesetzt.

Zum Abschluss noch mal der Hinweis auf das Wesentliche in der Palliativversorgung: Zur körperlichen und seelischen Betreuung von Patientinnen und Patienten gehört nicht nur das dafür benötigte Fachwissen, sondern auch eine entsprechende persönliche Haltung gegenüber der Würde der Patientinnen und Patienten.

Anforderungen der Pflegefachkräfte an die Apotheken

Bettina Schulze, Palliativkonsiliardienst Herne-Castrop-Rauxel

Dieser Beitrag schildert die Arbeit der Pflegefachkräfte in der Palliativversorgung und beschreibt aus Sicht der Koordinatorin des palliativmedizinischen Konsiliardienst Herne Castrop-Rauxel die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Pflegefachkräften und Apothekerinnen und Apothekern.

Betreuung von Palliativpatienten durch Pflegefachkräfte

Die Pflege verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz bei der Betreuung von Palliativpatienten. Dabei steht nicht die Erkrankung im Vordergrund, sondern der Patient und damit sein Leben, Denken, Glaube und seine soziale Identität. Die Art und Weise, wie diese Faktoren jeweils das Leben des Patienten beeinflussen, hat sich in den letzten dreißig Jahren erheblich geändert. Was jedoch gleich geblieben ist, ist der tiefe Einschnitt, den die Diagnose einer schweren Erkrankung wie z.B. Krebs verursacht. Die gesamte Lebensplanung des Patienten wird dadurch unabdingbar verändert. Dies muss bedacht werden, wenn der Patient in sein häusliches Umfeld entlassen wird.

Wird der Patient zuhause bereits durch einen ambulanten Pflegedienst betreut, ist zunächst zu überprüfen, ob dieser Pflegedienst auch eine Palliativversorgung leisten kann. Es ist auch möglich, dass der Pflegedienst weiterhin die pflegerische Betreuung nach SGB IX betreibt und ein Palliativpflegedienst zusätzlich die Versorgung nach SGB V leistet. Diese Konstellation kann sich ungünstig auf die Situation des Patienten auswirken, da zu viele Personen an der Betreuung beteiligt sind. Daher genügt in manchen Fällen auch die Betreuung durch einen nicht spezialisierten Pflegedienst. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn durch einen länger bestehenden Kontakt bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen Pflegefachkräften und Patienten aufgebaut wurde. Dieses Vertrauensverhältnis ist wichtig, um eine gewisse Ruhe und Routine in die Ver-

sorgungssituation zu bringen. Dadurch kann sich der Patient auf die ihn verbleibende Lebenszeit fokussieren, anstatt mit seiner Erkrankung beschäftigt zu sein.

Das Ziel der pflegerischen Palliativversorgung ist das Wohlbefinden des Patienten und seiner Angehörigen. Dabei beeinflussen sich die Lebensqualität des Patienten und das Befinden der Angehörigen gegenseitig. Entscheidend dafür ist, inwiefern der Erkrankte die jeweiligen Betreuungsangebote annimmt und sie zulässt. Die Aufgabe der Koordinatoren im Palliativnetz ist es, ein Konstrukt aus den verschiedenen Angeboten zu schaffen und zu ermitteln, welche Art von Unterstützung überhaupt benötigt wird. Es muss berücksichtigt werden, ob der Patient und seine Angehörigen die Krankheit akzeptieren können. Ferner ist zu beobachten, ob die Betroffenen ausreichend über die Anwendung der Dauer- und Bedarfsmedikation informiert sind. Ein sachgerechter Umgang mit den Arzneimitteln lässt sich im häuslichen Umfeld gut erarbeiten. Patienten zeichnen beispielsweise auf, wann sie ein kurzwirksames Opioid benötigt haben. Daraus lässt sich ableiten, zu welchem Zeitpunkt die Schmerztherapie angepasst werden muss.

Palliative Maßnahmen dienen in erster Linie der Symptomkontrolle. Der wichtigste Aspekt einer palliativen Betreuung ist jedoch, die Lebensqualität des Patienten zu sichern bzw. zu verbessern. Es ist eine optimale medikamentöse Therapie nötig, um die Lebensqualität auf einem so hohen Standard wie möglich zu erhalten. Dazu zählt auch, dass die Medikation in Reichweite des Patienten in einem genügenden Ausmaß vorhanden ist. Deshalb ist eine reibungslos funktionierende Logistik nötig, die durch eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit gewährleistet werden kann. Die Zusammenarbeit ist in den Palliativnetzen unterschiedlich strukturiert, verfolgt aber dasselbe Ziel, dem Palliativpatienten eine möglichst hohe Lebensqualität und ein Sterben im vertrauten Umfeld zu ermöglichen.

Die festen medizinischen Ansprechpartner im Palliativnetzwerk sind der Haus- und der Palliativarzt. Es ist ein großer Vorteil, wenn sich der Hausarzt an der Palliativversorgung beteiligt, da er den betroffenen Patienten und seine Krankheitsgeschichte besonders gut kennt. Dabei kann auch das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient die Betreuung verbessern. Das Modell des Palliativkonsiliardienstes in Westfalen-Lippe fußt außerdem auf einer kontinuierlichen Versorgung durch den Hausarzt des jeweiligen Patienten und auf einer ergänzenden Tätigkeit des Palliativarztes. Die Einbindung weiterer Professionen wird individuell unter Berücksichtigung der Situation des Patienten abgestimmt. Lehnt ein Patient die Betreuung durch einen Pflegedienst ab, nimmt dieser auch nicht an der Versorgung teil. Die Wünsche des Palliativpatienten müssen respektiert werden, auch wenn die Versorgungsqualität darunter leidet.

Die Organisation der Versorgung mit Hilfsmitteln ist in manchen Fällen schwierig. Besonders die Beschaffung von Pflegebetten führt im palliativmedizinischen Konsiliardienst Herne Castrop-Rauxel wiederholt zu Problemen. Mittlerweile wurde erreicht, dass ein lokaler Anbieter Notfalllieferungen gewährt, sodass ein Pflegebett innerhalb von vierundzwanzig Stunden zur Verfügung gestellt werden kann. Da sich der gesundheitliche Zustand von Palliativpatienten innerhalb kürzester Zeit stark verändern kann, ist eine schnelle Reaktionsfähigkeit der Anbieter wichtig, um die Patienten mit Hilfsmitteln versorgen zu können.

Palliativpatienten sind meistens bereits über Jahre Kunden einer Apotheke ihres Vertrauens. Diese Apotheke übernimmt dann auch die Versorgung mit Arzneimitteln. Erfolgen die Ausstellung der (BtM)-Rezepte und die nachgeordneten Abläufe rechtzeitig, ist eine Versorgung mit Arzneimitteln dadurch gewährleistet. Entweder übernehmen dabei Angehörige die Aufgabe, das Rezept in der Apotheke einzulösen oder das Rezept gelangt auf Wunsch des Patienten von der Arztpraxis direkt zur Apotheke. So wird, je nach Konstellation der Versorgungssituation, durch Angehörige oder den Pflegedienst sichergestellt, dass Dauer- und Bedarfsmedikation auch an Wochenenden und Feiertagen zur Verfügung steht. Der palliativmedizinische Konsiliardienst ist rund um die Uhr erreichbar und ein Palliativarzt steht zur Verfügung und beantwortet Fragen zum Gebrauch von Bedarfsmedikation.

Probleme in der Palliativversorgung aus Sicht der Pflegedienste

Um zu ermitteln, wo es Schwierigkeiten bei der Versorgung von Palliativpatienten gibt, wurden Pflegedienste und Altenheime im Einzugsbereich des palliativmedizinischen Konsiliardienst Herne Castrop-Rauxel befragt. Die Leistungserbringer gaben an, Probleme vor allem durch ein frühzeitiges Bestellen von Medikamenten zu vermeiden. Die befragten Altenheime gaben an, mit Vertragsapotheken zusammenzuarbeiten. Diese Apotheken holen die Rezepte selbst in der jeweiligen Arztpraxis ab und beliefern die Heime mit den entsprechenden Arzneimitteln. Während der Öffnungszeiten der Apotheken erfolgt diese Art der Beschaffung der Medikation problemlos. Auch bei den ambulanten Pflegediensten ergeben sich keine Probleme, wenn auf eine pünktliche Anforderung der Medikation geachtet wird. Kann ein Arzneimittel nicht durch die Hausapotheke des Patienten beschafft werden, wird die Kooperationsapotheke des Netzwerkes kontaktiert. In dieser Apotheke ist eine Vielzahl von Arzneimitteln für die Palliativversorgung vorhanden, sodass eine Versorgung in den meisten Fällen sofort möglich ist.

Es gibt bestimmte Situationen, die in der ambulanten Versorgung von Palliativpatienten immer wieder zu Problemen führen. Unter anderem beispielsweise die Umstellung der Medikation nach einem Hausbesuch durch den behandelnden Arzt am frühen Nachmittag. Der Arzt stellt das Rezept für das neue Arzneimittel bspw. gegen 15:00 Uhr aus, die neue Medikation muss allerdings bis 18:00 Uhr beim Patienten eintreffen. Denn zu diesem Zeitpunkt ist der ambulante Pflegedienst vor Ort und kann das Arzneimittel applizieren. In so einem solchen Fall ist entscheidend, ob die jeweilige Apotheke das BtM-Rezept zeitnah erhält, ob das Arzneimittel bereits vorrätig ist oder bestellt werden muss und auf welchem Wege das Arzneimittel dem Patienten geliefert werden kann. Ist z. B. ein benötigtes Opioid vorrätig, funktioniert die zeitnahe Versorgung in der Regel, da die Apotheken über einen Botendienst verfügen, der die nötige Logistik übernimmt. In Ausnahmefällen wird das Medikament auch durch den Pflegedienst abgeholt. Generell ergibt sich durch die eventuelle Unsicherheit bezüglich der Versorgung mit der Medikation eine Nervosität der Patienten und ihrer Angehörigen. Eine Verunsicherung von Patienten und Angehörigen zu vermeiden, hat aber eine hohe Priorität. Die wenigsten Komplikationen ergeben sich, wenn Angehörige vor Ort sind und sich in Absprache mit dem behandelnden Arzt um die Beschaffung der Arzneimittel kümmern.

Eine weitere Situation, die zu Herausforderungen bei der Versorgung des Palliativpatienten führen kann, ist eine Krankenhausentlassung außerhalb der gewöhnlichen Praxis- und Apo-

thekeöffnungszeiten. Es kommt vor, dass der Hausarzt oder Palliativarzt bei seinem Hausbesuch Opioide verschreibt, die vorher nicht Teil der Medikation des Patienten waren. Wie im vorherigen Beispiel ist dann zu klären, wie das benötigte Arzneimittel zum Patienten gelangt. Laut Aussage der Altenheime funktioniert die Versorgung problemlos, wenn die jeweilige Vertragsapothekende des Altenheimes noch erreichbar ist. Auch die Palliativpflegedienste berichten, dass die Beschaffung der Arzneimittel gut funktioniert, solange sie auf die Kooperationsapothekende zurückgreifen können. Muss die Medikation über die diensthabende Notdienstapothekende beschafft werden, kann es zu Komplikationen kommen. Mithilfe eines Anrufs lässt sich feststellen, ob das jeweilige Arzneimittel vorrätig ist. Durch die Notfallliste für die Bevorratung mit Arzneimitteln für die Palliativversorgung sind die Medikamente zwar fast immer vorhanden, sie müssen aber durch z. B. Angehörige abgeholt werden. Manche Altenheime verfügen über einen sozialen Dienst, der Fahrten zur Notdienstapothekende durchführt und so das Arzneimittel zum Patienten bringen kann. Kommt keine dieser Möglichkeiten in Betracht, kann ein Altenheim auf Kosten des Bewohners einen Taxifahrer beauftragen, die Arzneimittel abzuholen.

Ähnliche Anforderungen an die Logistik ergeben sich, wenn sich der Zustand des Patienten spontan verschlechtert. In einem solchen Fall ist z. B. eine orale Einnahme von Arzneimitteln plötzlich nicht mehr möglich. Der behandelnde Arzt stellt dann die Therapie um, sodass eine parenterale Applikation zum Einsatz kommt. Hier muss nach einer Erstbehandlung durch den Arzt die weitere Versorgung mit der neuen Medikation sichergestellt werden. Es existiert auch die Möglichkeit, eine Notfallbox mit Arzneimitteln beim Patienten zuhause zu lagern. Die Ärzte des palliativmedizinischen Konsiliardienst Herne Castrop-Rauxel haben sich aber dagegen entschieden. Bis jetzt funktioniert die Versorgung der Patienten auch ohne eine solche Notfallbox.

Insgesamt ist die Logistik durch den Einsatz der Leistungserbringer derzeit gut. Die Kostenübernahme für diese Logistik ist aber nach wie vor ungeklärt. Es existiert keine Möglichkeit einer Kostenrückerstattung für die Apotheken oder Pflegedienste, wenn sie diese Fahrten übernehmen oder einen Boten beschäftigen.

Die beschriebenen Beispiele beziehen sich alle auf die Abläufe im Palliativnetz Herne Castrop-Rauxel. Alle Palliativkonsiliardienste in Westfalen-Lippe weisen individuelle Strukturen und Abläufe auf. Genauso verhält es sich mit den SAPV-Teams in Nordrhein und allen anderen Leistungserbringern in der Palliativversorgung in ganz Deutschland. Das Ziel ist überall dasselbe. Der Palliativpatient soll unter guter Symptomkontrolle mit einer möglichst hohen Lebensqualität die ihm verbleibende Zeit in seinem gewünschten Umfeld verbringen können.

Aus der Diskussion

Eine Verständnisfrage: Ist mit der „zuständigen Apotheke“, von der sie gesprochen haben die Netzwerkapothekende gemeint?

Schulze: Ja. Zum einen ist die Kooperationsapothekende des Netzwerks und zum anderen ist die Vertragsapothekende des jeweiligen Heims gemeint. Die „zuständige Apotheke“ kann aber auch die Stammapotheke des jeweiligen Patienten sein, was man solange wie möglich beibehalten sollte.

Seit einiger Zeit gibt es ja die Möglichkeit, einen Notfallvorrat für BtM in SAPV und Hospizen anzulegen. Wird diese Möglichkeit genutzt?

Schulze: Meines Wissens nach nicht.

Einzelne Hospize verfügen über einzelne Notfalldepots für einzelne Ärzte, andere besitzen ein allgemeines Notfalldepot. Das wird in den Hospizen sehr unterschiedlich gehandhabt.

Was bedeutet es denn, wenn eine Apotheke die Netzwerkapotheke ist? Es wird ja kein Vertrag geschlossen.

Schulze: Das ist richtig. Es wird kein Vertrag geschlossen. Es handelt sich um eine Apotheke, die dem Palliativnetzwerk angehört und über ein gutes Opioidkontingent verfügt, auf das wir im Notfall zurückgreifen können. Sie springt ein, wenn die Hausapotheke ein Arzneimittel nicht beschaffen kann. Diese Apotheke arbeitet mit dem Netzwerk zusammen. Es besteht aber kein Vertrag.

Es handelt sich auch um keine Zuweisung, da zunächst die ärztliche Bestandsabfrage bei der Hausapotheke erfolgt?

Schulze: Genau so ist es. Die Netzwerkapotheke ist unsere Lösung für Notfälle.

Wenn man ein Notfalldepot hätte, müsste man ja einen Vertrag mit einer Apotheke schließen.

Diemer: Die Apotheke, die mit uns zusammenarbeitet, ist freiwillig bereit, uns außerhalb ihrer Öffnungszeiten zur Verfügung zu stehen. Dass sie außerhalb der Öffnungszeiten gebraucht wird, kommt aber nicht jeden Tag im Jahr vor.

Gibt es noch weitere Funktionen dieser Netzwerkapotheke? Eine besondere pharmakologische Beratung oder anderweitige Tätigkeiten?

Diemer: Die Apotheke betreut Patienten, die Cannabinoide erhalten. Das geschieht aber aus dem Interesse des Apothekers heraus und nicht auf Wunsch des Netzwerkes. Es gibt eine andere Apotheke, die zwei Hospize betreut und daher auch ein großes Sortiment an BtM vorrätig hat. Diese Apotheke schließt aber pünktlich um 18:30 Uhr und ist dann nicht mehr erreichbar. Es gibt andere Apotheken in unserem Einzugsgebiet, die bis 20:00 Uhr geöffnet sind. Das ist dann auch eine große Hilfe, denn viele Ärzte führen ihre Hausbesuche abends zwischen 18:00 und 19:00 Uhr durch.

Aktivitäten der Apothekerkammer Nordrhein zur Sicherstellung der Versorgung von Palliativpatienten mit Schmerzmitteln

Dr. Sabine Viefhues, Apothekerkammer Nordrhein

Dieser Beitrag erläutert die Entstehung der Notfallliste für die Palliativversorgung im Kammerbezirk Nordrhein und berichtet, wie diese in der Praxis aufgenommen wurde.

Hintergrund

Es gibt verschiedene Definitionen für die Palliativmedizin, zum Beispiel von der WHO oder von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin:

„Die Palliativmedizin konzentriert sich auf die bestmögliche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Behandlung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen... Gemeinsames Ziel ist es, für weitgehende Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität zu sorgen – in welchem Umfeld auch immer Betroffene dies wünschen¹.

Beide Definitionen schließen die Betreuung und Begleitung der pflegenden Angehörigen mit ein. Für die Thematik der Notfallliste ist besonders wichtig, dass die palliative Versorgung dort geschehen soll, wo die Betroffenen dies wünschen. In den meisten Fällen ist damit die vertraute, häusliche Umgebung gemeint.

Der Wunsch, zuhause zu versterben, ist allgemein präsent, wie zum Beispiel eine im Magazin Spiegel Wissen 4/2012 veröffentlichte Umfrage der TNS Forschung zeigte². Nach einer Schätzung des Diakonischen Werks der evangelischen Kirche in Deutschland verstarben 2012 die meisten Menschen allerdings im Krankenhaus. Inzwischen hat sich die Situation durch eine Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen ein wenig verbessert². So berichtete Frau Dr. Zimmermann, Referentin für Gesundheitspolitik der KV Nordrhein (KVNO), auf dem KV-

1 <https://www.dgpalliativmedizin.de/> (Spendenflyer für den Wegweiser der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin)

2 Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). In Kraft getreten am 08.12.15

NO-Kongress „Zehn Jahre ambulante Palliativversorgung in Nordrhein“ im September 2015, dass etwa 27 % der Palliativpatienten, die die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung in Anspruch genommen hatten, zuhause versterben würden, 29 % im Pflege- oder Seniorenheim und nur noch 15,5 % im Krankenhaus³.

Das Rahmenprogramm des Landes NRW formulierte bereits 2005 als Ziel der Palliativversorgung: „Oberstes Ziel ist es, ein Sterben zuhause zu ermöglichen, wann immer dies möglich und gewünscht ist. Hierzu ist es erforderlich, eine angemessene und flächendeckende, insbesondere auch qualitätsgesicherte ambulante Versorgung mit entsprechender palliativmedizinischer Infrastruktur möglichst ohne regionale Versorgungslücken zu entwickeln“⁴. Zum Start der Notfallliste 2013 gab es 34 AAPV-Teams in Nordrhein, mittlerweile ist diese Zahl auf 38 gestiegen. Darin sind 1443 qualifizierte Haus- und Fachärzte und 378 qualifizierte Palliativärzte vertreten⁴.

Die Rolle der Apotheker und ihre Entwicklung

Vorratshaltung

„Palliativpharmazie ist der Beitrag des Apothekers und des pharmazeutischen Fachpersonals zur Palliativversorgung. Die Palliativpharmazie umfasst alle pharmazeutischen Aspekte der Versorgung und Begleitung von Palliativpatienten und ihren Angehörigen, u. a. die Versorgung mit Arzneimitteln, Medikationsmanagement, die pharmazeutische Betreuung und die patientenindividuelle Herstellung von Rezepturen“⁵. Diese Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin beschreibt die Tätigkeiten des Apothekers in der palliativen Betreuung. Die Versorgung mit Arzneimitteln und die zugrunde liegende Logistik sind der zentrale Aspekt, aufgrund dessen sich die Apothekerkammer Nordrhein mit der Erstellung einer Notfallliste befasst hat. Diese Entwicklung startete mit der Novellierung der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) 2012 und mit der Änderung von § 13 Betäubungsmittelgesetz (BtMG).

Abbildung 1: Entwicklung der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein (Fortsetzung Abb. 4 und 6)

Datum	Entwicklung ambulante Palliativversorgung
12. Juni 2012	Novelle ApBetrO tritt in Kraft § 15: u.a. Präzisierung der Vorhaltung von BtM in allen Apotheken, um ambulante Patienten in (palliativ)medizinischen Krisensituationen adäquat versorgen zu können
28. Juni 2012	Bundestag beschließt Ausnahmeregelung in § 13 BtMG: unter eng gefassten Bedingungen/in Notfallsituationen dürfen Ärzte ambulanten Palliativpatienten BtM verabreichen/überlassen
09/2012	<i>Kammer im Gespräch Herbst 2012, S. 20</i> Empfehlungen von Dr. Klaus Ruberg, Sektion Pharmazie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, zur Präzisierung und Ergänzung der Bevorratungspflicht nach § 15 ApBetrO

3 https://www.kvno.de/downloads/termine/palliativkongress/03_vortrag_zimmermann_merling.pdf (letzter Zugriff 06.07.16)

4 <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Palliativ-Konzept%20NRW.pdf> (letzter Zugriff 06.07.16)

5 <https://www.dgpalliativmedizin.de/sektionen/sektion-apothekerinnen.html> (letzter Zugriff 13.07.16)

Nach § 15 ApBetrO ist jede Apotheke zur Vorratshaltung eines durchschnittlichen Wochenbedarfs an Arzneimitteln verpflichtet. Zusätzlich muss eine bestimmte Auswahl an Analgetika und BtM jederzeit vorhanden sein. In § 15 Absatz 2 ApBetrO werden weiterhin Präparate aufgeführt, die kurzfristig beschaffbar sein müssen, sofern sie in der Apotheke nicht vorhanden sind. Hierzu existiert die Gelbe Notfalltafel der Apothekerkammer Nordrhein, in der die Standorte und die Bestückung der Sieben Notfalldepots in Nordrhein verzeichnet sind. Die seit 2012 zusätzlich geforderte Bevorratung von Opioiden in transdermaler und transmucosaler Form sollte in der Apotheke erfolgen, um eine möglichst schnelle Verfügbarkeit zu garantieren. Anlass für die Änderung von § 15 ApBetrO war die Sicherstellung der Notfallversorgung von Palliativpatienten durch alle Apotheken. Damit ist eine Versorgung in Krisensituationen in Nacht- und Notdienst auch durch Apotheken sicher gestellt, die regulär weniger Berührungspunkte mit der Palliativmedizin haben.

Ausnahmeregelung nach § 13 BtMG

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und die Bundesopiumstelle stellten in Kooperation mit der ABDA einen Leitfaden zu BtM in der ambulanten Palliativversorgung zur Verfügung⁶. Auch wenn die Auswahl der Wirkstoffe dem jeweiligen Apothekenleiter unterliegt, empfiehlt der Leitfaden, sich regional auf festgelegte Arzneimittellisten zu einigen. Ist die Apotheke nicht lieferfähig oder ist es dem Patienten und seinen Angehörigen nicht zumutbar diese aufzusuchen, so kann die Ausnahmeregelung nach § 13 BtMG angewendet werden. Die Abgabe eines Tagesbedarfs an BtM für maximal 3 Tage durch den behandelnden Arzt ist dann möglich, unterliegt aber einer strengen und aufwendigen Dokumentation. Die Apotheken können durch eine angemessene Bevorratung und durch die Beachtung von regional abgestimmten Arzneimittellisten dafür sorgen, dass diese Ausnahmeregelung nur selten angewendet werden muss. Dadurch wird, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, die Zahl der Ausnahmen auf wenige Fälle begrenzt.

Kommt es zur Anwendung der Ausnahmeregelung bedingt durch eine verzögerte Lieferfähigkeit in der Apotheke muss der verantwortliche Apotheker Folgendes dokumentieren:

- Datum und Uhrzeit der Anfrage
- Name des anfragenden Arztes
- Bezeichnung des angefragten Betäubungsmittels
- Angabe gegenüber dem Arzt, ob das Betäubungsmittel zum Zeitpunkt der Anfrage vorrätig ist, oder bis wann es zur Abgabe bereitsteht.

Schaffung einer Diskussionsgrundlage

Im September 2012 veröffentlicht Dr. Klaus Ruberg, Leiter der Kronen-Apotheke-Marxen und Mitglied der Sektion Pharmazie in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, eine Vorschlagsliste mit Arzneimitteln für die Palliativversorgung. Es wurde darum gebeten, diese Liste als Grundlage für Diskussionen mit den örtlichen Palliativmedizinern zu nutzen und daraus

⁶ https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/DGP_Bundesopiumstelle_Betäubungsmittel_Ambulante_Palliativversorgung.pdf (letzter Zugriff, 21.07.2016)

eine regional gültige Liste zu erarbeiten. Als Ziel wurde eine sichere Notfallversorgung ambulanter Palliativpatienten festgelegt bei einer gleichzeitig sinnvollen Balance zwischen bedarfsgerechter Bevorratung und Vermeiden von Verfallsverlusten.

**Abbildung 2: Teil 1 der Diskussionsgrundlage 2012
(Empfehlung von Dr. Klaus Ruberg, Sektion Pharmazie der DGP)**

Wirkstoff	Darreichungsform	Wirkstärke	Indikation (Beispiele)
Morphin	Injektionslösung	10 mg/ml	Akuttherapie Schmerz, Luftnot (parenterale Gabe)
Morphin	Tropfen	20 mg/ml	Akuttherapie Schmerz, Luftnot (enterale Gabe)
Morphin	Retardtabletten	10 mg (evtl. zusätzl. 30 mg)	Schmerz, Luftnot, Einleitung der Basistherapie
Fentanyl	TTS („Pflaster“)	25 µg/h	Schmerz, Luftnot, Einleitung der Basistherapie, v.a. bei Schluck- oder Resorptionsstörungen
Fentanyl	transmucosal	kleinste Wirkstärke/N 1 (Cave: keine Vergleichbarkeit der Dosen zwischen verschiedenen therapeutischen Systemen)	Durchbruchschmerzen bei Tumorpatienten unter Basistherapie mit Opioiden, Luftnot, v.a. bei Schluck od. Resorptionsstörungen
Adrenalin	Injektionslösung	1 mg/ml	Sickerblutung bei exulcerierenden Tumoren
Injektions- u. Infusionszubehör	Systeme zur Subcutangabe von AM	Butterfly-Kanülen, Verbandmaterial, Infusionsbestecke	

Der erste Teil der Diskussionsgrundlage erfüllt gleichzeitig auch einen Teil der Anforderungen an die Bevorratung nach § 15 ApBetrO.

**Abbildung 3: Teil 2 der Diskussionsgrundlage
(Empfehlung von Dr. Klaus Ruberg, Sektion Pharmazie der DGP)**

Wirkstoff	Darreichungsform	Wirkstärke	Indikation (Beispiele)
Lorazepam	Plättchen (Expidet)	1 mg	Sedierung, Anxiolyse
Diazepam	Rektallösung	5 mg	Prophylaxe u. Therapie v. Krampfanfällen
Midazolam	Injektionslösung	5 mg/ 1 ml	Steuerbare Sedierung
Dimenhydrinat	Ampullen i.v.	62 mg	Übelkeit, Erbrechen
Dimenhydrinat	Suppositorien	150 mg	Übelkeit/Erbrechen
Haloperidol	Tropfen	2 mg/ml	Übelkeit/Erbrechen, Verwirrtheit
Haloperidol	Injektionslösung	5 mg/ml	Übelkeit/Erbrechen
Butylscopolamin	Injektionslösung	20 mg/ml	Spasmen der glatten Muskulatur, terminale Rasselatmung
NaCl 0,9 %	Infusionslösung	10 x 250 ml	Trägerlösung, Volumensubstitution

Teil 2 der Diskussionsgrundlage enthält die Empfehlungen von Dr. Ruberg zu einer erweiterten und ergänzenden Bevorratung für die Palliativversorgung.

Befragung der Ärzte

Abbildung 4: Entwicklung der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein (Fortsetzung Abb. 6)

Datum	Entwicklung ambulante Palliativversorgung
Januar 2013	ÄkNo befragt ihre AAPV-Netzwerke zur Vorschlagsliste der AKNR für eine (palliativmedizinische) Notfallbevorratung in den Apotheken in Nordrhein
23. Januar 2013	Vorstand der AKNR stimmt der Vorschlagsliste für eine (palliativmedizinische) Notfallbevorratung in den Apotheken in Nordrhein zu
Ende 05/2013	Zustimmung der ÄkNo
06. Juni 2013	Präsidentenrundsreiben an alle Apotheken zur wirkstoffbezogenen Konsensliste von AKNR und ÄkNo für die Notfallversorgung ambulanter Palliativpatienten

Die Apothekerkammer Nordrhein wandte sich 2013 mit der Liste an die Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo) und bat um die Einschätzung der Ärzte zur Zusammensetzung der Notfallliste. Es kam zu der tabellarisch zusammengefassten Entwicklung (Abbildung 4).

Abbildung 5: Liste mit Ergänzung „Dexamethason“ durch die AAPV-Netzwerke

Wirkstoff	Darreichungsform	Wirkstärke	Indikation (Beispiele)
Lorazepam	Plättchen	1 mg	Sedierung, Anxiolyse
Diazepam	Rektallösung	5 mg	Prophylaxe u. Therapie v. Krampfanfällen
Midazolam	Injektionslösung	5 mg/ 1 ml	Steuerbare Sedierung
Dimenhydrinat	Ampullen i.v.	62 mg	Übelkeit, Erbrechen
Dimenhydrinat	Suppositorien	150 mg	Übelkeit/Erbrechen
Haloperidol	Tropfen	2 mg/ml	Übelkeit/Erbrechen, Verwirrtheit
Haloperidol	Injektionslösung	5 mg/ml	Übelkeit/Erbrechen
Dexamethason	Injektionslösung	8 mg/2ml	Hirndruck, Schwäche, Anorexie, Antiemese
Butylscopolamin	Injektionslösung	20 mg/ml	Spasmen der glatten Muskulatur, terminale Rasselatmung
NaCl 0,9 %	Infusionslösung	10 x 250 ml	Trägerlösung, Volumensubstitution

Die Liste wurde von den Mitgliedern der AAPV-Netzwerke als praktikabel bewertet und mit Dexamethason zur Behandlung von Hirndruck, Schwäche, Anorexie und Emesis ergänzt. Es gab von Seiten der palliativmedizinisch tätigen Ärzte noch weitere Vorschläge zur Ergänzung der Liste. Diese befassten sich allerdings mit sehr spezifischen Problemen, sodass die Ärztekammer sich im Sinne der Übersichtlichkeit und einer Fokussierung auf typische palliativmedizinische Notfallkonstellationen für die vorgestellte Liste aussprach.

Veröffentlichung

Abbildung 6: Fortsetzung Aktivitäten der AKNR

Datum	Aktivitäten der AKNR zur Sicherstellung der Schmerzmittelversorgung ambulanter Palliativpatienten
21.06.2013	Gemeinsame Pressemitteilung von AKNR und ÄkNo zur Konsensliste
Sommer 2013	Veröffentlichung „Notfall-Liste für Palliativpatienten“ in <i>Kammer im Gespräch</i> 02/2013 und auf www.aknr.de
Juli 2013	Meldung zur „Notfallliste Palliativversorgung“ im AKNR-Newsletter
Weihnachten/Neujahr 2014 und 2015	Information zur Notdienstregelung mit Verlinkung Notfalllisten, darunter „Notfallliste Palliativversorgung“ auf www.aknr.de
Herbst 2016	Information zu den für den Apothekennotdienst relevanten Notfalllisten, u.a. „Notfallliste Palliativversorgung“, in <i>Kammer im Gespräch</i>

Nachdem die Notfallliste mit den Palliativmedizinern abgestimmt und die generelle Zustimmung der Ärztekammer Nordrhein eingeholt worden war, fasste der Vorstand der Apothekerkammer Nordrhein den Beschluss, diese Liste als Empfehlung allen Apotheken im Kammerbezirk zur Verfügung zu stellen. Zusammen mit der Veröffentlichung der Liste wurden die Apotheker durch die Kammer aufgefordert, sich entsprechend zu bevorraten, um im Fall einer palliativmedizinischen Krisensituation lieferfähig zu sein. Zusätzlich gab es eine Reihe von Veröffentlichungen, die die Notfallliste immer wieder thematisierten. Darunter befanden sich unter anderem auch Pressemeldungen für die Laienpresse sowie auf den Internetauftritten der Apotheker- und der Ärztekammer.

Die Thematik wird regelmäßig wieder aufgegriffen, besonders in Zeiten mit vielen Notdiensten wie zum Beispiel zwischen Weihnachten und Neujahr. Dabei wird zusätzlich auf die Gelbe Notfalltafel und die Merkliste der Arzneimittelkommission zur Bevorratung nach § 15 Absatz 1 ApBetrO verwiesen⁷. Auch in der nächsten Ausgabe von „Kammer in Gespräch“, der Mitglie-

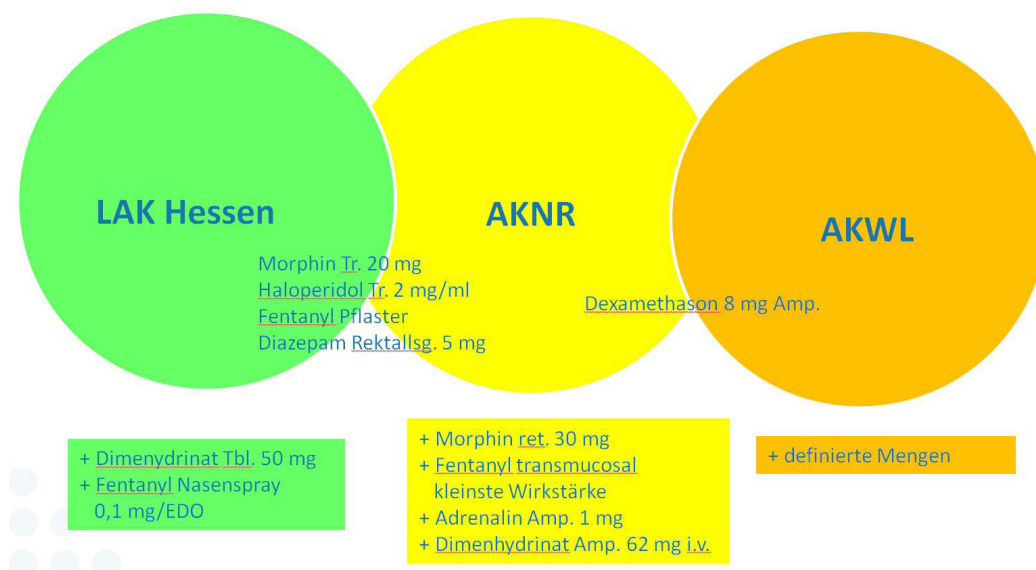
⁷ <http://www.aknr.de/apotheker/news.php?nid=67> (letzter Zugriff 21.07.2016)

derzeitschrift der Apothekerkammer Nordrhein, wird das Thema Notdienstbevorratung erneut zur Sprache kommen.

Rückmeldungen

Es gab insgesamt wenige Rückmeldungen aus den Apotheken. Die geringe Anzahl, die eingegangen war, fiel positiv aus. Zum Teil wurden auch Vorschläge zur Ergänzung der Notfallliste gemacht, die aber nicht zur palliativen Versorgung passten. So schlug ein Apotheker vor, Infectodexakrupp Saft in die Liste aufzunehmen, da dieses pädiatrische Arzneimittel im Notdienst schwer zu substituieren sei. Auch von Seiten der Bevölkerung gab es bis jetzt keine Beschwerden zur palliativen Versorgung im Notdienst. Allgemein treten vereinzelt Probleme im Notdienst auf, diese betreffen aber hauptsächlich die allgemeine Versorgung im Notdienst.

Abbildung 7: Überschneidungen und Unterschiede in den Notfalllisten der Kammern Nordrhein, Westfalen-Lippe und Hessen



Die zusätzlichen Empfehlungen zur Bevorratung unterscheiden sich von Kammer zu Kammer. Die Kreise stellen in der Abbildung die gemeinsame Basis und damit die oben aufgezählten Arzneimittel dar. Ferner sind weitere Überschneidungen (auf den Schnittflächen der Kreise) und kammer-spezifische Zusatzpositionen (in den Kästen unter den Kreisen) abgebildet. In Westfalen-Lippe werden auch konkrete Empfehlungen zu den zu bevorratenden Mengen gegeben. Die Kammer Nordrhein hat davon Abstand genommen, da sich je nach Patientenstruktur einer Apotheke ein deutlich höherer Bedarf und damit auch eine größere Bevorratungsmenge ergeben kann.

Aus der Diskussion

Offizin-Apotheker, die mit diesem Modell nicht einverstanden sind, werden sich wahrscheinlich nicht bei der Kammer beschweren, sondern sich entweder gar nicht oder nur mit Arzneimitteln im Rahmen ihres üblichen Einkaufs bevorraten. Würde die Kammer etwas unternehmen, wenn sie erfährt, dass sich einzelne Apotheken nicht nach dieser Empfehlung richten, und wenn ja, was genau?

Viefhues: Die Kammer würde etwas unternehmen. Zwar hat die Liste zur ergänzenden Bevorratung nur einen Empfehlungscharakter und ist daher nicht rechtlich bindend, aber die Kammer setzt sich sehr für ihre Umsetzung ein. Sie würde nochmals eindringlich für die Bevorratung plädieren und argumentieren. Insgesamt befindet sich die Kammer in einem offenen Dialog mit der Apothekerschaft, so dass auch kritische Anmerkungen entgegengenommen werden. Im Übrigen gehen die meisten Rückmeldungen bei der Kammer ein, wenn in Zusammenhang mit z. B. einer neuen Regelung Unzufriedenheit herrscht. Das war hier allerdings nicht der Fall. Sicherlich spielt auch das sensible Thema eine Rolle, dass wenig Kritik geäußert wurde.

Ich überwache im Bezirk der Kammer Westfalen-Lippe Apotheken und frage bei meinen Begehungen ab, ob die Arzneimittel der Notfallliste für die Palliativversorgung vorrätig gehalten werden. Es gibt immer eine Handvoll Apotheker, die dies ablehnt und sich vehement dagegen wehrt. Sie begründen das mit ihrer kaufmännischen Freiheit und damit, dass es schon mehr als genug Vorschriften gibt, an die sie sich halten müssen. Dieselben Apotheker weigern sich allerdings auch, mit der Kammer in den Dialog zu treten. Ferner erklären sie, die Bevorratung sei für sie nicht relevant, da sie noch nie ein Arzneimittel der Liste abgeben mussten. Bei der Kammer Westfalen-Lippe besteht im Moment kein Interesse, gezielt dagegen vorzugehen.

Viefhues: Dieses Problem hat sich im Bezirk der Kammer Nordrhein so noch nicht gezeigt. Viel mehr als argumentieren kann man in diesem Bereich nicht, aber ich gehe von einer guten Argumentationsposition aus, zum einen wegen des sensiblen Themas und der geringen Kosten und zum anderen, weil es sich hier um eine sehr praxisorientierte Lösung für die Apotheker und Ärzte in Nordrhein handelt.

Aktivitäten der Apothekerkammer Westfalen-Lippe zur Sicherstellung der Versorgung mit Schmerzmitteln

Notfallliste vorzuhaltender Medikamente für die ambulante Palliativversorgung

Dr. Claudia Brüning, angestellte Apothekerin

Dieser Beitrag stellt dar, wie die Entwicklung zur Notfallliste mit Arzneimitteln für die Palliativversorgung in Westfalen-Lippe verlief.

Entwicklung in Westfalen-Lippe

Da es bei der Versorgung von Palliativpatienten nicht immer nur um Schmerzmittel geht, stand von Anfang an fest, dass die zu erstellende Liste ein Spektrum verschiedener Arzneimittel abdecken sollte.

Der Status Quo 2011

Die verantwortlichen Mediziner berichteten über Probleme bei der Beschaffung von Arzneimitteln außerhalb der üblichen Öffnungszeiten von Apotheken. Vor der Etablierung der Notfallliste kam es dadurch vereinzelt zu Beschwerden bei der Apothekerkammer. Auch einzelne Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker verwiesen auf diese Problematik. In einigen Kreisen kam es zur Zusammenarbeit der Palliativärzte und der jeweiligen Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker. Ferner hatten sich regional individuelle Modelle entwickelt, um die Versorgung sicherzustellen.

In Dortmund hatten zu diesem Zeitpunkt 55 von 150 Apotheken die Aufgabe übernommen, entsprechende für die Palliativversorgung benötigte Arzneimittel vorrätig zu halten. Der für Dortmund zuständige Notdienstbeauftragte teilte in Zusammenarbeit mit dem Amtsapotheker die Dienste so ein, dass in jedem Notdienst eine dieser 50 Apotheken verfügbar war. Damit hatte jede Apotheke die Chance, an einer solchen Versorgung teilzunehmen. Dieses Verfahren wurde bei der Umstellung des Notdienstsystems im Kammerbezirk Westfalen-Lippe später berücksichtigt.

In Hamm waren 2011 alle Apotheken mit Morphin-Ampullen bevorratet. Dort gab es im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenz einen interdisziplinären Austausch.

Im Mai 2011 wurde die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung geändert. Seitdem wird Hospizen und SAPV-Teams in § 5c BtMVV ermöglicht, mit Apotheken einen Vertrag über die Belieferung mit Notfallarzneimitteln zu schließen, die für eine Lagerung vor Ort vorgesehen sind¹. Dieser Notfallvorrat an Betäubungsmitteln soll den unvorhersehbaren und kurzfristigen Bedarf decken. Ferner soll er mindestens halbjährlich durch die versorgende Apotheke kontrolliert werden. Er darf maximal einen durchschnittlichen Monatsbedarf an Arzneimitteln enthalten. Die Verschreibung erfolgt auf einem BtM-Anforderungsschein.

Die Notfallliste

Abbildung 1: Notfallliste mit Indikationen²

Pos.	Medikament	Darr.form	Größe	Indikation (Beispiele)*
1	Morphin 10 mg	Amp.	10 St.	Schmerzen, Atemnot
2	Midazolam 5 mg	Amp.	5 St.	Unruhe, Atemnot, Sedierung, Anxiolyse
3	Haloperidol 5 mg	Amp.	5 St.	Übelkeit, Delir
4	Dexamethason 8 mg	Amp.	5 St.	Hirndruck, Schwäche, Anorexie, Antiemese
5	Butylscopolamin 20 mg	Amp.	5 St.	Rasselatmung, Hypersalivation
6	Dimenhydrinat 150 mg	Supp.	10 St.	Übelkeit
7	Tavor expidet 1,0 mg	Täf.	50 St.	Unruhe, Atemnot, Sedierung

Durch einen sorgfältigen Abstimmungsprozess mit den Palliativmedizinerinnen in der darauffolgenden Zeit konnte eine einheitliche, praxiserprobte Liste mit Arzneimitteln für die Notfallversorgung von Palliativpatienten erstellt werden. Vereinzelt kam es zu Anfragen durch die Palliativkonsiliardienste, ob die Liste in Zusammenarbeit mit den Apotheken vor Ort abgewandelt werden könne. In Absprache mit der Ärztekammer und den Ansprechpartnern unter den Palliativärzten vertrat die Kammer den Standpunkt, dass dies erlaubt und auch erwünscht sei, um die Liste an regionale Gegebenheiten anzupassen. Diese individuellen Anpassungen werden allerdings nicht durch die Kammern oder Berufsverbände koordiniert, sondern müssen vor Ort umgesetzt werden.

1 § 5c BtMVV https://www.gesetze-im-internet.de/btmv_1998/_5c.html

2 Indikationen nach Arzneimittel in der Palliativversorgung von Rémi, Hagen, GOVI-Verlag, Eschborn, 2012

Insgesamt ist eine optimale Versorgung geschaffen worden, ohne dass auf das Dispensierrecht nach § 13 1a BtMG zurückgegriffen werden musste.

Die Apotheker- und Ärztekammer Westfalen-Lippe gaben im Jahr 2012 eine gemeinsame Presseerklärung zur Notfallliste heraus. Gleichzeitig wurden alle Apotheken in Westfalen-Lippe mittels eines Rundfaxes kontaktiert, um ihnen die Umsetzung der Bevorratung nahe zu legen. Zusätzlich wurde ein Bericht im danach erscheinenden Mitteilungsblatt veröffentlicht. Die Liste ist allerdings nicht rechtlich bindend.

Die Apothekerkammer appellierte eindringlich an ihre Mitglieder, die Vorgaben der Liste umzusetzen. Weiterhin wurde 2013 eine Fortbildungsveranstaltung „Praxisgerechte Liste von Notfallarzneimitteln“ angeboten. Außerdem verschickte die Kammer die Broschüre „Zum Umgang mit Betäubungsmitteln in der ambulanten Palliativversorgung“ an alle Apotheken. Dazu wurde ein Anschreiben mit dem Hinweis auf die Liste versendet mit der Bitte, diese an die Mediziner vor Ort weiterzuleiten.

Seit Einführung der Liste gab es keinerlei Beschwerden mehr von Palliativmedizinern über eine nicht ausreichende Versorgung mit Arzneimitteln. Durch die Apothekerschaft gab es nur einige wenige positive Rückmeldungen.

Aus der Diskussion

Die Palliativmediziner hatten am Anfang ja sehr unterschiedliche Vorstellungen davon, welche Arzneimittel in die Liste aufgenommen werden sollen. Sind die Ärzte mit der zusammengefassten Liste zufrieden?

Brüning: Ja, bei der Vorbereitung im Qualitätszirkel der Ärzte waren die Vorsitzenden des Berufsverbandes der Palliativmediziner Westfalen-Lippe anwesend. Diese Ärzte sind in der Praxis tätig, wissen also genau, was notwendig und sinnvoll ist. Es gab auf dem Qualitätszirkel keinen Arzt, der sich übergangen fühlte.

Die Palliativversorgung als Teil der Regelversorgung

Struktur der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein(-Westfalen)

Robin Fink, AOK Rheinland/Hamburg

Dieser Beitrag soll die rechtlichen Hintergründe und Perspektiven der Krankenkassen zur Palliativversorgung erläutern, hier am Beispiel der AOK Rheinland/Hamburg. Auch die Zusammenarbeit mit den Apotheken soll näher betrachtet werden.

Strukturen in der Palliativversorgung

Es gibt unterschiedliche Strukturen, auf die Patienten zugreifen können, um eine palliative Versorgung zu erhalten. Allseits bekannt ist hier die stationäre Versorgung in einem Krankenhaus. Weiterhin können Patienten in ein stationäres Hospiz aufgenommen werden, wo ihnen möglichst alltäglich eingerichtete Zimmer zur Verfügung stehen. Auch ambulante Hospizdienste können genutzt werden. Hier sind oft Ehrenamtliche tätig, die sich um die psychosoziale Betreuung von Angehörigen und Patienten kümmern, zum Beispiel in Form von Nachtwachen. Ferner spielt die ambulante Regelversorgung eine Rolle. Darunter fallen die allgemeine ambulante Palliativversorgung AAPV und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung SAPV. Wichtig ist insbesondere, dass sowohl Ärzte als auch Patienten und Angehörige informiert sind, wie die Palliativversorgung vor Ort organisiert ist und wie sie Zugang zu ihr finden.

Übersicht zum Hospiz- und Palliativgesetz

Im Beitrag soll dargestellt werden, was das Hospiz- und Palliativgesetz bewirkt und wie der Gesetzgeber an die Thematik herantreten ist. Die Palliativmedizin war schon immer ein Teil der Regelversorgung. Es existierten allerdings keine eigenen Abrechnungsziffern für palliativmedizinische Leistungen. Da aber ein Hausbesuch bei einem Palliativpatienten deutlich länger dauert als ein regulärer Hausbesuch, sollte sich dies im Rahmen der Abrechnungssysteme ebenfalls widerspiegeln.

Zum Jahreswechsel 2015/2016 trat das Hospiz- und Palliativgesetz in Kraft. Der Weg dorthin begann 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, in dem die SAPV implementiert wurde. Damit führte der Gesetzgeber zunächst die spezialisierte Versorgung ein und ließ anschließend schrittweise die allgemeinere Versorgung folgen. Nach Expertenmeinungen ist die AAPV für etwa 80 %-90 % der Palliativpatienten vorgesehen, während die SAPV für die restlichen 10 %-20 % zuständig sein soll¹. Ob dieses Verhältnis in der Praxis erreicht wird, wird sich in den nächsten Jahren zeigen.

§ 37 SGB V – Häusliche Krankenpflege (HKP)

Die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V ist Teil des Hospiz- und Palliativgesetzes. Da der Gesetzgeber eine bundesweite Stärkung der palliativmedizinischen Versorgung anstrebt, wird davon ausgegangen, dass die Anforderungen an die Qualifikation des Personals, das dies umsetzen soll, möglichst niedrig sein können; ansonsten kann eine umfassende Umsetzung nicht gewährleistet werden. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Leistungen zur Palliativpflege innerhalb der HKP-Richtlinie (HKP: Häusliche Krankenpflege) zu konkretisieren. Geht man nun von einem kleinsten gemeinsamen Nenner aus, so wird es wahrscheinlich keine zusätzlichen Anforderungen an die Qualifikation von Pflegekräften geben. In Anbetracht der Negativschlagzeilen über verschiedene Pflegedienste² erscheint dies sehr bedenklich. In Nordrhein ergibt sich durch das Hospiz- und Palliativgesetz ein dreischichtiges System aus Regelversorgung, AAPV und SAPV. Jetzt kommt es darauf an zu beobachten, ob dieses System funktionsfähig ist und ob es sinnvoll ist, dieses dreistufige System aufrecht zu erhalten.

§ 37b SGB V in Verbindung mit § 132d SGB V – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Im Rahmen der SAPV belegt Nordrhein im Faktencheck Gesundheit zur Palliativversorgung der Bertelsmann-Stiftung³ einen der hinteren Plätze. Das liegt unter anderem daran, dass die speziellen Strukturen, die in Nordrhein in der Versorgung vorhanden sind, dort nicht beachtet werden. Die AAPV wurde nicht in den Bericht der Stiftung eingeschlossen. Ferner wird die Anzahl der SAPV-Teams nicht korrekt dargestellt. Das liegt daran, dass für einen SAPV-Vertrag eine Betriebsstätten-Nummer benötigt wird. Diese wird normalerweise durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) des jeweiligen Landes vergeben. Im Rahmen der SAPV erfolgt die Vergabe allerdings durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), wodurch die 23 SAPV-Teams Nordrheins in keinerlei Statistik vertreten sind. Im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes wird ein Schiedsverfahren für die entsprechenden Versorgungsverträge eingeführt. Dadurch soll der weitere Ausbau der SAPV, besonders in ländlichen Gebieten, beschleunigt werden. Ein

1 https://www.kvno.de/downloads/termine/palliativkongress/03_vortrag_zimmermann_merling.pdf (letzter Zugriff 20.07.16)

2 <http://www.sueddeutsche.de/gesundheits/weise-liste-deutsche-pflegeheime-sind-deutlich-schlechter-als-bislang-gedacht-1.3005130> (letzter Zugriff 22.07.16); <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/erding/schlechte-noten-ambulanten-pflegedienst-von-miserabler-qualitaet-1.1148228> (letzter Zugriff 22.07.16)

3 https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf (letzter Zugriff 22.07.16)

möglicher Grund für die fehlende Entwicklung der SAPV in ländlichen Gebieten ist die fehlende Akzeptanz durch die Leistungserbringer.

§ 39a SGB V – Stationäre Hospizleistungen

Die stationären Hospizleistungen werden durch das Hospiz- und Palliativgesetz aufgewertet. Es handelt sich dabei um eine Aufwertung finanzieller Natur, das heißt der Mindestzuschuss durch die GKV wird angehoben. In Zukunft tragen die Krankenkassen 95 % anstatt wie bisher nur 90 % der zuschussfähigen Kosten. Die übrigen 5% der Kosten müssen weiterhin durch z. B. Spenden finanziert werden.

§ 39a SGB V – Ambulante Hospizleistungen

Auch die ambulanten Hospizdienste erhalten in größerem Umfang Zuschüsse durch die Krankenkassen. So werden neben den Sachkosten nun auch die Personalkosten berücksichtigt. Der Zuschuss je Leistung erhöht sich von 11 % auf 13 % der monatlichen Bezugsgröße. Ferner nimmt der besondere Aufwand für das hospizliche Erstgespräch einen höheren Stellenwert ein. Das ist ein Ausdruck dafür, dass die Koordinationsleistungen in dem Gebiet der Palliativversorgung immer wichtiger werden. Ferner können künftig auch Krankenhäuser einen Hospizdienst mit der Sterbebegleitung beauftragen.

§ 39b SGB V – Hospiz- und Palliativberatung durch die GKV

Die GKV ist durch das Hospiz- und Palliativgesetz verpflichtet worden, Patienten über die Palliativversorgung zu informieren. Dazu zählen Informationen zu Verträgen in der Palliativversorgung (AAPV, SAPV, etc.), über die Hospiz- und Palliativversorgung generell und über die Möglichkeiten zur persönlichen Vorsorge für die letzte Lebensphase. Vor dem Inkrafttreten des Gesetzes bestand Uneinigkeit darüber, ob die Pflegeversicherungsträger, die GKV, die Länder oder die Kommunen für die Information des Patienten zuständig sind.

§ 132g SGB V – Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten abzuschließen, wodurch die betreffenden Ärzte eine zusätzliche Vergütung erhalten. Ferner müssen sie mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten. Die Kooperationen mit vernetzten Hospiz- und Palliativangeboten müssen transparent sein. Diese Zusammenarbeit wurde verpflichtend mit dem Hospiz- und Palliativgesetz eingeführt. Die Versorgungsplanung umschließt individuelle und umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Betreuung in der letzten Lebensphase. Die Finanzierung dieser Angebote erfolgt durch die GKV.

§ 28 SGB XI – Leistungsarten, Grundsätze in Verbindung mit § 75 SGB XI – Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

Hier heißt es, und das ist neu: „Die Sterbebegleitung wird ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der gesetzlichen Pflegeversicherung und ist in den Rahmenverträgen entsprechend aufzunehmen.“

Allgemeine und Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Nordrhein

Die AAPV und die SAPV dienen der Versorgung von schwerstkranken Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Die Lebenserwartung der Patienten beträgt lediglich Tage, Wochen oder Monate, eine ambulante Palliativversorgung wird von ihnen gewünscht und eine stationäre Behandlung ist nicht mehr erforderlich.

Es gibt keine Statistik zu Sterbeorten in Deutschland, da der Sterbeort von Patienten bislang nicht erfasst wird. Laut einer Schätzung aus dem Jahr 2004 versterben 60%-70% der Menschen in Deutschland nicht im gewohnten, häuslichen Umfeld. Diese Aussage ist nicht mehr vertretbar, denn das Pflegeheim, in dem laut der Schätzung 15%-25% versterben, kann durchaus ein gewohntes, häusliches Umfeld für den jeweiligen Patienten darstellen.

Abbildung 1: Sterbeorte in Deutschland⁴

Krankenhaus	42 – 43%
Heim	15 – 25%
Hospiz	1 – 2%
zu Hause	25 – 30%
andere Orte	3 – 6%

Zu diskutieren ist der Anteil der in Krankenhäusern versterbenden Menschen. Es gibt verschiedene Gründe dafür, weshalb dieser Anteil vergleichsweise hoch ist. So fehlt die pflegerische Betreuung, der behandelnde Arzt ist nicht ausreichend qualifiziert oder verfügt nicht über genügend Erfahrung in der Versorgung von Palliativpatienten. Ein Allgemeinmediziner, der zum Beispiel etwa drei Palliativpatienten pro Jahr begleitet, hat aufgrund der fehlenden Praxis nicht die Möglichkeit, die Patienten bis zum Ende zuhause zu betreuen. Oftmals kommt es auch zu einer Krankenhauseinweisung durch den Notarzt, da dieser den Patienten und seinen Zustand beziehungsweise Status als Palliativpatient nicht kennt. Deutlich wird dies an folgendem Praxisbeispiel.

⁴ Birgit Jaspers, Thomas Schindler: Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten, 2004.

Fallbeispiel

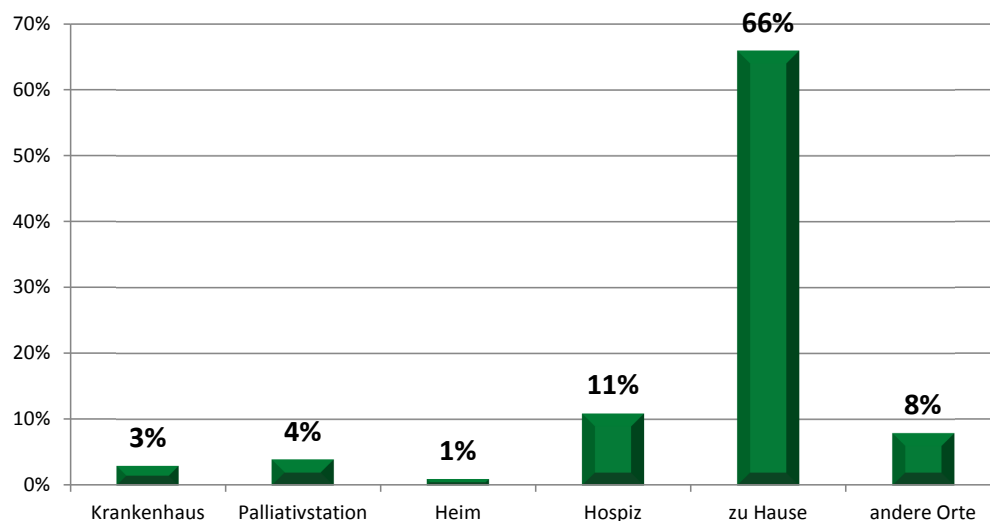
In Hamburg ist nur die SAPV implementiert. In einem konkreten Fall war die Patientin eine ältere Frau, die nach ihrer Krankenhausentlassung zuhause betreut werden sollte. Die vorhandenen Angehörigen waren der Ehemann, drei Kinder, davon zwei Rechtsanwältinnen und ein nicht in Hamburg ansässiger Sohn. Die Patientin sollte zuhause palliativmedizinisch versorgt werden, allerdings ohne dass sie selbst darüber informiert wurde. Das SAPV-Team wurde als Notfallteam oder Notarzt tätig und konnte keinerlei vorbereitende Gespräche mit der Patientin über ihren Zustand und den Prozess des Sterbens führen. Weiterhin konnte kein Hospizdienst für eine ehrenamtliche Betreuung der betroffenen Personen beauftragt werden. Zusätzlich bestand durch die Tabuisierung des Themas auch keine Möglichkeit, die Angehörigen auf den Tod der Mutter/Ehefrau vorzubereiten und sie zu informieren, was sie in der akuten Sterbephase erwartet. Dadurch wurde der Notarzt verständigt, als die Patientin im Sterben lag. Auch den zuständigen Palliativmediziner informierten die Angehörigen über die Situation, der in diesem Fall gleichzeitig mit dem Notarzt bei der Patientin eintraf.

Die Mediziner vertraten aufgrund ihres fachlichen Hintergrundes unterschiedliche Auffassungen zur Palliativmedizin. Die Patientin wurde behandelt und ihre Töchter, die die Vorsorgevollmacht hatten, entschieden, dass ihre Mutter ins Krankenhaus eingeliefert werden sollte. Die Mediziner informierten die Frauen darüber, dass die Mutter bereits auf dem Weg ins Krankenhaus sterben könne, da sie sich am Ende des Sterbeprozesses befinde. Der Ehemann wurde in der gesamten Situation allein gelassen, war emotional sehr beansprucht und gab an, seine Frau wolle nicht ins Krankenhaus. Die Patientin verstarb letztendlich nicht auf dem Weg ins Krankenhaus, sondern auf der Palliativstation. Es ist zweifelhaft, ob dies den Wünschen der Patientin entsprach und ob dies der richtige Behandlungsverlauf war.

Wünsche der Patienten

Schwerstkranke Patienten haben ein Anrecht auf ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod. Ihre Wünsche sollten berücksichtigt werden, und die Patienten selbst wünschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung. Ferner sollte Leiden gelindert werden, damit es den Patienten möglich ist, gut versorgt und schmerzfrei zu sterben. Zusätzlich möchten viele Schwerkranke im vertrauten, häuslichen Umfeld sterben und dort bis zuletzt im engen Kontakt mit Angehörigen und vertrauten Personen stehen. Um all dies umzusetzen, ist eine jederzeit erreichbare, persönliche Betreuung nötig, zu der sich in der Palliativversorgung tätige Ärzte und Pflegekräfte verpflichten. Außerdem benötigen die Patienten selbst und auch ihre Angehörigen eine psychosoziale Unterstützung. Dies wird von der AAPV und der SAPV geleistet.

Bei einer Befragung durch den Spiegel 2012 mit 1000 Teilnehmern gaben 66 % der Befragten an, sie wollten zuhause im vertrauten Umfeld versterben.

Abbildung 2: Wunsch des Patienten (Sterbeort)⁵

Vergleicht man diesen Wunsch mit der vorher beschriebenen Schätzung, dass etwa 40% im Krankenhaus sterben, findet sich eine deutliche Diskrepanz. Das „Sterben in Würde und im vertrauten Umfeld“ scheint in der bestehenden Versorgung nicht möglich zu sein. Unter anderem war diese Kluft zwischen Patientenwunsch und Realität Antrieb für die Entwicklung des Rahmenprogramms zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW, welches im Mai 2005 veröffentlicht wurde.⁶

Die AOK schloss zum Januar 2006 einen Vertrag mit den Palliativmedizinern. Obwohl die Palliativversorgung kein Wettbewerbsfeld ist, konnte dieser Vertrag nicht auf alle Kassenvereinigungen ausgeweitet werden. In der medizinischen Vertragslandschaft sind die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die nordrheinischen (Primär-)Krankenkassen/-verbände Vertragspartner. Ein ähnlicher Vertrag wurde mit dem Verband der Ersatzkassen geschlossen. Die Verträge im medizinischen Bereich wurden zum Januar 2014 weiterentwickelt. Parallel dazu wurde ein Vertrag mit der Palliativpflege erarbeitet, der Juli 2006 in Kraft trat. Im Rahmen der Palliativpflege gibt es keine rechtliche Grundlage, auf die man verweisen könnte, beziehungsweise anhand der man die Vertragsbedingungen erarbeiten könnte. Daher basiert der Vertrag zur Palliativpflege auf den rechtlichen Strukturen eines häuslichen Krankenpflagedienstes und wird mit jedem einzelnen ambulanten (Palliativ-)Pflagedienst geschlossen.

Im Jahr 2006 stand das Thema der integrierten und der hausärztlichen Versorgung im Fokus. Der palliativmedizinische Vertrag wurde über die Versorgungsstruktur der integrierten Versor-

⁵ Statista.com 2014: Spiegel, Deutschland; 21. – 22.05.2012 (1.000 Befragte)

⁶ Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (MGSFF) 2005: Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW - kooperatives integratives Versorgungskonzept: https://www.kvno.de/downloads/vertraege/palliativversorgung/rahmenprogramm_palliativ_NRW.pdf (letzter Zugriff 09.09.2016)

gung als Modulbaustein der hausarztzentrierten Versorgung gesehen. Die Teilnehmer der beschriebenen Verträge waren die Haus- und Fachärzte, die qualifizierten Palliativärzte. Kooperationspartner sind die qualifizierten (Palliativ-)Pflegedienste.

Strukturen in der AAPV

In der AAPV sind verschiedene Berufsbilder vertreten. Haus- und Fachärzte, die an der AAPV teilnehmen wollen, müssen eine vierzigstündige Kursweiterbildung „Palliativ-Medizin“ absolvieren. Sie sind die ersten Ansprechpartner und koordinieren das gesamte System. Qualifizierte Palliativärzte haben an einer Zusatzweiterbildung „Palliativ-Medizin“ teilgenommen, die einhundertsechzig Stunden in Anspruch nimmt. Diese Ärzte stehen für die permanente Rufbereitschaft zur Verfügung. Diese Aufteilung ist von Region zu Region unterschiedlich. So gibt es auch Hausärzte, die ihre private Rufnummer weitergeben, um jederzeit für ihren Patienten erreichbar zu sein. Im ärztlichen Bereich verpflichtet der Versorgungsvertrag zu einer Kooperation mit einem ambulanten (Palliativ-)Pflegedienst. Dort müssen dreijährig examinierte, qualifizierte Pflegefachkräfte (zzgl. 160 Std. Zusatzausbildung in Palliative Care) tätig sein. Dadurch ergibt sich eine multiprofessionelle Zusammenarbeit in der AAPV.

Abbildung 3: Versorgungsregionen in der AAPV⁷



⁷ <https://www.kvno.de/10praxis/25vertraeg/palliativ/> (letzter Zugriff 26.07.16)

Die Verträge mit den ambulanten (Palliativ-)Pflegediensten werden nach § 132a SGB V geschlossen. Darin ist festgelegt, dass dort mindestens vier dreijährig examinierte Pflegekräfte mit einer Palliative Care Zusatzausbildung, die hundertsechzig Stunden in Anspruch nimmt, beschäftigt sein müssen. Von diesen Pflegekräften müssen zwei als Vollzeitkräfte angestellt sein, die anderen zwei Stellen können auch durch mehrere Teilzeitkräfte abgedeckt werden. Auch die Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten ist durch die Pflegeverträge geregelt, wodurch die psychosoziale Betreuung sichergestellt wird. Insgesamt ergibt sich in der AAPV eine Versorgungsstruktur, die umfassender ist, als das, was die Regelversorgung leisten kann.

Die Versorgung in Nordrhein weist noch einzelne Lücken auf, die sich überwiegend im ländlichen Bereich finden. In den 33 Versorgungsregionen (Städte, Kommunen oder Kreise) sind etwa 1491 Haus- und Fachärzte, 381 qualifizierte Palliativärzte und 72 (Palliativ-)Pflegedienste tätig. 2014 wurden in der GKV 24.500 Patienten in Nordrhein in der AAPV betreut.

Strukturen in der SAPV

Die SAPV ist seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 ein ergänzendes Versorgungsangebot für Patienten. Dieses Angebot ist durch das Hospiz- und Palliativgesetz 2015/2016 verstärkt worden. Im Gegensatz zur AAPV ist die SAPV eine verordnungspflichtige Leistung. Das dazugehörige Verordnungsmuster kann durch Haus-, Fach- oder Krankenhausärzte ausgefüllt werden.

Die SAPV ist eine Komplexleistung, das heißt, sie besteht neben medizinischen Leistungen auch aus pflegerischen Leistungen und einer Koordination dieser Leistungen. Es ist ein besonderes Merkmal der SAPV, dass die Koordination als eigene Leistung berücksichtigt wird. Die SAPV soll dann genutzt werden, wenn die Regelversorgung und die AAPV nicht mehr ausreichen, um den Patienten zu betreuen. Patienten kommen für die SAPV infrage, wenn ihre Versorgung aufwendig ist. Entscheidend ist, dass bei ihnen eine ausgeprägte Symptomatik, z. B. in Hinblick auf Schmerzen oder respiratorische Beschwerden, besteht.

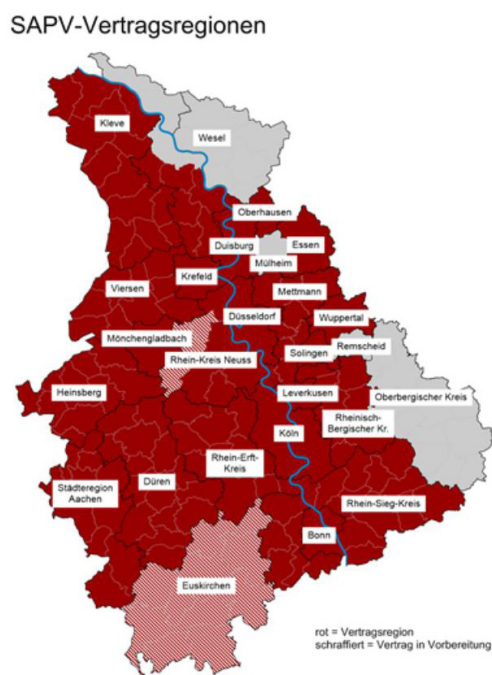
Es ist schwierig zu differenzieren, wann in diesem Zusammenhang eine Symptomatik als ausgeprägt beschrieben werden kann. Ein Palliativarzt, der regelhaft in der AAPV tätig ist, kann diesen Begriff anders verstehen als ein Hausarzt, der nur einmal im Quartal einen Palliativpatienten behandelt. Eine Lösung dafür wäre z. B., dass der Gesetzgeber in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband eine genauere Abgrenzung zwischen AAPV und SAPV entwickelt.

Die ersten Verträge zur SAPV wurden im dritten Quartal 2009, also zwei Jahre nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, von den Krankenkassen geschlossen. Diese Verzögerung kam dadurch zustande, dass verschiedene Institutionen auf das Gesetz reagieren mussten, bevor es umgesetzt werden konnte. Der G-BA und die unterschiedlichen Spitzenverbände (z. B. Krankenkassen, Arbeiterwohlfahrt) mussten Empfehlungen ausarbeiten, wie die Anforderungen des Gesetzes implementiert werden sollten. Eine Besonderheit in Nordrhein ist, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein der Vertragspartner ist. Die gesetzliche Grundlage (37b SGB V in Verbindung mit § 132d SGB V) gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, mit jedem einzelnen Palliative-Care-Team einen eigenen Vertrag abzuschließen.

Die Krankenkassen legen außerdem besonders Wert darauf, dass die SAPV kein Wettbewerbsfeld ist und auch nicht werden darf.

Die Palliative-Care-Teams unterliegen durch die Teilnahme am Vertrag mit den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein verschiedenen Verpflichtungen. So wird für eine Versorgungsregion eine Zahl von mindestens 250000 Einwohnern gefordert. Im Alltag sind die meisten SAPV-Teams für eine Region mit mehr oder sogar doppelt soviel Einwohnern zuständig. Viele Teams versorgen Regionen mit 300.000 bis 400.000 Einwohnern. Die Teams müssen ständig eine lückenlose Versorgung leisten können, daher müssen sie auch im Hinblick auf das Personal verschiedene Anforderungen erfüllen. In einem SAPV-Team müssen mindestens drei qualifizierte Palliativärzte mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ tätig sein und mindestens vier dreijährig examinierte Pflegefachkräfte mit einer Palliative-Care Zusatzausbildung. Ärzte und Pfleger müssen eine gewisse Erfahrung in der Betreuung von ambulant und stationär behandelten Palliativpatienten aufweisen. Ferner muss eine Person für die Koordination des Teams verantwortlich sein. Weitere verpflichtende Kooperationspartner sind ein ambulanter Hospizdienst und eine Apotheke mit einer Zusatzqualifikation in der allgemeinen onkologischen Pharmazie. Insgesamt ergibt sich damit eine Multiprofessionalität, die eine optimale Versorgung des Patienten bewirken soll.

Abbildung 4: Versorgungsregionen in der SAPV⁸



8 <https://www.kvno.de/10praxis/25vertraeg/palliativ/> (letzter Zugriff 26.07.16)

Auch hinsichtlich der SAPV gibt es in Nordrhein noch Lücken. Für die SAPV benötigt man einen Dienstleister, der eine eigene Rechtsform darstellt. Es müssen sich also Ärzte, Pfleger und andere finden, die sich zum Beispiel zu einer GmbH vereinigen. Es treten auch Krankenhäuser als Träger eines Palliative-Care-Teams auf. Leistungserbringer, die nicht in dieser Krankenhausgesellschaft beschäftigt sind, können sich z. B. durch Kooperationsverträge an sie binden. Die Karte wird sich in Zukunft weiterhin füllen, da in den entsprechenden, noch nicht versorgten Regionen derzeit Verträge verhandelt werden. Das bedeutet aber nicht, dass es in naher Zukunft keinen Bedarf mehr gibt, die Palliativversorgung weiter auszuweiten. Gerade in Ballungsräumen kann es ggf. sinnvoll sein, dass mehrere Palliative-Care-Teams die Versorgung übernehmen oder dass Teams der umliegenden Regionen miteingebunden werden, um Engpässe zu verhindern. Sollten Teams über ihre eigene Region hinaus aktiv werden wollen, so müssen sie sich mit den dort ansässigen Teams absprechen. Insgesamt darf durch eine überregionale Tätigkeit oder durch eine Neugründung kein Wettbewerb entstehen.

Die ambulante, pädiatrische Palliativversorgung

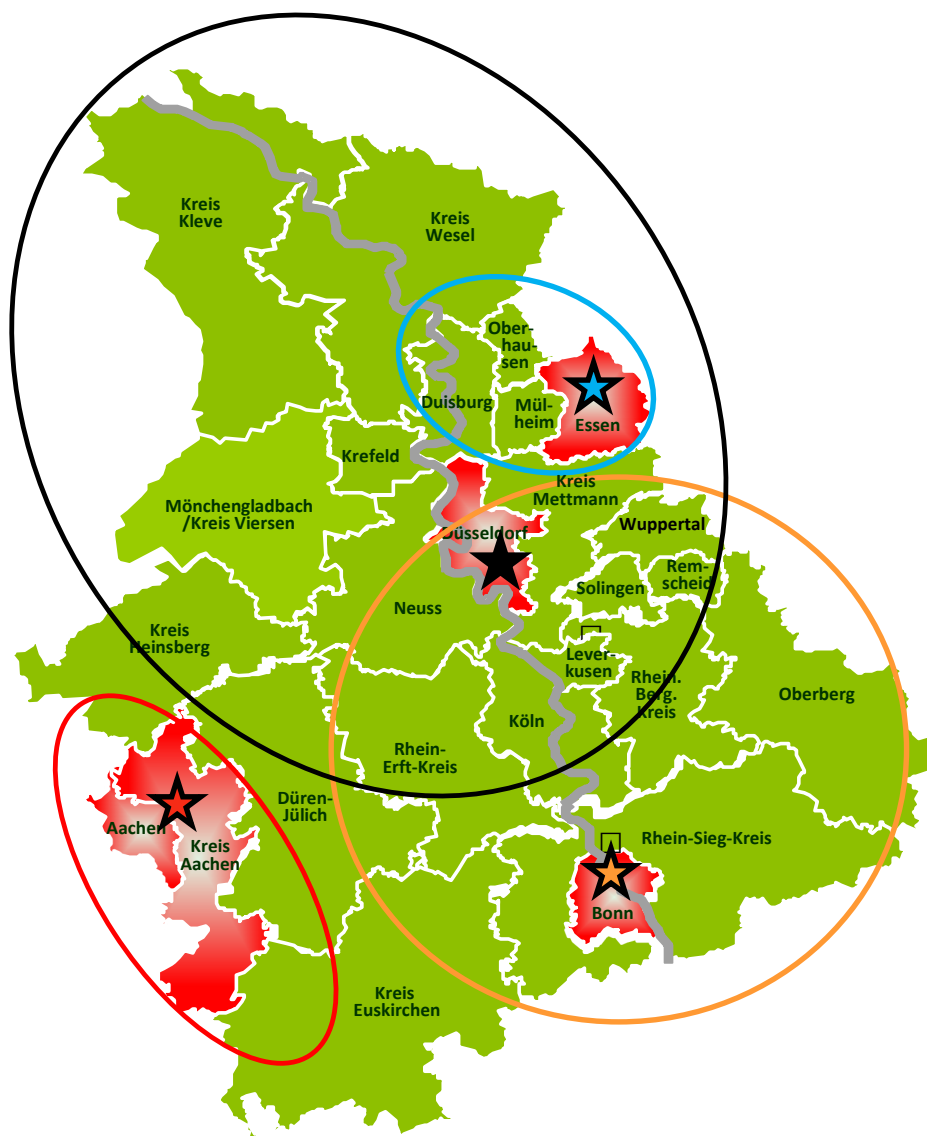
Grundlage für die ambulante, pädiatrische Palliativversorgung in Nordrhein stellt §140a ff. SGB V dar, welcher ein Paragraph der integrierten Versorgung ist. 2006 wurde, kurz nach Inkrafttreten des SAPV-Vertrags, ein Vertrag über die integrierte Versorgung mit dem Uniklinikum Düsseldorf geschlossen. Dieser Vertrag deckt auch den Bereich der Pädiatrie ab. Die Palliative-Care-Teams, die Erwachsene versorgen, besitzen nicht die nötige Expertise und Kenntnisse über Kinder- und Jugendkrankheiten, um die pädiatrische Versorgung leisten zu können. Die Teams, die für die pädiatrische Palliativversorgung zuständig sind, übergeben ihre Patienten mit Vollendung des achtzehnten Lebensjahres allerdings nicht an ein Team im Erwachsenenbereich, sondern begleiten diese Patienten bis zum Ende. Dies ist auch vertraglich abgesichert, um die Expertise im Bereich der pädiatrischen Erkrankungen zu bewahren.

Ein Vertrag im Rahmen der integrierten Versorgung kann nicht nur mit einem Leistungserbringer abgeschlossen werden. Ein solcher Vertrag muss sektorenübergreifend oder interdisziplinär geschlossen werden. Daher wurde der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte als Vertragspartner hinzugezogen, welcher es ermöglicht, dass Kinderärzte ihre Patienten bis zuletzt begleiten können. Problematisch ist, dass kaum ein Kinder- und Jugendarzt die Basisweiterbildung im palliativmedizinischen Bereich aufweist, da die Fallzahlen sehr gering sind. Daher sieht auch der Vertrag in diesem Bereich keine verpflichtende Weiterbildung vor. Die Verträge sind so aufgebaut, dass sie dem betreffenden Kinderarzt ermöglichen, das pädiatrische Palliative-Care-Team zu unterstützen und an der Versorgung des jeweiligen Kindes teilzunehmen.

Ähnliche Verträge sind sukzessive in Bonn, Essen und Aachen vereinbart worden. Dass dies sukzessive geschehen ist, hat den Grund, dass z. B. die Vertragspartner in Bonn und Essen zunächst bei einem Pilotprojekt dabei waren. Sie sind daher erst nach Ende dieses Projektes eingebunden worden. In diesem, auf der integrierten Versorgung basierenden Vertrag sind die AOK Rheinland/Hamburg, die BARMER, die IKK classic und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau vertreten. Diese Kassen haben 2006 eine Gemeinschaft gegründet und gemeinsam Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen. Der Verband der Ersatzkassen, exklusive der BARMER, hat einen Vertrag gemeinsam mit dem BKK-System

und den regionalen pädiatrischen Palliative-Care-Teams geschlossen. Dieser orientiert sich allerdings an der Spezialisierten Ambulanten (Pädiatrischen) Palliativversorgung. Dies führt zu einem bürokratischen Mehraufwand, da für die Leistungserbringung eine Verordnung nötig ist. Einzelnen Aussagen zufolge bevorzugen die Leistungserbringer deswegen das auf der integrierten Versorgung basierende System.

Abbildung 5: Versorgungsradien in der ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung



Die Versorgungsradien erscheinen sehr groß, sind aber aufgrund des niedrigen Patientenaufkommens angemessen. Ursprünglich war das pädiatrische Palliative-Care-Team in Düsseldorf

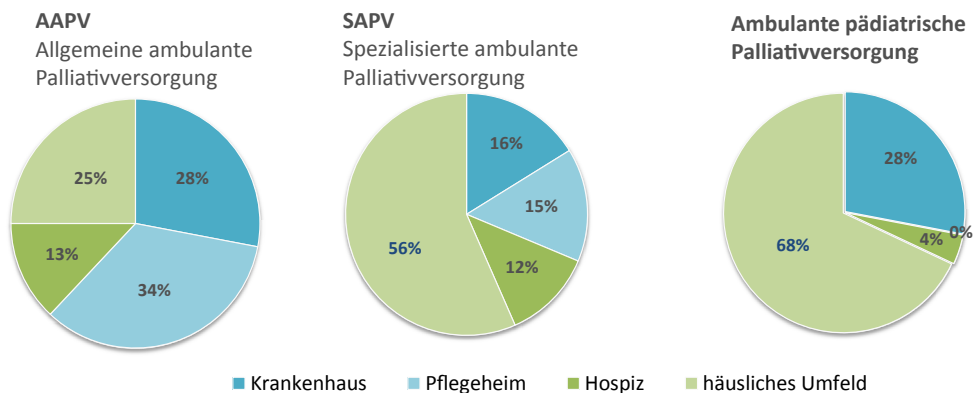
für den gesamten Raum im Umkreis von einhundertzwanzig Kilometern um die Stadt Düsseldorf herum zuständig. Nach und nach nahmen dann weitere Leistungserbringer an der Versorgung teil, wodurch der Raum aufgeteilt wurde. Die verschiedenen Teams arbeiten sehr gut zusammen und übergeben einander Patienten, sobald dadurch Entfernungen verkürzt werden können. Insgesamt ist die Versorgung damit auch im Kinder- und Jugendbereich flächendeckend vorhanden.

Zahlen zur Palliativversorgung in Nordrhein

Abbildung 6: Sterbeorte von Palliativpatienten

Evaluation AAPV, SAPV und Ambulante pädiatrische Palliativversorgung

Sterbeorte 2014 bzw. 2013 (AAPV)



Im Vergleich zur anfangs genannten Quote (ca. 40 % versterben im Krankenhaus), sterben 28 % und damit ein niedrigerer Anteil der Patienten der AAPV in Nordrhein im Krankenhaus. Folgt man der Auffassung, dass auch das Pflegeheim ein häusliches Umfeld darstellen kann, so verstirbt ein Großteil der Patienten ebendort. Diese Zahlen zeigen die Tendenz, dass sich die Anzahl der zuhause sterbenden Patienten erhöht und dieser in den nächsten Jahren weiter wachsen wird. Betrachtet man die SAPV, so sind es dort fast 60 % der Patienten, die bis zum Lebensende im gewohnten Umfeld versorgt werden können. Der Anteil derer, die im Krankenhaus versterben, ist mit 16 % sehr niedrig. In der ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung werden 70 % der Patienten im häuslichen Umfeld bis zu ihrem Tod versorgt. Der Anteil der im Krankenhaus versterbenden Patienten liegt etwas höher als in der SAPV, nämlich bei 28 %. Dies ist auf die besonderen Umstände bei der Begleitung sterbenskranker Kinder zurückzuführen, die für die Eltern besonders belastend sind.

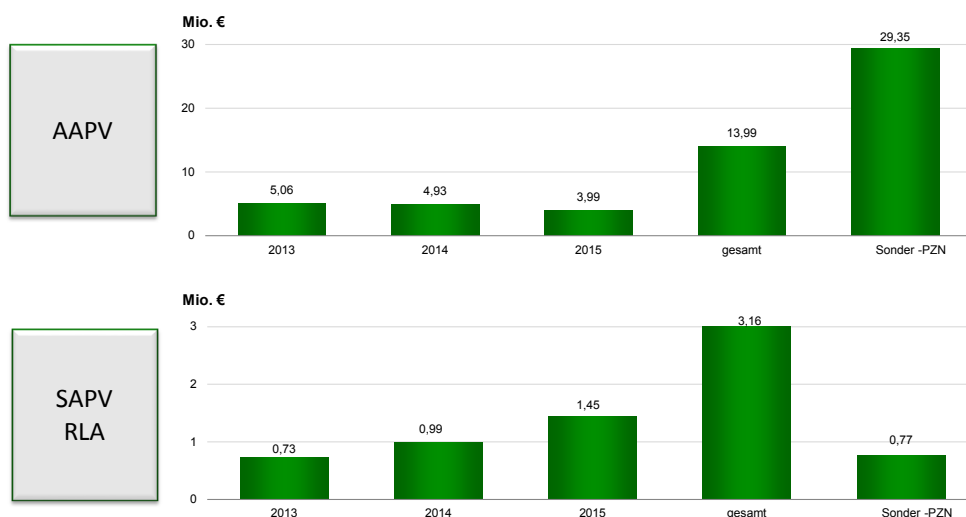
Aus diesen Zahlen lässt sich ableiten, dass Patienten in den qualifizierten Versorgungsstrukturen Nordrheins eine optimale medizinische und patientengerechte Versorgung erhalten. Sie können auf eine Begleitung zurückgreifen, die an ihre Bedürfnisse angepasst ist. Vor dem Hintergrund dieser bereits vorhandenen Strukturen wird die Umsetzung des Hospiz- und Palliativ-

gesetzes in Nordrhein kritisch gesehen. Es ist noch nicht abzusehen, was für Anforderungen sich im Einzelnen aus Richtlinien und Empfehlungspapieren ergeben werden. Auch ist nicht klar, ob die bestehende Struktur aus Regelversorgung, AAPV und SAPV unter dem Hospiz- und Palliativgesetz funktionieren kann. Diese Kritik wurde durch die AOK Rheinland/Hamburg an das Bundesministerium für Gesundheit herangetragen.

Arzneimittelausgaben

Abbildung 7: Arzneimittelausgaben in der Palliativversorgung

Die Ausgaben in der AAPV zeigen eine abnehmende Tendenz, während die Ausgaben in der SAPV steigen. Grund dafür ist unter anderem eine Umverteilung von Patienten. Schwerst-

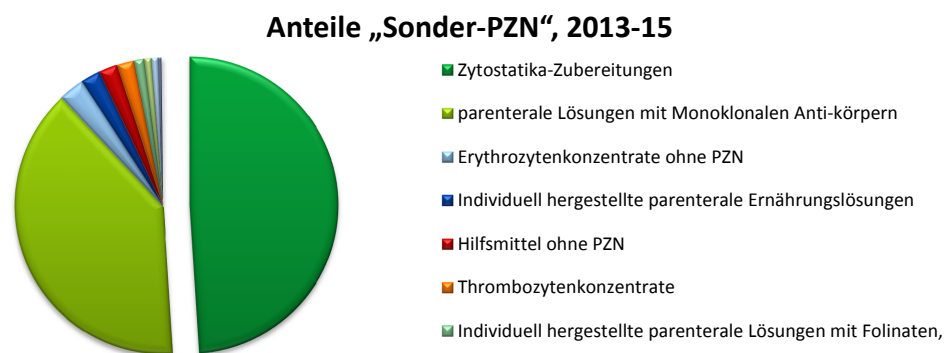


ranke, die jetzt durch ein Palliative-Care-Team betreut werden, konnten vor Etablierung der SAPV nur in der AAPV begleitet werden. Diese erste Übersicht über die Kosten zeigt auch ein entgegengesetztes Verhältnis von Kosten für Arzneimittel und für Sonder-PZNs (PZN=Pharmazentralnummern), wie z. B. Rezeptur. So lagen die Ausgaben für palliativspezifische Arzneimittel in der AAPV bei vierzehn Millionen Euro und für Sonder-PZNs bei dreißig Millionen Euro. In der SAPV wurden drei Millionen Euro für Arzneimittel und achthunderttausend Euro für Sonder-PZNs ausgegeben.

Abbildung 8: Ausgaben für Arzneimittelgruppen in der AAPV



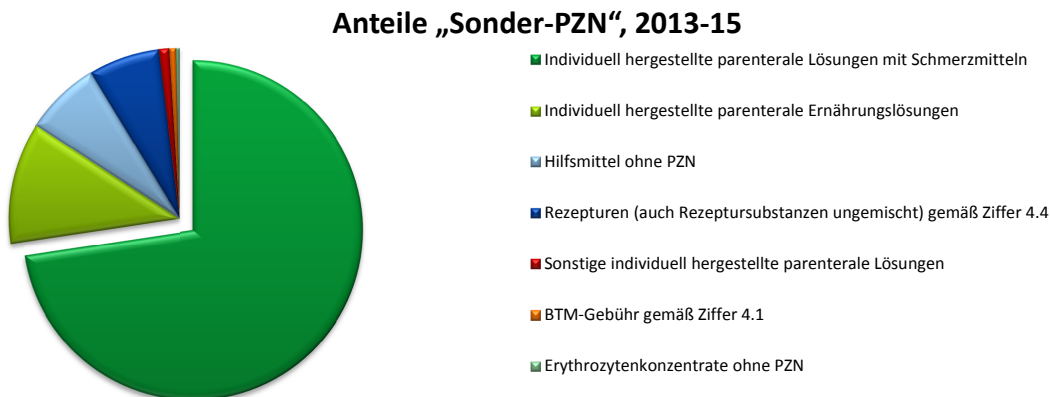
Abbildung 9: Ausgaben für Sonder-PZNs in der AAPV



Die höchsten Ausgaben für Arzneimittel in der AAPV fallen auf Analgetika und im Bereich der Sonder-PZNs auf Zytostatika-Zubereitungen und parenterale Lösungen.

Abbildung 10: Ausgaben für Arzneimittelgruppen in der SAPV



Abbildung 11: Ausgaben für Sonder-PZNs in der SAPV

Auch in der SAPV fallen die höchsten Ausgaben für Arzneimittel auf die Gruppe der Analgetika. Bei den Sonder-PZNs wird das meiste Geld für parenterale Lösungen ausgegeben, wobei der größte Teil der Kosten für Schmerzmittellösungen anfällt.

Laut Zahlen der AOK Rheinland/Hamburg stellen von den ca. 1900 Ärzten, die am AAPV-Vertrag teilnehmen, etwa 72 % Verordnungen aus. Betrachtet man jedoch die eingeschriebenen Patienten, so wurden für 94 % der Versicherten Verordnungen ausgestellt. Das bedeutet, dass die Patienten nicht nur in den Strukturen des AAPV-Vertrags betreut werden. Es ergibt sich die Frage, ob das in Nordrhein vorhandene System allen Betroffenen hinreichend bekannt ist. Auch ist auffällig, dass in der SAPV ein größerer Anteil von Patienten mit Midazolam behandelt wurde (36 %), als in der AAPV. Hier gibt es auch regionale Unterschiede. So wird deutlich weniger SAPV-Patienten (11 %), im Versorgungsbereich Hamburg der AOK, Midazolam verordnet.

Aus der Diskussion

Sie hatten gesagt, dass der gesamte Bereich der Palliativversorgung kein Wettbewerbsfeld ist. Was ist darunter genau zu verstehen?

Fink: Die Krankenkassen betrachten diesen Bereich als wichtiges, patientenorientiertes Versorgungsthema.

Es handelt sich also um ein gemeinsames Vorgehen unter den Krankenkassen?

Fink: Ja.

Eine Frage zu den Sterbeorten. Beziehen sich ihre Zahlen auf das gesamte Gebiet Nordrhein oder sind nur AOK-Patienten erfasst?

Fink: Es sind nur AOK-Patienten abgebildet.

Betrachtet man die gesamte Anzahl der Versicherten, so lässt sich in etwa ableiten, wieviel Patienten eine palliative Versorgung benötigen. Erhalten diese Patienten alle eine palliative Betreuung? Mehrere Tausend sind bereits versorgt, aber wie weit entfernt ist dies von einer Deckung des Bedarfs?

Fink: Die Schwierigkeit ist zunächst, den Palliativpatienten zu erkennen. Außerdem muss dann noch seitens des Patienten der Wunsch bestehen, in die Versorgung aufgenommen zu werden. Diese Frage kann man daher allein anhand von Zahlen nicht beantworten. Ich persönlich bin der Meinung, dass wir in den nächsten Jahren eine Steigerung sehen werden, was die SAPV betrifft. Bei der AAPV weiß ich es nicht. Man muss abwarten, welche durch das Hospiz- und Palliativgesetz entstehenden Herausforderungen in Zukunft zu bewältigen sind. Man kann erkennen, dass ein geringer Anteil der Ärzte der Regelversorgung die entsprechenden Abrechnungsziffern aus dem Jahr 2013 nutzen. Ich denke, dass noch Potential vorhanden ist und dass die Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist.

Es wird ja auch darüber diskutiert, inwiefern die Strukturen in der Palliativversorgung bekannt sind. Jeder im System, sowohl Teilnehmer als auch Anbieter, sollte informiert sein. Ist Ihnen bekannt, ob dem so ist, beziehungsweise gibt es von Seiten der Angehörigen Nachfragen, z. B. bei der Hotline der Kasse?

Fink: Beworben werden die Strukturen von unserer Seite nicht. Ich bin froh darüber, dass die Palliativszene aus dem Hintergrund getreten ist. Es ist aber immer noch schwierig, mit diesem Thema offensiv umzugehen. Wir empfangen Nachfragen über die Hotline und werden in Zukunft ausführlicher informieren.

Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und Ärzten am Beispiel der Stadt Schmallingenberg

Rolf Peters, St. Valentin-Apotheke Schmallingenberg

Dieser Vortrag soll erläutern, wie sich die Palliativversorgung in einem ländlichen Gebiet darstellt. Die Rolle der Apotheken und die Zusammenarbeit mit vorhandenen Strukturen soll beschrieben werden.

Schmallingenberg – Lage und Infrastruktur

Die Palliativversorgung ist in manchen ländlichen Regionen nicht so umfassend, wie man es allgemein erwarten würde. Schmallingenberg liegt an der Südgrenze des Hochsauerlandkreises und grenzt an Olpe, Siegen, Wittgenstein und das Rothaargebirge. Gerade das Gebirge sorgt für eine umfassende räumliche und auch kulturelle Trennung. Schmallingenberg ist überwiegend katholisch, während auf der anderen Seite des Gebirges die evangelische Kirche mehr Mitglieder hat.

Die Anzahl der Patienten ist in Schmallingenberg deutlich geringer als anderswo. Während im Gebiet Nordrhein ein Palliativteam für ca. 250.000 Menschen zuständig ist¹, müssen in Schmallingenberg nur 25.000 Einwohner versorgt werden. Insofern muss beachtet werden, dass die örtlichen Palliativmediziner nicht isoliert arbeiten, sondern in das Palliativnetz Soest-HSK eingebunden sind, das auf einer Fläche von 2286 km² 527.000 Patienten betreut^{2,3}. Die Tendenz der Einwohnerzahlen ist fallend, denn vor einiger Zeit hatte die Stadt noch 26.000 Einwohner.⁴ Die jetzigen 25.000 Einwohner verteilen sich auf 83 Orte und über eine Fläche von 303 km².

1 Mustervertrag zwischen dem Palliative-Care-Team, der KV Nordrhein und verschiedenen Krankenkassen. https://www.kvno.de/downloads/vertraege/palliativversorgung/sapv_vertrag.pdf (letzter Zugriff 30.06.16)

2 <http://www.palliativnetz-soest-hsk.de/page.php?p=19156&n=19156|19156> (letzter Zugriff 21.07.16)

3 <http://www.schmallingenberg.de/rathaus/stadtinfo/zahlendatenfakten/bevoelkerung.html> (letzter Zugriff 30.06.16)

4 http://www.schmallingenberg.de/fileadmin/user_upload/pdf/Sonstiges/Einwohnerzahlen_31.12.09.pdf (letzter Zugriff 30.06.16)

Es ist zudem wichtig, die Topographie der Stadt zu kennen, wenn man sich mit der palliativmedizinischen Betreuung befasst, da sie die Versorgung der Patienten erschwert. Die Nord-Süd-Ausdehnung beträgt 22 km, die Ost-West-Ausdehnung 25 km. Weiterhin gibt es im Stadtgebiet einen Höhenunterschied von etwa 500 m, wodurch in manchen Stadtteilen im Mai noch Schnee liegt, während in der Kernstadt milde Temperaturen herrschen.

In Westfalen-Lippe und damit auch in Schmallenberg wird die palliativmedizinische Versorgung durch den Palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD), das Palliativnetzwerk Soest-HSK, sichergestellt. Das bedeutet, dass ein Notdienst leistender Palliativmediziner für beide Kreise zuständig ist und daher Strecken von bis zu 80 km zurücklegen muss.

Die medizinische Versorgung in Schmallenberg ist in den letzten Jahren geschrumpft. Die Leistungserbringer sind größtenteils zentral in der Kernstadt konzentriert. Da es kein Akut-Krankenhaus mehr gibt, entfällt für die Einwohner von Schmallenberg die Möglichkeit, in ihrer eigenen Stadt im Krankenhaus zu versterben. Die nächsten erreichbaren Krankenhäuser befinden sich in Lennestadt (20 km) und Meschede (30 km). Weiterhin sind in den letzten drei Jahren vier Allgemeinmediziner und ein Internist ohne Nachfolger in den Ruhestand gegangen.

Abbildung 1: Arztpraxen (A) und (Fach-)Krankenhäuser (K) in Schmallenberg

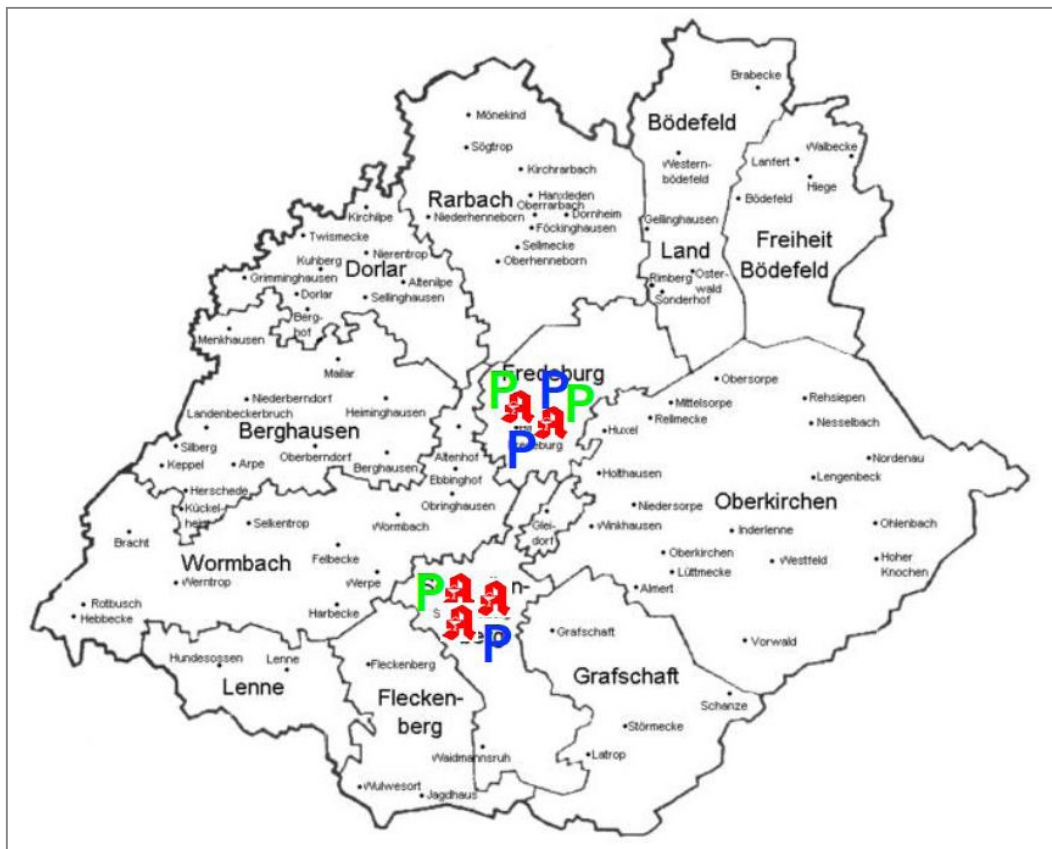


Im Überblick zeigt sich folgende Situation in Schmalleberg:

- Seit 2012 existiert kein Akut-Krankenhaus mehr.
- An gleicher Stelle wurde ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) (Gynäkologie, Psychiatrie, Chirurgie) errichtet.
- Zwei Fachkrankenhäuser (Pneumologie/Innere Medizin, Innere Medizin/Psychosomatik) sind vorhanden.
- Acht Hausarztpraxen (Allgemeinmedizin/Innere Medizin) befinden sich im Stadtgebiet.
- Zusätzlich betreiben je ein Orthopäde, Kinderarzt, Hautarzt und Gynäkologe ihre Praxis im Stadtgebiet.

Das MVZ ist freitags meistens geschlossen, allerdings ist die Notfallpraxis der KV dort angesiedelt. Viele der momentan vorhandenen Allgemeinmediziner sind mittleren Alters und werden daher wahrscheinlich noch einige Jahre praktizieren. Sie sind für den größten Teil der Versorgung der vorhandenen Palliativpatienten verantwortlich.

Abbildung 2: Lage der Apotheken und Pflegedienste in Schmalleberg



Weiterhin existieren fünf Apotheken, drei Altenheime und drei große ambulante Pflegedienste, die ihre Sitze alle in der Kernstadt oder im auch sehr zentral gelegenen Bad Fredeburg haben. Dazu gibt es einige kleinere Einrichtungen für betreutes Wohnen, die in diesem Beitrag aber nicht berücksichtigt werden. Vom Rand des Stadtgebietes sind bis zu 20 km zurückzulegen, um diese Leistungserbringer zu erreichen.

Die großen Entfernungen führen zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen in der Versorgung. So dauert es beispielsweise in Einzelfällen etwa drei Stunden bis ein am Wochenende angeforderter ärztlicher Notdienst eintrifft⁵. In dringenden Fällen ist es dann zwingend notwendig, den Notarzt zu kontaktieren (für 90 % des Stadtgebietes 5-10 min Anfahrt), damit der betroffene Patient ins Krankenhaus gebracht wird (innerhalb von 20-30 min). Generell ist die medizinische Versorgung in Schmallenberg sichergestellt. Sie wird aber durch die Topographie des Stadtgebiets, den Verlust des Akut-Krankenhauses und die Ballung der Dienstleister in den zentralen Gebieten erschwert.

Besonders komplex ist die Situation im Notdienst, der im Falle der Apotheken überregional organisiert wird. Dadurch ergibt sich die Situation, dass die ärztliche Notfallpraxis und die Notdienst leistende Apotheke in unterschiedlichen Städten zu finden sein können. In diesen Fällen sind beispielsweise bis zur Praxis 20 km zurückzulegen, von dort aus zur Apotheke 25 km und 25 km sind für den Rückweg zu fahren. Dies nimmt sehr viel Zeit in Anspruch und stellt unter anderem eine Hürde für die kurzfristige Beschaffung von Betäubungsmitteln dar. Hinzu kommen auch noch Einschränkungen durch die Witterung und durch teils unzureichende Verkehrsanbindung kleinerer Ortschaften aufgrund schlecht ausgebauter Straßen.

Die palliativmedizinische Versorgung

Schmallenberg selbst verfügt über kein Hospiz. Die nächstgelegenen Einrichtungen befinden sich in Olpe (40 km) und Arnsberg (50 km). Im Fachkrankenhaus für Pneumologie im Stadtteil Grafschaft existiert eine palliativmedizinische Station mit fünf Betten in drei speziell eingerichteten Zimmern. Es steht dort auch ein Aufenthaltsraum mit Küchenzeile für die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen zur Verfügung. Die Nutzung der Palliativstation ist flexibel geregelt. Wird sie nicht benötigt, kann sie für den normalen Stationsalltag eingesetzt werden. Andererseits ist es auch möglich, Palliativpatienten auf den Normalstationen zu betreuen, wenn ein Bedarf an mehr als fünf Betten besteht. Die Fachklinik beschäftigt drei Ärzte, mit Weiterbildung zum Palliativmediziner, die Arzneimittel aus den Beständen des Hauses beziehen können. Die Klinik erhält die Arzneimittel aus ihrer krankenhausversorgenden Apotheke. Die Palliativbetten sind, laut Auskunft der verantwortlichen Oberärztin über das ganze Jahr im Durchschnitt zu 50 % ausgelastet.

Der Krankenhausträger, die „Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Karl Borromäus“, hat in der Vergangenheit eine interne Machbarkeitsstudie durchführen lassen, um herauszufinden, ob das Betreiben einer Palliativstation wirtschaftlich tragbar ist. Es ist und war nach den Ergebnissen dieser Studie großes Potential vorhanden, wobei zu beachten ist, dass die Fachklinik auf dem Gebiet der Pneumologie einen überregionalen Ruf hat. Dadurch

⁵ Fall aus der persönlichen Erfahrung des Referenten

befindet sich immer eine gewisse Anzahl von auswärtigen Patientinnen und Patienten mit Bronchialkarzinom in Behandlung, die fast immer die Voraussetzungen für eine palliativmedizinische Betreuung erfüllen. Ohne diese Patientinnen und Patienten wäre die Palliativstation allein durch Patientinnen und Patienten aus der Stadt Schmallenberg nicht ausgelastet.

Befragung zur palliativmedizinischen Versorgung

Um die Qualität der palliativmedizinischen Versorgung mit Arzneimitteln und die Zusammenarbeit der einzelnen daran Beteiligten zu erfassen, wurde ein Fragenkatalog entwickelt. Zusätzlich wurde untersucht, ob die Notfallmedikamente der von der Apotheker- und Ärztekammer zur Verfügung gestellten Liste in den Apotheken zur Verfügung stehen und wie oft sie angefordert werden. Die Befragung wurde anonymisiert, um ein möglichst genaues Abbild der Situation erstellen zu können.

Abbildung 3: Notfallliste Palliativmedizin⁶

Arzneimittel	Darrei.form	Menge	Indikation (Beispiele)
Morphin 10 mg*	Amp.	10 St.	Schmerzen, Atemnot
Midazolam 5mg	Amp.	5 St.	Unruhe, Atemnot, Sedierung, Anxiolyse
Haloperidol 5 mg	Amp.	5 St.	Übelkeit, Delir
Dexamethason 8 mg*	Amp.	10 St.	Hirndruck, Schwäche, Anorexie, Antiemese
Butylscopolamin 20 mg	Amp.	5 St.	Rasselatmung, Hypersalivation
Dimenhydrinat 150 mg	Supp.	10 St.	Übelkeit
Tavor® 1,0 mg expidet	Täf.	50 St.	Unruhe, Atemnot, Sedierung

Ein Teil dieser Liste wurde nicht berücksichtigt, da es nicht möglich war, den Anteil an für die Palliativmedizin abgegebenen Packungen zu ermitteln. So werden Dimenhydrinat-Supposito-

⁶ http://www.kreis-soest.de/gesundheitsverbraucher/gesundheitsmittel/gefahstoffaufsicht/apotheken-_und_gefahstoffaufsicht.php/media/104495/31_12_Notfall-Liste_Palliativmedizin_Endf.pdf (letzter Zugriff 01.06.16)

rien, Lorazepam-Tabletten und Morphin-Ampullen nicht nur für palliative Zwecke verordnet und abgegeben.

Ergebnisse der Befragung

Generell wurden bei dieser Erhebung nur Patienten berücksichtigt, die in ein Palliativprogramm eingeschrieben waren. Das heißt nicht, dass es keine weiteren Patienten gibt, die die Voraussetzungen für eine palliative Betreuung erfüllen. So erklärte einer der Palliativärzte, dass der Fokus der Behandlung stark auf die Tumorkrankungen ausgerichtet sei, es gäbe aber sicherlich Patienten mit anderen Grunderkrankungen, die auch von der Palliativmedizin profitieren würden.

Ärzte

In Schmallenberg sind derzeit drei niedergelassene Ärzte mit Weiterbildung zum Palliativmediziner tätig, von denen sich eine Ärztin noch in der Weiterbildung befindet. Bis auf einen Arzt sind sie dem Palliativnetz Soest-HSK angegliedert. Zum Zeitpunkt der Befragung betreuten die Mediziner jeweils fünf beziehungsweise vier Patienten.

Frage	Antwort
Gab oder gibt es aus Ihrer Sicht Probleme bei der Versorgung von Palliativpatienten mit Arzneimitteln der Notfallliste für sterbenskranke Patienten?	Nein, alle Arzneimittel waren verfügbar oder konnten zeitnah beschafft werden. Die teilweise weiten Strecken zur nächsten dienstbereiten Apotheke sind ein Problem.
Welche Wünsche haben Sie als Palliativmediziner für die medikamentöse Versorgung von Palliativpatienten?	Eine ortsnahe Herstellung von Parenteralia z. B.: für die Befüllung von Morphinpumpen.

Die Ärzte berichteten ansonsten nur von einem Fall, indem das gewünschte Arzneimittel morgens nicht vorrätig war. Es konnte aber bis zum Nachmittag beschafft werden, und somit war das Problem zufriedenstellend gelöst.

Weiterhin merkte einer der Palliativmediziner an, dass er die teils enormen Entfernungen im Notdienst als Problem wahrnehme. Der Referent berichtete, dass er persönlich noch nie ein Medikament der Liste im Notdienst abgegeben habe. Auch ein von ihm befragter Apotheker, Mitglied eines SAPV-Teams in Krefeld, gab an, noch nie im Notdienst gerufen worden zu sein.

Weiterhin gibt es im HSK nur eine geringe Anzahl an Apotheken, die über ein Sterillabor verfügen. Die gewünschte ortsnahe Parenteralia-Herstellung ist also nicht überall realisierbar.

Ein anderer Wunsch der Palliativmediziner ist, dass auch die Hausärzte einen Satz der Notfallmedikamente verschreiben. Ein größeres Problem liegt in dem Widerstand der Allgemeinmediziner, Patienten abzugeben. Im ländlichen Bereich ist der Hausarzt ein wichtiger Bezugspunkt und begleitet oft die gesundheitliche Entwicklung seiner Patienten solange wie möglich.

Alten- und Pflegeheime

Frage	Heim A	Heim B	Heim C
Verfügt Ihr Haus über eine Palliativstation?	Nein	Nein	Nein
Über wieviel Palliativpflegekräfte verfügt ihr Haus?	Nein	1 fertige, 2 in Ausbildung	1
Wieviel Ihrer Nutzer sind in einem Palliativprogramm eingeschrieben?	1	1	0
Gab oder gibt es, aus Ihrer Sicht Probleme bei der Versorgung von Palliativpatienten mit Arzneimitteln der Notfallliste für sterbenskranke Patienten (allgemein oder im Notdienst)?	Nein	Nein	Nein
Sind Sie diesbezüglich mit der Versorgung durch ihre versorgende Apotheke, bzw. die örtlichen Apotheken zufrieden?	Ja	Ja	Ja
Was würden Sie sich für die Versorgung von Palliativpatienten mit Arzneimitteln wünschen?	Einen nicht bewohner-bezogenen Vorrat der in der Notfallliste aufgeführten Arzneimittel. Einen nicht bewohner-bezogenen Vorrat BtM zur Überbrückung z. B. an einem Wochenende.		

In der ambulanten Pflege beziehungsweise teilweise auch in den Heimen ist es üblich, dass mit Einschreibung des Patienten in ein Palliativprogramm der behandelnde Arzt alle Medikamente der Notfallliste verordnet und diese dann bewohnerbezogen vorrätig gehalten werden (Notfallbox).

Im Gegensatz zu den Ärzten sehen die Heime keinerlei Probleme in der notdienstlichen Versorgung ihrer Bewohner. Dies steht in Widerspruch zu den geäußerten Wünschen, nämlich nach einem nicht bewohnerbezogenen Arzneimittelvorrat. Offiziell gibt es in Heimen kein zentrales Depot, in dem Restbestände gelagert werden. Dies wird regelmäßig bei der Begehung des Heims überprüft. Zusätzliche Bestände sind aufgrund der fehlenden Überwachung der Anwendungs- und Lagerungsbedingungen risikobehaftet.

Ein Vorrätighalten der Arzneimittel der Notfallliste (mit Ausnahme der BtM), wäre unter einer strengen Bestandskontrolle, durchaus vertretbar. Sollte in Schmallenberg tatsächlich ein Notfall außerhalb der üblichen Dienstzeiten auftreten, so müsste das jeweilige Heim einen Fahrdienst organisieren, der das Arzneimittel abholt. Es ist unklar, ob Personal zur Verfügung stünde, das diesen Fahrdienst übernehmen könnte. Für die Heime kommt § 5c BtMVV, der Hospizen und SAPV-Teams das Vorrätighalten von BtM erlaubt, nicht in Frage. Die Anwendung von

§ 5b BtMVV, der dem Arzt unter anderem das Überschreiben eines BtM auf einen anderen Bewohner erlaubt, ist in der Praxis oft schwierig. Der Grund dafür ist, dass Heimbewohner nach Einzug in das Heim weiterhin denselben Hausarzt konsultieren. Dadurch ergeben sich unter Umständen Konstellationen, in denen 30 Patienten von 25 verschiedenen Hausärzten betreut werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass hier ein BtM tatsächlich überschrieben werden kann, ist deshalb eher gering.

Wird ein Patient in ein Palliativprogramm eingeschrieben, so ist es üblich, dass ihm ein komplettes Set der Notfall-Arzneimittel verordnet wird. Im Bereich HSK-Soest gibt es dafür eigens eine rote Plastikbox, in der diese Arzneimittel aufbewahrt werden. Sie steht beim Patienten vor Ort zur Verfügung und dient zum Beispiel auch als Erkennungszeichen für einen herbeigerufenen Notarzt.

Der Wunsch nach einem eigenen BtM-Vorrat im Heim wird allgemein durch die Umstände bei der Versorgung Sterbender verursacht. Es kommt oft vor, dass die Apotheke Freitagnachmittag eine Notfalleinlieferung über zehn Morphinampullen erhält, von denen sie am folgenden Montag acht zur Vernichtung zurücknimmt. Eine Überschreibung der übrigen Ampullen findet nicht statt, da die verantwortlichen Ärzte nicht willens sind, die dafür vorgeschriebenen Bestandskontrollen durchzuführen, oder weil aus dem oben beschriebenen Grund ein Empfänger fehlt. Auf diese Weise wird eine Vielzahl von BtM verordnet und ungebraucht vernichtet, wodurch hohe unnötige Kosten entstehen.

Ambulante Pflegedienste

Frage	Pflegedienst A	Pflegedienst B	Pflegedienst C
Über wieviel Palliativpflegekräfte verfügt Ihr Dienst?	6	2	3
Wieviel Ihrer Patienten sind in einem Palliativprogramm eingeschrieben?	0	4	2
Gab oder gibt es, aus Ihrer Sicht, Probleme bei der Versorgung von Palliativpatienten mit Arzneimitteln der Notfallliste für sterbenskranke Patienten?	Nein		
Was würden Sie sich für die Versorgung von Palliativpatienten mit Arzneimitteln wünschen?	Die Möglichkeit, einen kleinen Bestand an BtM, z. B. für ein Wochenende vorrätig halten zu dürfen. Die Möglichkeit, einen Satz Arzneimittel der Notfallliste vorrätig halten zu dürfen.		

Es werden deutlich mehr Palliativpatienten durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt als in einem Pflegeheim. Hier spiegelt sich wider, dass viele Patienten zuhause versterben möchten und dass dies in Schmallenberg auch möglich ist. Der Wunsch nach einem eigenen BtM-Vorrat ist hier generell an Patienten gebunden, die am Wochenende versterben. Nach Meinung

der Pflegedienste ist die geltende Rechtsprechung zu restriktiv. Sollte ein eigener Vorrat erlaubt werden, dürften damit nicht zu viele Auflagen verbunden sein. Auch Kontrollen sollten nicht allzu häufig stattfinden.

Aus Sicht der Pflegedienste zeigt sich eine palliativmedizinische Versorgung in Schmallenberg größtenteils als ambulante Schmerztherapie.

Apotheken

Frage	Apotheke A	Apotheke B	Apotheke C	Apotheke D	Apotheke E
Kennen Sie die Notfallliste der Apothekerkammer WL und der Ärztekammer WL für die Versorgung sterbenskranker Patienten?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sind alle Arzneimittel dieser Liste in Ihrer Apotheke vorrätig?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Wie oft im Jahr werden diese Arzneimittel gebraucht?	Midazolam 5 mg Amp.; Haloperidol 5 mg Amp.; Dexamethason 8 mg Amp.; Butylscopolamin 20 mg Amp.: in allen Apotheken 1-5 Pck./Jahr				
Gab oder gibt es, aus Ihrer Sicht, Probleme bei der Versorgung von Palliativpatienten mit Arzneimitteln der Notfallliste für sterbenskranke Patienten?	Nein				
Was würden Sie sich für die Versorgung von Palliativpatienten mit Arzneimitteln wünschen?	Keine Wünsche				
Gab es für Ihre Apotheke in der Vergangenheit besondere Anforderungen bezüglich der medikamentösen Versorgung von Palliativpatienten? Z. B. besondere Rezepturen?	Palliative Mundspülung nach NRF oder anderer Vorschrift. Chlorophyll-Lösung zur Geruchsverminderung. Fentanylhaltiges Nasenspray.				

Fazit

Im Stadtgebiet Schmallebenberg gibt es nur wenige Patienten, die in ein Palliativprogramm eingeschrieben sind. Die an der Versorgung beteiligten Parteien sind mit der Arzneimittelversorgung zufrieden und äußern teils keine Verbesserungsvorschläge. Es ist nicht bekannt, inwiefern dies an den geringen Fallzahlen liegt und ob sich dieser Status mit steigenden Fallzahlen ändert. Im Bezug auf das Fachkrankenhaus Grafschaft wurde in einer Machbarkeitsstudie zwar ein Patientenvolumen von etwa 1000 pro Jahr ermittelt, allerdings erfasst dies auch Patienten, die nicht aus Schmallebenberg stammen und nur mit der Klinik in Kontakt kommen. Ein Problem ist, dass viele junge Klinikärzte sich scheuen, Patienten gegenüber von der Palliativmedizin zu sprechen. Es besteht die Sorge, dass dieser Begriff für die Patienten negativ besetzt ist und sie an ein sofortiges Todesurteil denken.

Der Urheber der Machbarkeitsstudie schätzt für die Stadt Schmallebenberg ein Potential von 100 bis 150 Palliativpatienten. Damit tatsächlich solche Fallzahlen erreicht werden können, müssten andere Mediziner wie die Hausärzte gewillt sein, Patienten abzugeben. So kommt es vor, dass ein Patient auf Wunsch des Pflegeheims in ein Palliativprogramm eingeschrieben werden soll und der behandelnde Hausarzt dies vehement verweigert. Insgesamt ziehen die Allgemeinmediziner auch keine Palliativmediziner für die Versorgung Schwerstkranker hinzu. Sollte sich dies in Zukunft ändern, ist fraglich, ob ein erhöhtes Patientenaufkommen durch die vorhandenen Strukturen versorgt werden kann.

Aus der Diskussion

Wenn die Allgemeinmediziner keine Patienten an die Palliativmediziner überweisen, drängt sich der Verdacht auf, dass es Schwerkranke gibt, die unterversorgt sind. Denn schwere Krankheitsbilder, die einer komplexen Palliativtherapie bedürfen, existieren nicht nur in der Stadt.

Peters: Laut den Pflegediensten geht es in der palliativen Versorgung hauptsächlich um die Schmerztherapie. Es ist zu bezweifeln, dass die übrigen Aspekte des Palliativprogramms genügend umgesetzt werden. Prinzipiell gibt es mehr Patienten, die von einem Palliativprogramm profitieren würden. Andererseits funktioniert die Versorgung auf dem Land, wo andere familiäre Strukturen als in der Stadt vorhanden sind, oft mithilfe der Pflege im häuslichen Umfeld. In ländlichen Gebieten kommt es durchaus vor, daß Angehörige Patienten über einen langen Zeitraum pflegen, bis sie im ungünstigsten Fall irgendwann selbst pflegebedürftig sind. Generell könnte die Versorgung im Sinne der Patienten durch einen vermehrten Austausch der Ärzte miteinander verbessert werden.

Ein Beispiel aus dem südlichen Rhein-Erft-Kreis

Pharmazie in der Palliativmedizin

Dr. Klaus Ruberg

Dieser Beitrag beschreibt, wie die Rolle der öffentlichen Apotheke in der Palliativversorgung aussehen kann. Als Beispiel dient die Kronen-Apotheke Marxen, die mit dem SAPV-Team des südlichen Rhein-Erft-Kreises zusammenarbeitet.

Herausforderungen in der medizinischen Palliativversorgung

Viele Arzneimitteltherapien in der Palliativmedizin werden nicht In-Label genutzt. Das bedeutet ein gewisses Risiko für die Patienten und eine hohe Verantwortung der Behandler für den Einsatz von diesen Arzneimitteln. Denn bei bestimmten Indikationen sind sie nicht von den Bundesoberbehörden zugelassen. Außerdem liegen oftmals keine ausreichenden Studienergebnisse vor, sondern nur Erfahrungswerte. Dementsprechend ist es schwer, der Fachinformation die für einen Palliativpatienten passende Dosierung zu entnehmen. Ketanest, das Esketamin enthält, wird zum Beispiel im Rettungsdienst als stark wirksames Analgetikum verwendet. In der Palliativmedizin wird es bei schwersten neuropathischen Schmerzen subkutan und pumpengesteuert eingesetzt, wozu es nur wenige Daten gibt. Ein Informationsangebot zu Arzneimitteln in der palliativen Therapie ist der Leitfaden Palliative-Care¹. In ihm werden mögliche Symptome eines Palliativpatienten dargestellt und die jeweils passenden Arzneimittel zur Behandlung vorgeschlagen.

In der täglichen Versorgung von Palliativpatienten gibt es viele Fallstricke, da die gesetzlichen Regularien und die Anforderungen der Krankenkasse an die Apotheken und Abrechnungssysteme die Versorgungsrealität nicht widerspiegeln. Die Palliativmedizin ist ein prägnantes Beispiel für eine symptomübergreifende und multiprofessionelle Versorgung. Diese interdisziplinäre Betreuung verläuft außerhalb der vorhandenen Abrechnungssysteme. Dabei stellt sich

¹ <http://www.aerzteblatt.de/archiv/57367> (letzter Zugriff 02.08.16)

auch die Frage, wie Notfälle vor Ort gehandhabt werden, wenn z. B. der behandelnde Arzt dringend ein Betäubungsmittel benötigt, aber die nächste Apotheke zehn Kilometer entfernt ist.

Die Kronen-Apotheke wird zum Kooperationspartner des SAPV-Teams

Die Kronen-Apotheke ist schon seit einiger Zeit in der Krankenhausversorgung tätig und arbeitet unter anderem mit einer onkologischen Klinik zusammen. Dadurch kam es zu Kontakten mit stationär und ambulant behandelten Tumorpatienten und auch zu Palliativstationen. Im Laufe dieser Zusammenarbeit trat häufiger die Frage auf, wie die Versorgung eines Patienten nach seiner Krankenhausentlassung weitergeführt werden sollte. Dabei muss die im stationären Bereich sehr komplexe, symptomatische Therapie in das häusliche Umfeld übertragen werden. Durch die enge Zusammenarbeit mit Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten, entwickelte sich eine umfassendere Palliativversorgung durch die Apotheke.

Fallbeispiel Herr K., 61 Jahre

Herr K. ist ein typischer Patientenfall, der zeigt, was ein Apotheker in Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team leisten kann. Außerdem illustriert er wiederkehrende Schlüsselpositionen, die die Palliativversorgung auszeichnen.

Herr K., ein Patient eines Krankenhauses in Bonn, litt an einem metastasierten, colorektalen Karzinom, das sich im gesamten Bauchraum verteilt und durch Schädigung des Darms zu einem Ileostoma geführt hatte. Er wurde nach Beendigung der Chemo- und Radiotherapie stationär behandelt, um eine Symptom- und Schmerzkontrolle herbeizuführen. Da Herr K. nicht mehr schlucken konnte, erhielt er seine gesamte Medikation und Ernährung mittels Infusionen. Weiterhin litt der Patient unter wiederkehrenden, schwersten Obstipationen und nächtlichen Angstattacken. Nach einer mehrwöchigen stationären Behandlung resultierte eine stabile Symptomkontrolle, und es ergab sich die Frage nach einer Entlassung in das häusliche Umfeld. Herr K. hatte zwei erwachsene Kinder, die im Rettungsdienst tätig waren. Diese Rettungsassistenten konnten die Betreuung des Vaters übernehmen, ohne auf den ambulanten Pflegedienst angewiesen zu sein. Da Herr K. in einem ländlichen Gebiet wohnte, konnte der Pflegedienst nicht kontinuierlich, sondern nur zweimal täglich vor Ort sein. Der Hausarzt von Herrn K. kannte seinen Patienten schon viele Jahre und war darüber hinaus sehr engagiert. Er war bereit die Betreuung sicherzustellen, wünschte sich aber eine fachliche Unterstützung durch das SAPV-Team.

Es passiert häufig, dass Patienten über einen langen Zeitraum stationär versorgt werden und die Überleitung in den ambulanten Bereich umfassend geplant werden muss. Die Apotheke erfasst dazu zunächst die stationäre Medikation.

Abbildung 1: Stationäre Medikation von Herrn K.

Hunger/Durstgefühl	<ul style="list-style-type: none"> Niedrigkalorische TPE, AS+Glu+Fett+Elyte separat
Basis+Bedarfs-Schmerzmedikation	<ul style="list-style-type: none"> PCA-Pumpe mit Morphin (Basal+ und Bolusrate patientenindividuell eingestellt)
Dämpfung nächtliche Angstattacken, Erhaltung der Kontaktfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> Midazolam-Perfusor: Hohe Dosis nachts, niedrige tagsüber, manuelle Umstellung der Flussrate durch Pflegekräfte
Co-Medikation Schmerztherapie, Obstipation	<ul style="list-style-type: none"> Kurzinfusionen, 4x täglich mit MCP, Novaminsulfon
Akute Obstipation	<ul style="list-style-type: none"> Bereithaltung Notfallmedikation per Infusionem mit Neostigmin + MCP

Herr K. erhielt eine niedrigkalorische parenterale Ernährung in einzelnen Komponenten. Die Schmerzmedikation wurde über eine PCA-Pumpe (patient-controlled-analgesia) verabreicht, sodass der Patient die Gabe selbst steuern und sich nach Bedarf auch eine zusätzliche Dosis verabreichen konnte. Die Dosierung von Midazolam war dem Tagesrhythmus des Patienten angepasst und wurde mit einer Dosierpumpe verabreicht, die durch das Pflegepersonal entsprechend eingestellt wurde. Auf diesem Wege konnte nachts eine höhere und tagsüber eine niedrigere Dosis verabreicht werden. Weiterhin wurden Herrn K. begleitend mehrere Kurzinfusionen als Co-Medikation verabreicht. Auch eine Notfallmedikation war als Kurzinfusion vorhanden. Diese Therapie konnte unter stationären Bedingungen ohne weiteres durchgeführt werden, da kontinuierlich Pflegepersonal vorhanden war.

Es stellte sich aber das Problem, wie diese Medikation im ambulanten Bereich zu verabreichen sei. Da es meist nicht möglich ist, im häuslichen Umfeld ein intensivmedizinisches Zimmer einzurichten, werden in einem solchen Fall zunächst die zur Verfügung stehenden Ressourcen erfasst. Die Arzneimitteltherapie muss so umgestellt werden, dass sie mittels vorhandener Möglichkeiten angewendet werden kann. Der Patient muss zuhause begleitet werden, und dabei ist vor Ort zu prüfen, ob die Therapie durchführbar ist. Dies soll verhindern, dass die Arzneimitteltherapie an etwas Trivialem wie z. B. einem fehlenden Infusionsständer scheitert.

Im Fall von Herrn K. wurde das Palliative-Care-Team hinzugezogen, um den Hausarzt zu beraten. Die Medikation wurde analysiert um herauszufinden, ob die Anzahl der Infusionen durch kompatible Wirkstoffe und das Zusammenlegen von Mehrfachinfusionen verringert werden

konnte. Weiterhin wurde überprüft, ob Wirkstoffe mittels eines Pumpsystems zu verabreichen waren; so z. B. im Fall von Novaminsulfon, da eine Verabreichung im Intervall von vier Stunden sonst nicht möglich war, der Wirkstoff aber ausreichend löslich sein musste, um mit einer Pumpe angewendet zu werden. Generell muss in jedem Fall entschieden werden, welche Medizintechnik zum Einsatz kommen soll.

Zur Anwendung von Arzneimitteln besteht hoher Beratungsbedarf

Schmerzmittel können über eine PCA-Pumpe verabreicht werden. Diese Pumpen haben ein Volumen von bis zu 160 ml, sodass eine Versorgung über einen Zeitraum von sieben oder mehr Tagen möglich ist. Das System verfügt über eine Basal-Rate und einen Bolus-Geber, wodurch sich der Betroffene eine zusätzliche Dosis selbst verabreichen kann.

Dass hier ein Bedarf an einer intensiven Information und Beratung besteht, zeigt das Beispiel einer älteren Patientin. Diese erhielt im stationären Bereich eine PCA-Pumpe und wurde informiert, wie sie durch Druck eines Knopfes die Bolus-Gabe auslösen konnte. Am nächsten Tag wurde die etwa siebzijährige Patientin somnolent aufgefunden. Die Auswertung des Pumpsystems zeigte, dass die Patientin in der vergangenen Nacht stündlich eine Bolus-Gabe ausgelöst hatte. Die Frage, ob die Intensität ihrer Schmerzen dafür verantwortlich sei, verneinte sie. Die Frau berichtete, sie hätte in der Nacht die Toilette aufsuchen wollen und daher nach einer Schwester geklingelt. Da aber kein Pflegepersonal erschien, habe sie es immer wieder versucht. Die Patientin hatte den Auslöser für die Schmerzmittelgabe für die Klingel gehalten. Dies zeigt, dass auch der Erklärungsbedarf bei anderen technischen Systemen im Umfeld des Kranken bedacht werden muss.

Abbildung 2: Medikation von Herrn K. nach der Umstellung

Hunger/Durstgefühl	<ul style="list-style-type: none"> • Niedrigkalorische TPE, 3-Kammerbeutel All-In-One
Basis+Bedarfs-Schmerzmedikation	<ul style="list-style-type: none"> • PCA-Pumpe mit Morphin (Basal+ und Bolusrate patientenindividuell eingestellt)
Dämpfung nächtliche Angstattacken, Erhaltung der Kontaktfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Midazolam über 2. PCA-Pumpe, Angehörige stellen Basalrate abends hoch, feste Dosis-Limits programmiert
Co-Medikation Schmerztherapie, Obstipation	<ul style="list-style-type: none"> • Elastomerenpumpe 1: MCP+Dimenhydrinat • Elastomerenpumpe 2: Novaminsulfon
Akute Obstipation	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenstellung Notfallkit für Hausarzt mit Neostigmin + MCP

Arzneimittel mit kurzer Plasmahalbwertszeit können mittels Elastomerenpumpen, wie sie auch in der Onkologie verwendet werden, verabreicht werden. Diese Pumpen laufen über einen Zeitraum von sechsundneunzig und mehr Stunden. Der Pflegedienst muss die damit verabreichte Medikation alle vier Tage erneuern.

Im Fall von Herrn K. gestaltete sich die Umstellung der Midazolam-Therapie zur ambulanten Anwendung komplizierter, als die der restlichen Medikation. Herr K.s Kinder waren zwar Rettungsassistenten, aber sie sollten trotzdem nicht die Möglichkeit haben, die Basal-Rate von Midazolam frei einzustellen. Es sollte verhindert werden, dass in einer Krisen- oder Stresssituation versehentlich zu hohe Raten eingestellt wurden. Die Basal-Rate musste aber veränderbar bleiben, um die unterschiedlichen Dosierungen tagsüber und nachts zu ermöglichen. Aus diesem Grund wurde Midazolam über eine PCA-Pumpe verabreicht, in die ein Dosis-Limit einprogrammiert war. Weiterhin wurde der behandelnde Hausarzt in die Anwendung des Notfallkits eingewiesen, welches am Patientenbett aufbewahrt wurde.

Herr K.s Bett stand in seinem Wohnzimmer am Fenster, sodass er in seinen Garten hinausblicken konnte. Neben ihm befand sich ein Infusionsständer mit den jeweiligen Pumpen und Medikamenten. Ferner wurde eine Kochsalzlösung in das System eingebunden, um es kontinuierlich zu spülen. Die Ballonpumpen wurden durch die Rettungsassistenten mit Tape am Infusionsständer befestigt, da die nötigen Tragetaschen fehlten. Dies zeigt, dass eine Begleitung beim Aufbau der Systeme zur Arzneimittelgabe vor Ort wichtig ist. Angehörige, die nicht aus einem medizinischen Beruf stammen, sind in einer solchen Situation schnell überfordert. Die Kronen-Apotheke bietet einen andauernden Bereitschaftsdienst an, der sich bei Problemen um die Pumpsysteme kümmert. Er musste im Fall von Herrn K. aber nicht in Anspruch genommen werden.

Herr K. verbrachte zwei Monate zuhause und verstarb dort auch schließlich. Es kam zu keinem Notfalleinsatz durch den Hausarzt. Die ambulante Betreuung verlief besser, als es die Vorgeschichte des Kranken hatte erwarten lassen. Der Fall zeigt, dass eine ambulante Palliativversorgung auch in komplexen Patientenfällen durch eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit geleistet werden kann.

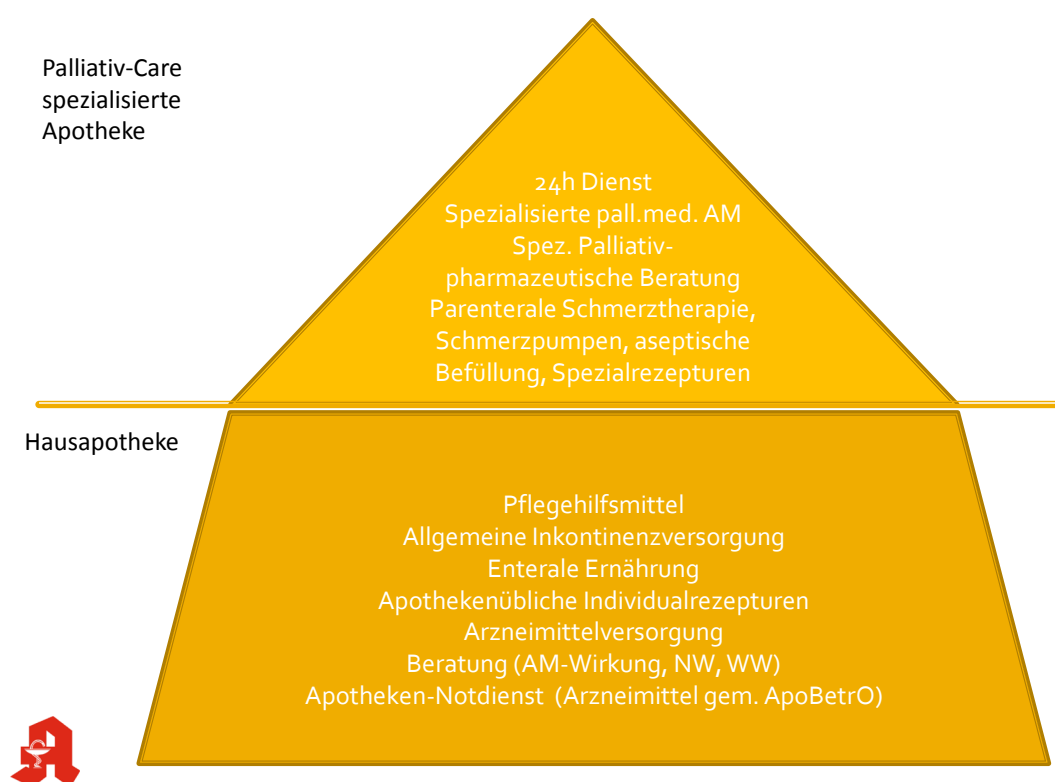
Die Rolle der spezialisierten Apotheke in der Palliativmedizin

Vor dem Beginn der AAPV und der SAPV gab es 2005 in Nordrhein bereits das Rahmenprogramm zur Palliativversorgung.² Es sollte zunächst ein Rahmenvertrag entwickelt werden; dies wurde allerdings durch die Krankenkassen zu einem Rahmenprogramm abgewandelt. Der Grund dafür war, dass mit einem Vertrag Kosten verbunden sind, während ein Programm unentgeltlich umgesetzt werden kann. Das Rahmenprogramm ist in NRW führend, da es die ersten verlässlichen Zahlen zur Palliativversorgung enthält. Darin ist beschrieben, wieviel Ärzte und Pflegekräfte benötigt werden, um die in einer Stadt mit einhunderttausend Einwohnern anfallenden Palliativpatienten zu versorgen. Diese ursprünglichen Rechnungen und Strukturbeschreibungen flossen in die Ausarbeitung der SAPV-Verträge ein.

² https://www.kvno.de/downloads/vertraege/palliativversorgung/rahmenprogramm_palliativ_NRW.pdf (letzter Zugriff 03.08.16)

Im Rahmenprogramm sind spezialisierte Apotheken aufgeführt, die in der Versorgung von Palliativpatienten tätig sind. Diese Apotheken sind für die Sicherstellung der ambulanten Arzneimittel- und Ernährungstherapie und der dafür benötigten Medizintechnik zuständig. In der aktuellen Praxis kann ein Großteil der Versorgung durch eine nicht-spezialisierte Apotheke übernommen werden. Das Curriculum der Palliativpharmazie ist in den Fortbildungsveranstaltungen der Apothekerkammern verankert. Apotheker, die diese Fortbildung absolviert haben, können die Mehrheit der Probleme, die bei der Versorgung von Palliativpatienten auftreten, mit den Ressourcen der klassischen öffentlichen Apotheke lösen. Die spezialisierte Apotheke wird tätig, wenn es um den Einsatz von Schmerzpumpen, besonderer Medikation oder um eine intensivere Beratung bei komplexer Symptomatik und Medikation geht.

Abbildung 3: Aufgaben der Hausapotheke und der spezialisierten Apotheke in der Palliativversorgung



Die Leistungen einer spezialisierten Apotheke, die mit dem SAPV-Team zusammenarbeitet, erreichen allerdings nicht alle Patienten. Während die Ballungsräume von einer guten Versorgungssituation profitieren, ist dies in den ländlichen Gebieten nicht immer möglich. Laut Faktencheck Palliativversorgung der Bertelsmann-Stiftung erhalten nur 30 % der Patienten eine

palliativmedizinische Behandlung, obwohl 90 % der Patienten sie benötigen.³ Dies setzt sich in der stationären Versorgung fort, da nicht in allen Krankenhäusern Palliativmediziner und Palliativstationen vorhanden sind. Manche Häuser verfügen stattdessen über einen Palliativbereich mit einem Konsiliardienst.

Die *Ärztezeitung* fragte in einem Artikel über die Palliativversorgung, was Gesetze wert seien.⁴ Patienten hätten einen Rechtsanspruch auf eine spezialisierte, palliativmedizinische Versorgung, die ihnen aber nicht zuteil werde. Es existieren tatsächlich nicht genügend SAPV-Teams, um eine flächendeckende Versorgung zu leisten, und die vorhandenen Teams sind bereits überlastet. Das bedeutet, dass es keine Möglichkeit gibt, den rechtlichen Anspruch auf die Palliativversorgung durchzusetzen, da die Ressourcen dafür fehlen. Soweit die Apotheke betroffen ist, werden jegliche Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen (Abgabe des Rezeptes und Herausgabe des Medikaments), ehrenamtlich erbracht. Es existiert keine Vergütung für die bereits beschriebenen Dienstleistungen oder für eine Lieferung von Notfallarzneimitteln zum Patienten nach Hause. Eine positive Entwicklung für die Apotheke war die Anpassung der BtMVV, die einen Kooperationsvertrag zwischen SAPV-Team und Apotheke ermöglicht. Auch die Bevorratung der öffentlichen Apotheken mit den Arzneimitteln der Notfallliste für die Palliativversorgung ist eine große Hilfe.

Die Kronen-Apotheke war vor einigen Jahren zunächst an der allgemeinen Palliativversorgung beteiligt. In Zusammenarbeit mit Hausärzten, Pflegepersonal, Psychologen, Seelsorgern und Hospizen wurden die Patienten allgemein zuhause betreut. Die allgemeine Palliativversorgung ist mittlerweile nur noch ein Nebenschauplatz, da die Kronen-Apotheke nun in der SAPV tätig ist. Es wurde eine eigene Gesellschaft gegründet, die die Patienten in der SAPV zuhause versorgt. Darin erfasst ist der südliche Rhein-Erft-Kreis mit z. B. den Städten Wesseling und Brühl. Weiterhin werden auch die Randgebiete anderer Palliative-Care-Teams bedient, wenn die eigenen Kapazitäten dieser Teams ausgelastet sind. So springt das SAPV-Team des südlichen Rhein-Erft-Kreises z. B. für das Team aus Bonn ein, um einen Patienten in Bornheim zu betreuen.

Generell steigt die Anzahl der Palliativpatienten kontinuierlich an. Zuletzt wurden über fünfhundert Patienten durch das SAPV-Team versorgt. Kompliziert ist die Betreuung von alleinstehenden Patienten. Der Anteil an Patienten, die ohne Unterstützung durch Angehörige bis zum Tod zuhause behandelt werden, nimmt weiterhin zu. Die Mehrheit der Patienten verfügt aber immer noch über Angehörige, die sich an der Betreuung beteiligen. Die Pflegeheime im Rhein-Erft-Kreis kontaktieren das SAPV-Team frühzeitig, wenn sich der Zustand eines Patienten verschlechtert. Dass Patienten unbegleitet im Heim versterben und der Hausarzt nur noch den Tod feststellt, kommt immer seltener vor. Auch das Patientenkontingent hat sich während der Tätigkeit der Apotheke in der Palliativversorgung verändert. Am Anfang waren größtenteils onkologische Patienten in die SAPV eingeschrieben. Mittlerweise sind es immer mehr Patienten mit

3 https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf (letzter Zugriff 03.08.16)

4 http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/897784/kommentar-palliativmedizin-gesetze-wert.html (letzter Zugriff 03.08.16)

neurodegenerativen Erkrankungen wie ALS und auch jüngere Patienten, denen die Palliativversorgung zuteil wird.

Abbildung 4: Charakteristika der SAPV-Patienten

Kennzahlen zu Patienten in einem Jahr (November 2014 – Oktober 2015)
<ul style="list-style-type: none"> • 514 Patienten <ul style="list-style-type: none"> • m 210, w 304 • 48 alleinstehend • 233 bei Angehörigen • 98 im Heim • Alter im Durchschnitt 74 Jahre • Median: 77 Jahre • Max.: 100 Jahre • Min.: 34 Jahre

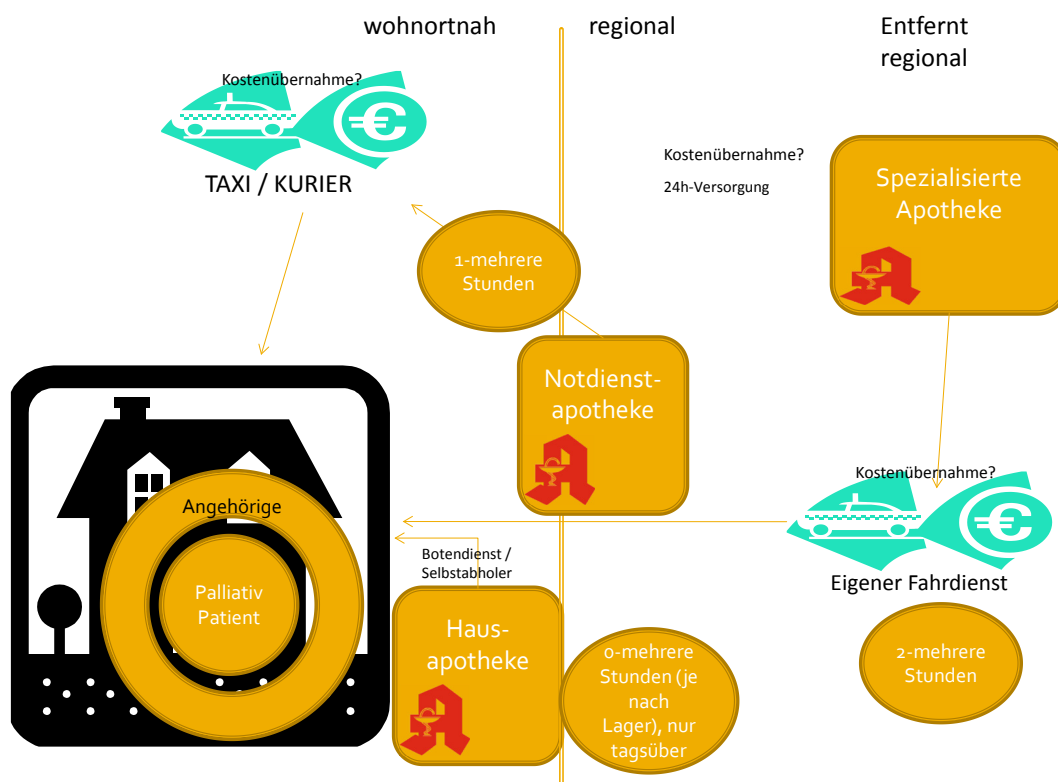
Der bisher jüngste Patient war 34 Jahre alt, aktuell wird ein Patient mit ALS im Endstadium betreut, der erst Mitte zwanzig ist. Seine Behandlung ist im Hinblick auf eine palliative Sedierung bei Versagen der Atemfunktion eine besondere Herausforderung.

Die Kronen-Apotheke erfüllt als Kooperationspartner des SAPV-Teams verschiedene Aufgaben im Palliativnetzwerk. So wird die Medikation auf Wechselwirkungen untersucht, und Mischinfusionen werden hinsichtlich der Kompatibilität geprüft. Gerade bei den Parenteralia argumentieren Kliniker oft, sie hätten das „schon immer“ so zusammen gemischt, und es hätte damit noch nie Probleme gegeben. Diese Multiregimes tragen Namen wie „Würzburger Schmerzcocktail“ oder „Düsseldorfer Lösung“. Stellt die Apotheke diese Infusionen her, so ist sie für deren Qualität verantwortlich. Die Diskussion über die Plausibilität gestaltet sich oft herausfordernd. Es muss verständlich gemacht werden, dass die Infusionen im ambulanten Bereich anderen Bedingungen unterliegen als im Krankenhaus. Es handelt sich um konzentrierte Lösungen, die über einen längeren Zeitraum verabreicht werden sollen. Seit die Mediziner wissen, dass es sich bei diesen Mischinfusionen um eine Arzneimittelherstellung mit den entsprechenden rechtlichen Konsequenzen handelt, nimmt die Zahl solcher Multiregimes ab.

Auch die Umstellung der Arzneimitteltherapie auf eine subcutane Gabe gehört zu den Aufgaben der Apotheker. Dies ist für Patienten, die nicht mehr schlucken können, eine wichtige Applikationsart, die z. B. mithilfe eines zentralvenösen Katheters gelingt. Für 5-10 % der Patienten werden eigens Parenteralia hergestellt, die über Schmerzpumpen verabreicht werden. Ferner hat die Zahl der Rezepturen in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Durch die Kinderonkologie in Bonn sind viele pädiatrische Palliativpatienten Nutzer der SAPV im Rhein-Erft-Kreis geworden. Für diese speziellen Patienten werden viele unterschiedliche Rezepturen hergestellt. Darunter sind Zäpfchen, Dermatika, Lösungen zur nasalen oder rektalen Anwendungen und Notfall-Packages, die z. B. bei akuten Schmerzen oder Luftnot zum Einsatz kommen. Nicht jeder Patient muss zuhause aufgesucht werden, aber bei schwierigen Fällen muss vor Ort überprüft werden, dass die Arzneimitteltherapie anwendbar ist. Bei besonders komplexen Fällen sollte ein Apotheker während der Krankenhausentlassung anwesend sein, um die komplikationslose Überleitung in die ambulante Versorgung zu unterstützen.

Neben diesen besonderen Aufgabengebieten nimmt im Alltag die Logistik eine entscheidende Rolle ein. Die Insel Juist wird neuerdings mithilfe einer Drohne mit Arzneimitteln versorgt. Im Rhein-Erft-Kreis werden noch keine Roboter eingesetzt, aber es wäre durchaus im Sinne der Apotheke, sollte dies irgendwann möglich sein. Die Zahl der zu unternehmenden Fahrten nimmt beständig zu. Ein Grund dafür ist, dass die Versorgungsstruktur gerade in ländlicheren Gebieten ausdünn. Ferner können weniger Patienten oder ihre Angehörigen die Medikation in der Apotheke, sei es die Hausapotheke oder die spezialisierte Apotheke, selbst abholen. Wenn der Patient im häuslichen Umfeld durch ein Palliative-Care-Team versorgt wird, liefert die Hausapotheke tagsüber und werktags die benötigten Arzneimittel. Die Notdienst-Apotheke stellt die Medikation nachts und an Sonn- und Feiertagen zur Verfügung. Die spezialisierte Apotheke liefert nach Bedarf weitere palliativmedizinische Arzneimittel und stellt Schmerzpumpen her. Die Kosten, die durch die nötige Logistik entstehen, werden den Leistungserbringern allerdings nicht erstattet. Die Kapazität der Palliativteams ist vollständig ausgelastet, das heißt, dem Team bleibt keine Zeit, um Arzneimittel zu beschaffen. Denn für das Palliative-Care-Team ergeben sich allein aus der Größe des versorgten Gebietes hohe Anfahrtszeiten zu den Patienten, ohne dass noch zusätzlich Apotheken angefahren werden.

Abbildung 5: Die Kostenfrage in der Logistik



Die Logistik ist eine anspruchsvolle Aufgabe und beschäftigt die Kronen-Apotheke häufig. Aktuell wird eine ad-hoc-Logistik durchgeführt. Das Palliative-Care-Team erfasst die häusliche Situation des Patienten, und der Arzt verschreibt die nötige Medikation. Die Verordnungen werden nach Wunsch des Patienten entweder an die Hausapotheke oder die spezialisierte Apotheke überliefert, wobei die Versorgung möglichst zeitnah geschehen muss. Weder der Patient noch andere Parteien übernehmen dabei die Kosten für die Logistik. Je ländlicher der Bereich ist, in dem der Patient wohnt, desto komplexer gestaltet sich der Transport der Arzneimittel.

Die Krankenkassen sehen die Verantwortung für die Logistik bei den Palliativteams, da diese ja den Patienten aufsuchen. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass die Fahrten der Teams in erster Linie der medizinischen Versorgung dienen. Das Problem ist nach wie vor nicht zufriedenstellend gelöst.

Arzneimittel in der Palliativversorgung

Betäubungsmittel (BTM) spielen eine bedeutende Rolle in der Palliativversorgung. Die Kronen-Apotheke wird durch die Verschreibenden oft mit Fragen zum Umgang mit BTM in der Palliativmedizin kontaktiert. Die Apotheke war an der Erstellung des Leitfadens „Zum Umgang mit Betäubungsmitteln in der ambulanten Palliativversorgung“ beteiligt, der von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Bundesopiumstelle in Zusammenarbeit mit der ABDA herausgegeben wird. Darin ist ein Flussdiagramm enthalten, das die Komplexität der Versorgungssituation abbildet und einen Überblick über Möglichkeiten gibt, wie z. B. Ärzte BTM den Patienten überlassen können.

Seit 2012 ist verbindlich geregelt, welche Opioide in jeder Apotheke vorrätig sein müssen. Im Zuge der Entwicklung dieser Regelung kam es auch zu Diskussionen über ein ärztliches Dispensierrecht. In der Liste sind Wirkstoffgruppen verzeichnet, die tatsächlich vorhandenen Arzneimittel werden durch den Apotheker ausgewählt. Ferner hat die Apothekerkammer Nordrhein zusammen mit der Ärztekammer eine Liste zu Notfallarzneimitteln in der Palliativversorgung erarbeitet. Diese besteht einerseits aus Arzneimitteln, die laut ApBetrO vorrätig gehalten werden müssen. Zudem werden ergänzende Medikationen in der Palliativversorgung genannt. Dieses Portfolio enthält alle Arzneimittel, die ein Palliativpatient in einer Notfallsituation braucht und kostet etwa zwanzig bis dreißig Euro.

Generell ist es wichtig, dass die jeweilige Apotheke sich mit dem Team vor Ort abspricht. Manche Palliativteams bevorzugen z. B. Fentanyl zur nasalen Applikation. Ist die Apotheke dann nur mit Fentanyl zur parenteralen Applikation bevorratet, würden zwar die Anforderungen der Notfallliste erfüllt, aber die Versorgung des Patienten könnte trotzdem nicht ordnungsgemäß erfolgen.

Im Rhein-Erft-Kreis verfügen die Palliative-Care-Teams über eine definierte Arzneimittelliste, so wie es auch bei den Rettungsteams der Fall ist. Die Liste ist mit der Kronen-Apotheke abgesprochen worden, und die Teams führen eine Notfalltasche mit den entsprechenden Arzneimitteln mit. Die Betäubungsmittel befinden sich dabei immer in der Hand des behandelnden Arztes. Dies deckt den Bedarf in einer Akutsituation oder nach einer Krankenhausentlassung erfolgreich ab.

Die Versorgung mit Betäubungsmitteln war für die Kronen-Apotheke zu Anfang mit großem Aufwand verbunden. Dies wurde durch die Einrichtung eines Notfalldepots nach §5c BtMVV vereinfacht. Hier muss sogar im Gegenteil darauf geachtet werden, dass es zu keiner Überversorgung kommt. Seit dieses Notfalldepot existiert, gab es keinen Fall mehr, in dem ein Patient nicht zeitnah mit BtMs versorgt werden konnte. Die Apotheke überwacht, dass keine BtM in den Notfallvorrat aufgenommen werden, die schon beim Patienten verwahrt wurden. Wird einem Patienten eine große Anzahl BtM verordnet, so wird nur ein Teil davon beim Patienten zuhause aufbewahrt. Der Rest wird unter dem Namen des Patienten im Notfalldepot gelagert und kann so nach Tod des Betroffenen mit der entsprechenden Dokumentation für einen anderen Patienten verwendet werden. Anfangs fand die Apotheke häufiger Tüten mit beim Patienten eingesammelten BtM im Notfallvorrat, die dann allerdings fachgerecht entsorgt wurden.

Die Kronen-Apotheke hat außerdem beobachtet, welche Arzneimittel im Notfall am häufigsten durch die Ärzte eingesetzt werden. Diese Arzneimittel werden entsprechend im Notfalldepot vorrätig gehalten. Da die Palliativmediziner im Rhein-Erft-Kreis oft Schmerzpumpen einsetzen, befindet sich auch eine solche Pumpe im Notfallvorrat. Diese PCA-Pumpe enthält Morphin in der Konzentration von drei Milligramm pro Milliliter und fasst ein Volumen von einhundertfünfzig Milliliter. Die Schmerzpumpe liegt einsatzfähig bereit und kann damit nachts, am Wochenende oder bei einer nicht gut organisierten Krankenhausentlassung kurzfristig eingesetzt werden. Der behandelnde Palliativarzt ist dadurch sofort handlungsfähig und kann die Medikation direkt fortführen.

Die Einrichtung eines Notfalldepots nach § 5c BtMVV erfordert einen Begehungsvertrag mit dem SAPV-Team. Auch muss der Notfallvorrat der zuständigen Behörde angezeigt werden. Ferner muss dokumentiert werden, dass das Depot, analog zu den Gegebenheiten beim Rettungsdienst, regelmäßig überprüft wird. Es muss auch darauf geachtet werden, dass der Notfallvorrat nicht zu umfassend wird. Es kam früher zu Missverständnissen darüber, dass das Depot nicht für die kontinuierliche Versorgung der Palliativpatienten vorgesehen ist, sondern nur den kurzfristigen Bedarf decken soll.

Etwas komplexer gestaltet sich die Überlassung eines BtMs durch den behandelnden Mediziner in einer Krisensituation. Es handelt sich dabei um eine eingeschränkte Form des Dispensierrechts, die eine umfassende Dokumentation erfordert. Generell ist eine solche Überlassung durch den Arzt nur erlaubt, wenn keine Apotheke erreichbar ist, die das betroffene BtM oder ein BtM mit einem gleichwertigen Wirkstoff vorrätig hat. Manchmal kommt es vor, dass ein BtM zwar bestellt aber nicht rechtzeitig geliefert werden kann. Am häufigsten ist der Fall, dass das entsprechende BtM zwar vorrätig ist aber weder geliefert, noch durch eine Person aus dem Umfeld des Patienten abgeholt werden kann. In der Praxis der Kronen-Apotheke hat eine solche Überlassung bis jetzt noch nicht stattgefunden.

Ein Problem in Bezug auf die Verordnung von Betäubungsmitteln ist häufig, dass sich das Rezept vor Ort beim Patienten befindet. Oft besteht nicht die Möglichkeit, dass der Patient oder ein Angehöriger das Rezept in der Apotheke einlöst. Das Arzneimittel muss in diesem Fall zum Patienten gebracht werden. Die Apotheke erhält zwar eine gefaxte Version des Rezeptes, kann die eigentliche Abgabe aber erst beim Patienten zuhause durchführen. Hier würde sich

die Kronen-Apotheke eine elektronische Verordnung wünschen. Eine solche Regelung ist aber aufgrund des dahinter stehenden Aufwands und der fehlenden rechtlichen Grundlage nicht absehbar. Der Transport von Dokumentationen in Papierform, der vor einer Versorgung zu leisten ist, ist eine große Belastung für die Leistungserbringer. Das Notfalldepot vereinfacht diese Situation zwar, aber damit kann das Problem nicht dauerhaft gelöst werden.

Interaktionen in der Arzneimitteltherapie

Dass auch Palliativpatienten unter Symptomen leiden können, die durch eine Arzneimittelwechselwirkung hervorgerufen wurden, wird häufig nicht bedacht. Neu auftretende Symptome werden mit einem Fortschreiten der Erkrankung assoziiert. Ein Delir wird z. B. auf Hirnmetastasen zurückgeführt, obwohl es durch die kombinierte anticholinerge Wirkung mehrerer Arzneimittel verursacht wurde. Diese Problematik wurde in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Köln untersucht.⁵ Dafür wurde die Medikation von hundert Patienten einer Palliativstation und von etwa dreihundertfünfzig Patienten eines Hospizes auf Arzneimittelinteraktionen überprüft. Interaktionen traten eher im Hospiz auf, wo das Fortführen der Medikation nach Krankenhausentlassung zu Problemen führte. Die Therapie mit Schmerzmitteln wies nur ein geringes Risiko für Interaktionen auf. Ein hohes Potential für Wechselwirkungen findet sich bei der Gabe von Scopolamin gegen das so genannte terminale Rasseln. In Kombination mit Haloperidol oder MCP kann ein anticholinerges Delir ausgelöst werden.

Die in der Palliativmedizin tätigen Hausärzte im Rhein-Erft-Kreis wurden darin geschult, die Medikation ihrer Patienten zu überprüfen. Im Zuge dieser Kontrolle wird jegliche Medikation abgesetzt, die klinisch nicht notwendig ist, das heißt für die kein behandlungsbedürftiges Symptom vorliegt. Kompliziert ist die Therapie der Patienten mit oralen Zytostatika wie Tyrosinkinaseinhibitoren (TKI). Diese sollen laut ihrer Zulassung bis zum Progress der Krankheit oder bis sie ihre Wirksamkeit verlieren verabreicht werden. Sie weisen ein hohes Potential für Interaktionen auf, unter anderem aufgrund ihrer Wirkung auf die CYP-Enzyme und verursachen hohe Therapiekosten. Verbleibt ein Patient mehrere Monate oder sogar ein Jahr im Hospiz, muss zwischen Symptomkontrolle und Verhindern der Progression der Erkrankung abgewogen werden. Setzt man den TKI ab, wächst der Tumor und kann Luftnot und Schmerzen verursachen. Andererseits kann der TKI zu Wechselwirkungen und anderen Komplikationen führen, die aufgrund der noch geringen Langzeiterfahrung mit diesen Arzneimitteln nicht unbedingt vorhersehbar sind.

Während die Polymedikation der Palliativpatienten meistens erfolgreich vermindert werden kann, muss auch der sich ändernde Patientenstatus in die Betrachtung der Medikation einfließen. In der finalen Phase des Patienten nimmt die Funktion von Leber und Niere ab und auch der Körperfettanteil wird reduziert. Ferner sinkt die Albumin-Konzentration im Blut, wodurch der frei verfügbare Anteil der zum Teil an Albumin gebundenen Wirkstoffe steigt. Da sich durch diese Gegebenheiten die Pharmakokinetik der verabreichten Wirkstoffe ändert, müssen die Dosierungen entsprechend angepasst werden.

⁵ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21737479> & <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22809376> (letzter Zugriff 08.08.16, Abstracts)

Weiterhin sollte bedacht werden, dass sich bestimmte Symptome wie Dyspnoe auch durch nicht-medikamentöse Maßnahmen lindern lassen. Durch die Schulung der behandelnden Ärzte ziehen sie bei Symptomen, die nicht zur Krankheit passen oder nach Ansetzen eines neuen Arzneimittels spontan auftreten, nun auch eine mögliche Interaktion in Betracht. Die Apotheke wird dann kontaktiert und führt eine Medikationsanalyse durch.

In einem Fall wurde ein Patient mit Hirntumor plötzlich komatös. Er erhielt zuvor Hydromorphon zur Schmerztherapie und Vagantin zur Sedierung. Der Arzt wandte sich an die Apotheke mit der Frage, ob das Koma durch eine anticholinerge Wirkung der Medikation hervorgerufen worden sei. Nach Analyse der Arzneimittel lies sich ein medikamentöser Hintergrund des Komats mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen.

Herstellung von Parenteralia und Rezeptur Arzneimitteln

Für Palliativpatienten werden häufig Mischinfusionen und Schmerzpumpen hergestellt. Parenterale Ernährung wird größtenteils nicht mehr angefertigt. In seltenen Fällen wird eine parenterale Ernährung für Patienten der Kinderonkologie zubereitet. Die Kinder sind in etwa zwei bis vier Jahre alt und ihnen steht für den Anfang meist noch ein kleiner Vorrat an Ernährung aus der Klinik zur Verfügung. Da Kinder oft keine Mischinfusionen für die parenterale Ernährung erhalten können, wird ihre Ernährung in Einzelfällen speziell angefertigt.

Nicht in allen Regionen werden PCA-Pumpen zur Schmerztherapie genutzt (patientengesteuerte Analgesie ("patient-controlled analgesia": PCA), wie es im Rhein-Erft-Kreis der Fall ist. In Bonn wird z. B. eine NCA, eine nurse controlled analgesia, durchgeführt. Dort begibt sich eine Pflegekraft alle vier Stunden zum jeweiligen Patienten nach Hause, um eine subcutane Morphin-Gabe durchzuführen. In seltenen Fällen schwankt der Zustand mancher Patienten dann zwischen einer Überdosis und unzureichend kontrolliertem Schmerz, sodass auf eine PCA-Pumpe umgestellt wird. Insgesamt hängt der Einsatz einer PCA-Pumpe von der Arbeitsweise des jeweiligen Palliativteams ab. Generell ist aber notwendig, dass in der Region eine Apotheke vorhanden ist, die die PCA-Pumpen herstellen kann. Vor dem Hintergrund der Ausschreibungen im Bereich der Parenteralia-Herstellung geben viele Apotheken in ländlichen Gebieten ihre Sterillabore auf. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ist z. B. in Schleswig-Holstein keine Apotheke vorhanden, die PCA-Pumpen herstellt. Daher übernehmen die behandelnden Ärzte die Herstellung der Pumpen, um die Patienten trotzdem versorgen zu können.

Auch die Medizinproduktehersteller befassen sich mittlerweile mit den Bedürfnissen von Palliativpatienten. Die Schmerzmittelpumpen werden regelmäßig weiterentwickelt. So können verschiedene Parameter individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt werden. Theoretisch gibt es auch die Möglichkeit, eine Schmerzdokumentation zu betreiben. Diese Funktion wird allerdings kaum von den Patienten genutzt. Die Gabe der Medikation erfolgt bei den meisten PCA-Pumpen subcutan über Kanülen mit geringem Durchmesser. Da die Kanülen nicht selten verstopfen, kann eine Bolus-Gabe einen Druckalarm der Pumpe auslösen. Bei den neueren Pumpen kann dieses Problem gelöst werden, in dem die Flussrate des Arzneimittels für die Bolus-Gabe reduziert wird. Dadurch sinkt die Alarmhäufigkeit.

Auch andere Arzneimittel werden subcutan verabreicht. Die Kronen-Apotheke berät das SAPV-Team dabei, welche Art von Nadeln dafür eingesetzt werden können. So gibt es Klebenadeln, die Patienten sich auch selbst einsetzen können. Sie werden wie eine Art Stecker in die Haut eingebracht. Früher wurden Butterfly-Nadeln, die einen 45 Grad Winkel aufweisen, verwendet. Nachdem allerdings in einem Fall der Patient über die Pflegekraft der Apotheke berichtete, er hätte Schmerzen und das Schmerzmittel würde auslaufen, bestand Handlungsbedarf. Die Nadel war falsch herum eingesetzt worden, wodurch sie wieder aus der Haut heraustrat und das Arzneimittel nicht unter die Haut gelangen konnte. Nachdem diese Art von Fehler mehrfach aufgetreten war, fand ein Wechsel zu den Klebenadeln statt, die nur richtig herum oder gar nicht eingesetzt werden können. Bei einer subcutanen Verabreichung von Arzneimitteln können auch die Angehörigen in die Versorgung mit einbezogen werden und die Arzneimittelgabe übernehmen. In der Publikation „Arzneimittel in der Palliativmedizin“ ist verzeichnet, welche Arzneimittel für eine subcutane Gabe geeignet sind.

Wenn verschiedene Parenteralia über eine Mischinfusion verabreicht werden sollen, prüft die Kronen-Apotheke zunächst, ob die einzelnen Bestandteile miteinander kompatibel sind. Meistens erfolgt dann eine getrennte Gabe der einzelnen Komponenten, da nicht genügend Daten über die Stabilität der Mischung über einen längeren Zeitraum vorhanden sind. Eine weitere Möglichkeit ist, die Medikation so umzustellen, dass Komponenten mit einer bekannten Stabilität in der Mischung verwendet werden können. Insgesamt muss bei der Herstellung auf die unterschiedlichen pH-Werte, Löslichkeiten und Eigenschaften der Hilfsstoffe eingegangen werden. So sollte im Auftrag einer Palliativstation eine Dauerinfusion mit Metamizol, Dimenhydrinat und Ondansetron zubereitet werden, um die therapieresistente Übelkeit des Patienten zu behandeln. Diese Bestandteile sind nicht kompatibel, daher wurden die Komponenten getrennt. Weiterhin wurde Ondansetron gegen Granisetron ausgetauscht, da letzteres eine Wirkdauer von vierundzwanzig Stunden hat und morgens durch den Arzt verabreicht werden konnte. Es ist daher sinnvoll, auch die Ebene der Wirkstoffe zu betrachten, um ein Problem mit einer Dauerinfusion zu lösen.

Rezepturen spielen in der Palliativpharmazie eine wichtige Rolle. Insbesondere für pädiatrische Patienten wird eine Vielzahl an z. B. Suppositorien oder Klysmen hergestellt. Ferner werden Nasensprays, Kapseln und Dermatika produziert. Onkologen empfehlen oft spezielle Mundspüllösungen, die auf einer Verordnung z. B. als „Apothekermundspüllösung“ bezeichnet werden. Daraus geht leider nicht hervor, wie die verordnete Lösung zusammengesetzt ist. In diesem Fall sollte eine Mundspüllösung nach NRF 7.14 (NRF: Neues Rezepturformularium) angefertigt werden. Generell ist das NRF eine große Hilfe bei der Herstellung von Rezepturen für die Palliativmedizin. Das Zentrallabor Deutscher Apotheker reagiert schnell auf Veränderungen im Rezepturbereich und unterstützt die Apotheker bei Fragen zur Herstellung und Zusammensetzung. Die Ärzte im Rhein-Erft-Kreis verordnen immer häufiger NRF-Rezepturen, seitdem sie akzeptiert haben, dass diese standardisiert sind und komplikationslos verordnet werden können. Im pädiatrischen Bereich stellt die Kronen-Apotheke verschiedene Nasensprays her. So gehörten zu einem pädiatrischen Notfallkonzept für ein achtjähriges Kind mit Lebertumor ein Nasenspray mit Esketamin und Midazolam und ein Fentanylispray. Die

Dosierungen der Wirkstoffe wurden entsprechend der Anwendungsart angepasst. Weiterhin fand eine Validierung der mithilfe der Sprühhöpfe applizierten Dosis statt.

Fragen zur Ernährung von Palliativpatienten

Die Kronen-Apotheke beschäftigt sich auch mit der Ernährungstherapie von Palliativpatienten. Dies ist ein komplexes Thema, da in den einzelnen Berufsgruppen unterschiedliche Ansichten darüber herrschen, wie ein ideales Ernährungskonzept aussieht. Die Ärzte sind sich uneins, wieviel Kalorien ein Palliativpatient benötigt. Der Palliativarzt vertritt die Meinung, der Patient benötige fast keine Kalorien mehr. Der Onkologe empfiehlt, dem Patienten möglichst viele Kalorien zuzuführen, damit dieser die Belastung einer weiteren Strahlentherapie besser tolerieren kann. Auch die Angehörigen haben sehr unterschiedliche Vorstellungen davon, wieviel Nahrung ein Palliativpatient benötigt. Oft kommt es zu einer Überernährung des Patienten zuhause, da die Angehörigen befürchten, ihn verhungern zu lassen. Insgesamt ist das Thema Ernährung sehr stark emotional besetzt.

Wird dann ein Konsens bezüglich des Ernährungsregimes gefunden, muss dieses im häuslichen Umfeld umgesetzt werden. Es muss auch festgelegt werden, wann in der palliativen Situation die Ernährung letztendlich abgesetzt wird. Dies dient gleichzeitig als Aufhänger für ein Gespräch über die Sterbephase an sich, ein Thema, das sonst nur schwer durch das SAPV-Team angesprochen werden kann. Die Angehörigen kämpfen mit einer großen Angst, den Sterbenden loszulassen.

Betrachtet man die Ernährung des Patienten, spielt auch die Lebensqualität eine wichtige Rolle für die Entscheidungsfindung. Wird ein Palliativpatient parenteral ernährt, so ist er zwischen dreizehn und fünfzehn Stunden am Tag an eine Infusion gebunden. Dem Palliativpatienten wird dadurch Zeit zuhause genommen, in der er sich sonst anderweitig bewegen könnte. Bevor die Indikation für eine parenterale Ernährung gestellt wird, muss abgewogen werden, ob die Ernährung des Patienten nicht auch anderweitig, z. B. mit Trinknahrung, gesichert werden kann. In der Regel verfügt ein Patient, der dem Palliativteam übergeben wird, bereits über ein entsprechendes Ernährungskonzept, sodass nur noch entschieden werden muss, zu welchem Zeitpunkt die Ernährung ausgesetzt wird. Ein Patient, der noch acht Wochen zu leben hat und mit zweitausend Kilokalorien ernährt wird, leidet meistens unter Übelkeit. Er kann die Fette, Aminosäuren und sonstigen Bestandteile der Nahrung nicht mehr vollständig verstoffwechseln. Setzt der Palliativarzt die Ernährung ab, verschwindet in einem großen Teil der Fälle auch die Übelkeit.

Aktuelle Fälle und Fragestellungen aus der Praxis

Eine Patientin, fünfundsechzig Jahre alt, mit einem colorektalen Karzinom und Anus praeter, litt unter einer Post-Zoster-Neuralgie. Die Neuralgie war zunächst therapieresistent. Ein weiteres Problem war, dass die Patientin keine Arzneimittel oral einnehmen konnte. Der Palliativarzt wandte sich an die Apotheke mit der Frage, ob zur Lösung dieser Problematik Pregabalin parenteral verabreicht werden könne. Dies war nicht möglich, allerdings fanden sich Daten, die für eine topische Anwendung von Ketamin und Amitriptylin sprachen. Im gleichen Zusammenhang fanden sich auch Informationen zu einer topischen Anwendung von Ambroxol, was unter

Schmerztherapeuten verbreitet ist. Ambroxol weist dabei eine ähnliche Wirkung wie Lidocain an den peripheren Nerven auf. Die Patientin starb, bevor eines dieser Therapiekonzepte zur Anwendung kommen konnte.

Bei einem Patienten mit einer ähnlichen Symptomatik wurde die topische Zubereitung mit Ketamin und Amitriptylin angewendet und führte zu guten Ergebnissen. Dies ist ein gutes Beispiel für Fälle, die von einer parenteralen Anwendung ausgehend über das NRF und eine Literaturrecherche zur Herstellung einer topischen Zubereitung führen.

In einem anderen Fall sollte eine Schüttelmixtur mit Lidocain, Zink und Morphin hergestellt werden, um damit einen nässenden und exulzerierten Tumor zu behandeln. Morphin wäre aus dieser Grundlage jedoch nicht resorbiert worden. Daher erfolgte die Herstellung einer Polidocanol/Zinkoxid-Schüttelmixtur zur externen Anwendung und eine systemische Gabe von Morphin.

Ferner wurde ein fünfundzwanzigjähriger Patient betreut, der unter ALS litt und beatmungspflichtig war. Dieser Patient befand sich in der Sterbephase und wünschte eine palliative Sedierung, um seinen Tod durch Ersticken nicht miterleben zu müssen. Da der Patient in der Vergangenheit sowohl einen Alkohol- als auch eine Opiatabusus betrieben hatte, war nicht klar ob eine gewöhnliche Sedierung wirksam wäre. Aus diesem Grund wurde eine Fallkonferenz einberufen, an der alle Mitglieder des Palliativteams teilnahmen. Der Anästhesist entwickelte ein Konzept, nach dem Propofol und Ketamin zur Narkoseeinleitung verwendet wurden und die weitere Sedierung durch Midazolam aufrechterhalten wurde. Danach wurde das Beatmungsgerät abgestellt, sodass es nicht ansprang als die verbliebene Eigenatmung des Patienten stoppte. Die Auswahl der Wirkstoffe für die Durchführung einer Narkose war durch die neurodegenerative Erkrankung des Patienten eingeschränkt. Daher wurde zuvor recherchiert, welche Empfehlungen die medizinischen Fachgesellschaften zur Narkose während Operationen von Patienten mit einer solchen Erkrankung geben. Die Recherche ergab, dass die Auswahl der Wirkstoffe korrekt war. Es bestand eine Kontraindikation für Muskelrelaxantien, allerdings bestand nie die Absicht, sie dem Patienten zu verabreichen.

Ein solcher Fall belastet das Team, besonders wenn es vor Ort mit dem Patienten in Kontakt kommt. Er zeigt aber, dass komplexe Fälle nur durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit gelöst werden können.

Aus der Diskussion

Sie hatten berichtet, dass die SAPV-Teams zunächst durch die Hausapotheke des Patienten versorgt und dann nach Bedarf die spezialisierte Apotheke hinzugezogen wird. Welche der Apotheken hat die Verantwortung, die gesamte Medikation auf Interaktionen zu überprüfen? Übernimmt die Hausapotheke diese Aufgabe und gibt Fragestellungen, die sie nicht beantworten kann, weiter oder entscheidet das SAVP-Team?

Ruberg: Die Apotheke, die die Versorgung übernimmt, überprüft auch die Medikation. Die Hausapotheke betreut den Patienten in der Regel auch schon länger und verfügt über eine Kundenkartei, in der die Arzneimittel eines längeren Zeitraums verzeichnet sind. Fällt den Palliativärzten etwas auf, wenden sie sich an die spezialisierte Apotheke. Meist ist dies der Fall,

wenn in der ABDA-Datenbank keine Informationen zu finden sind, das Symptom des Patienten aber trotzdem nicht zum Krankheitsbild passt. Die Hausapotheke führt also ihre pharmazeutische Betreuung zunächst wie gewohnt weiter durch.

Gilt dies auch für Arzneimittel, die durch die spezialisierte Apotheke zur Verfügung gestellt werden?

Ruberg: Die Kronen-Apotheke bringt meistens eine parenterale Morphin-Therapie in die Versorgung ein, die ein niedriges Interaktionspotential hat. Ansonsten kommen nur ein oder zwei weitere Wirkstoffe zur bestehenden Therapie dazu, die aber nicht oral verabreicht werden.

Sie haben sicherlich auch Kontakt zu anderen Apotheken, die in der Palliativversorgung aktiv sind. Im Publikum sitzen ja Überwachungsbeamte aus Nordrhein-Westfalen. Gibt es irgendwelche Wünsche, was die Zusammenarbeit mit der Überwachung betrifft?

Ruberg: Wir werden von der Überwachung sehr gut unterstützt. Das Problem befindet sich eher eine Etage höher, also beim Gesetzgeber. Es wäre z. B. eine Verbesserung, wenn der beschriebene Papiertransport in der ambulanten Versorgung von Patienten mit Betäubungsmitteln wegfiele. Was die Amtsapotheker angeht, wüsste ich nicht, was man besser machen könnte. Unsere Erfahrung ist, dass sie das Problem genauso kennen und wissen, dass es pragmatische Lösungen gibt. Wenn wir beispielweise unsere Altenheime begehen, kontrollieren wir den Betäubungsmittelbestand. Dann stellen wir fest, dass ein Arzt das BtM eines Patienten mitgenommen hat. Er hat dies in der Regel auch eingetragen, aber es entspricht nicht den Regularien. Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker versuchen in solchen Fällen eine pragmatische Lösung im Gespräch mit dem Arzt zu erreichen. Anders funktioniert es letztendlich ja auch nicht.

Die Stolperstellen für uns sind die Kostenträger, gerade hinsichtlich der Unterschiede zu einer gewöhnlichen Versorgung durch die Apotheke. Eine besondere Rolle spielen die Logistikkosten. Auch die Bürokratie ist eine große Hürde. Könnte man, wie im klinischen Bereich, eine elektronische Verordnung verwenden, wäre vieles für uns einfacher. In unserem Netzwerk gibt es ein System mit Laptops und einer verschlüsselten Cloud, sodass jeder den Patienten betrachten kann. Dort können wir auch die Medikationen einsehen, und es sind auch die Daten für die Arzneimittelpumpen hinterlegt. Theoretisch könnte man dieses System auch nutzen, um eine elektronische Verordnung auszustellen. Praktisch sind wir an das Papier gebunden. Der Arzt ist beim Patienten vor Ort und gibt die neue Medikation in das System ein, kann aber nicht gleichzeitig in seinem Büro das Rezept unterschreiben. Das führt zu einer Grauzone. Alle Beteiligten wissen, welche Medikation der Patient erhalten soll, aber das Rezept liegt noch nicht in der Apotheke vor. Das ist eigentlich das Hauptproblem. Aus meiner Sicht ist dieses Problem in den übergeordneten Strukturen angesiedelt.

Wird die Kooperation mit einer Apotheke in den Verträgen des SAPV-Teams mit den Krankenkassen gefordert?

Ruberg: Das ist eine gute Frage. Ein SAPV-Team kann nur einen Vertrag mit einer Krankenkasse abschließen, wenn sie über eine Kooperationsapotheke verfügt. Es ist aber nicht definiert, was diese Kooperationsapotheke leisten soll. In den ersten Verträgen war von einer

zugelassenen Apotheke die Rede. Zwangsläufig wird sich eine Apotheke herauskristallisieren, die die Versorgung der Palliativpatienten übernimmt. Die Patienten müssen wie bei einer Heimversorgung unterzeichnen, dass sie durch die spezialisierte Apotheke betreut werden möchten. Andernfalls bleibt die Versorgung bei der Hausapotheke des Patienten. Der SAPV-Vertrag legt nur fest, dass eine Kooperationsapotheke gebraucht wird, aber nicht, was für Aufgaben sie übernehmen soll.

Es muss aber nicht nur eine Kooperationsapotheke sein? Man könnte auch mit mehreren Apotheken zusammenarbeiten?

Ruberg: Es muss mindestens eine sein. Sie können natürlich auch mit zehn Apotheken kooperieren. Die Kooperationsapotheke ist meist die Apotheke, die sich in räumlicher Nähe zum SAPV-Team befindet. In Köln sind beispielsweise viele Hausärzte in die SAPV involviert. Befindet sich neben der Praxis dieses Arztes eine Apotheke, so ist diese dann auch die Kooperationsapotheke.

Palliativ Patientinnen und -patientinnen und ihre (Menschen-)Rechte

Bericht über den Beitrag von Dr. Oliver Tolmein

Die Arzneimittelsicherheit ist wichtig und muss zum Schutz des Patienten erhalten und ständig optimiert werden. Im Zusammenhang mit der Versorgung von Palliativpatienten kann das amtliche Zulassungsverfahren für Arzneimittel aber auch zu Problemen führen. In seinem Beitrag versuchte Dr. Tolmein rechtliche Aspekte im Zusammenhang mit Off-Label-Use von Arzneimitteln und No-Label-Use von anderen Mitteln, wie z. B. Cannabisblüten, durch Palliativpatienten zu beleuchten.

Brandschutz im Behinderten- und Antidiskriminierungsrecht

Konzepte und Regularien, die der Sicherheit der Menschen dienen sollen, können in bestimmten Fällen das Leben von Menschen mit Behinderungen nachteilig beeinflussen. Als allgemeines Beispiel dafür dient der Brandschutz, der Rollstuhlfahrern oft zum Hindernis wird.

Ein konkretes Fallbeispiel dafür war ein 11-jähriger Junge aus Thüringen¹, der an einer schweren Muskeldystrophie litt und auf einen Rollstuhl angewiesen war. Dieser wollte das Gymnasium seines Heimatortes besuchen, was ihm von der Schulbehörde aus Brandschutzgründen zunächst verwehrt wurde. Denn das Gymnasium verfügte über keine Fluchtwege für Rollstuhlfahrer, und aufgrund des Denkmalschutzes konnten auch keine Baumaßnahmen vorgenommen werden. Der Junge sollte stattdessen eine 16 km entfernte Schwerpunktschule besuchen, die barrierefrei und vollkommen sicher war. Der Schüler wäre mittels eines eigenen Fahrdienstes befördert worden, was 1 Stunde je Strecke in Anspruch genommen hätte – eine Tortur für einen Patienten mit Muskeldystrophie.

Es kam zur Klage der Familie gegen die Schulbehörde mit dem Ergebnis, dass der Junge das örtliche Gymnasium besuchen durfte. Zum Thema Brandschutz wurde eine individuelle Lö-

¹ <https://www.sovd.de/2296.0.html> (letzter Zugriff 13.06.16); <http://rollingplanet.net/oberverwaltungsgericht-erleichtert-inklusion-in-thueringer-schulen/> (letzter Zugriff 13.06.16)

sung in Form eines brandsicheren, aufblasbaren Zeltens mit eigener Sauerstoffversorgung gefunden. In diesem kann der Schüler im Falle eines Brandes ausharren, bis die örtliche Feuerwehr, die direkt neben der Schule liegt, eintrifft.

Brandschutz ist wichtig. Brandschutz darf aber die Integration von Menschen mit Behinderungen nicht beeinträchtigen.

(Dr. Oliver Tolmein)

Allgemein ist der Brandschutz im Zusammenhang mit dem Behinderten- und Antidiskriminierungsrecht ein wichtiger Aspekt. Er wird dafür verantwortlich gemacht, dass es keine barrierefreien Zugänge zu Kinos gibt und dass oft nur eine sehr begrenzte Anzahl an Plätzen für Rollstuhlfahrer in Theatern vorhanden ist. Der klassische Brandschutz erweist sich hier unbeabsichtigt als großer Integrationsverhinderer. Das heißt aber nicht, dass er deswegen außer Acht gelassen werden soll. Auch Menschen mit Behinderung möchten im Falle eines Brandes nicht zu Schaden kommen. Die Lösung des Problems ist daher, den Brandschutz so anzupassen, dass er für Rollstuhlfahrer nicht zum Hindernis wird. Dafür bieten sich, wie im Fall des Schülers aus Thüringen, auch individuelle Lösungen an.

Arzneimittelsicherheit: der Brandschutz der Arzneimitteltherapie

Im Bereich der medizinischen Versorgung ist für Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen und Palliativpatienten oft keine passende Medikation vorhanden, deren Kosten von der gesetzlichen Krankenkasse (oder der privaten Krankenkasse oder der Beihilfe) nach den Vorgaben des Sozialgesetzbuches V (SGB V) übernommen wird. Aus Sicht der Patienten ist aber oft ein Arzneimittel oder ein anderes Mittel vorhanden, das ihnen in ihrer individuellen Situation hilft oder helfen könnte. In der Regel wird besagte Medikation durch einen Arzt verschrieben und/oder über eine Apotheke bezogen. In vielen Fällen handelt es sich dabei um einen Off-Label-Use eines anderweitig zugelassenen Arzneimittels oder einen No-Label-Use eines nicht in Deutschland zugelassenen Arzneimittels. Auch der Gebrauch von Cannabisblüten kommt zunehmend zum Einsatz.

Generell stellt sich das Problem, dass die oftmals hohen Kosten für die Therapie in vielen Fällen nicht von den Patienten getragen werden können aber aufgrund der Sozialgesetzgebung auch nicht von der Krankenkasse übernommen werden. In den rechtlichen Auseinandersetzungen, die zu dieser Thematik geführt werden, stehen aber nicht die Kosten an sich im Mittelpunkt, sondern der „Brandschutz“ der Therapie chronisch kranker Patienten und Palliativpatienten – die Arzneimittelsicherheit. Diese muss aber vor dem Hintergrund der Lage schwerkranker und sterbender Menschen gegenüber den Bedürfnissen der Betroffenen differenziert betrachtet werden.

Die Arzneimittelsicherheit ist ein hohes Gut, zu deren Schutz sich das Bundessozialgericht im Bezug auf den Off-Label-Use sehr restriktiv äußert: „Gerade die Notwendigkeit der Analyse und Gewichtung eventueller unzuträglicher Nebenwirkungen ist ein zentrales Element des Überprüfungsstandards, auf den die Neugestaltung des AMG [Arzneimittelgesetz] vom

24.8.1976 ausgerichtet ist, deren Konzeption ihren Ursprung in den Erfahrungen der 1960er Jahre mit den nicht ausreichend analysierten Nebenwirkungen von Contergan® hat".² Nebenbei: Interessant ist, dass die Firma Grünenthal, der Hersteller von Thalidomid (Contergan®), heutzutage auch viele Medikamente vertreibt, die auf dem Gebiet der Palliativmedizin zum Einsatz kommen. Außerdem finanziert der Betrieb einen Preis, der von der Gesellschaft für Palliativmedizin vergeben wird.

Arzneimittelsicherheit ist ein hohes Gut. Sie wurde aufgrund des Contergan®-Skandals im Arzneimittelgesetz – hier im Zulassungsverfahren und durch die Pharmakovigilanz – verankert und immer weiter ausgebaut.

(Dr. Oliver Tolmein)

Grundsätzlich ist also das Festhalten an strengen Vorgaben zur Wahrung der Arzneimittelsicherheit absolut richtig, genauso wie das Einhalten des Brandschutzes grundsätzlich wichtig ist. Es müssen aber die speziellen Konstellationen, die bei chronisch Kranken, bei Palliativ- und bei Schmerzpatienten vorliegen, betrachtet werden. In vielen Fällen führen die Standardtherapien mit der zugelassenen Medikation oft nicht zum gewünschten Ergebnis, beziehungsweise nicht zu einem Ergebnis, das vom Patienten als gut oder zufriedenstellend eingeschätzt wird.

Deutlich wird das zum Beispiel im Fall der Patienten mit Conterganschäden, deren ganzes Leben durch den in den 60er Jahren fehlenden Sicherheitsstandard in Bezug auf Arzneimittel geprägt wurde. Viele dieser Menschen sind heute Schmerzpatienten und zusätzlich von weiteren chronischen Erkrankungen betroffen, die als Folgeschäden auftreten³. Hier stößt die Therapie mit zugelassenen Arzneimitteln oft an ihre Grenzen. Streiten diese Patienten dann mit den Krankenkassen über die Kostenerstattung einer anderweitigen Therapie, so verweisen die Sozialgerichte oft auf den Contergan-Skandal. Er wird als Grund dafür aufgeführt, dass ein Off-Label-Use problematisch ist und dass die Arzneimittelsicherheit eine hohe Priorität hat. Das Bundessozialgericht fordert, es „muss gesichert sein, dass von der Off-Label-Medikation keine unzutraglichen Nebenwirkungen ausgehen; die Patienten sollen vor unkalkulierbaren Risiken geschützt werden“².

Diese Anforderung richtet sich allerdings nicht an die Pharmaunternehmen, sondern wird gegenüber Patienten vertreten, wenn diese eine Entscheidung zur Übernahme der anfallenden Therapiekosten ersuchen. Häufig kommt es deshalb dazu, dass die Kostenübernahme mit einem Hinweis auf die Arzneimittelsicherheit abgelehnt wird. Diese Rechtsprechung versäumt es aber, die Lebenssituation der Betroffenen ausreichend zu berücksichtigen. Es wird auf Standards in der Arzneimitteltherapie verwiesen, die umzusetzen sind, wobei nur in sehr

² BSG. Urteil vom 13.10.2010 Az. B 6 KA 47/09 R

³ Wiederholt durchzuführende Befragungen zu Problemen, speziellen Bedarfen und Versorgungsdefiziten contergangeschädigter Menschen. Kurzfassung des Endberichts an die Conterganstiftung für behinderte Menschen. https://www.conterganstiftung.de/fileadmin/de.conterganstiftung/content.de/Downloads/Die_Stiftung/Forschungsbeirat/Kurzfassung_Endbericht/Kurzfassung_Endbericht.pdf (letzter Zugriff 27.06.16)

seltenen Ausnahmefällen von ihnen abgewichen werden kann. Das heißt nicht, dass den Patienten die Einnahme dieser Arzneimittel verwehrt wird. Der behandelnde Arzt darf sie auch weiterhin verschreiben und haftet, wenn ihre Anwendung außerhalb der zugelassenen Indikation vorgesehen ist. Aber die Kosten für die entsprechende Therapie werden nicht von der Krankenkasse übernommen, wodurch der Patient sie selbst tragen muss.

Wenn für Palliativpatienten keine Standardtherapien mehr existieren, erfolgt häufig ein Off-Label- oder No-Label-Use. Ärzte müssen dafür die Verantwortung übernehmen.

(Dr. Oliver Tolmein)

Entscheidung des BSG

Konkret lässt sich die Problematik an Megestat und Dronabinol erläutern. Megestat ist zur Behandlung der Kachexie bei Brust- und Gebärmutterkrebs zugelassen und kann bei diesen Indikationen zu Lasten der GKV verordnet werden. Dronabinol ist ein Rezepturarzneimittel, welches als neue Therapiemethode unter § 135 SGB V fällt und nicht von der Krankenkasse bezahlt wird. Neue Therapiemethoden müssen, damit die entstehenden Kosten von der Krankenkasse übernommen werden, vom G-BA zugelassen werden. Megestat und Dronabinol werden trotzdem zur Behandlung von Kachexien und Schmerzen bei verschiedenen onkologischen Erkrankungen eingesetzt. Einen dieser Fälle hatte das Bundessozialgericht zu entscheiden.

Streitpunkt sind die Kosten: Krankenkassen dürfen die Kosten für ein Off-Label- oder No-Label-Use in der Regel nicht übernehmen.

(Dr. Oliver Tolmein)

Dabei ging es um eine Gruppe von Patienten mit weit fortgeschrittenen Bronchialkarzinomen und Tumoren der Thoraxorgane. Diese Patienten wurden palliativ mit Megestat (außerhalb der Zulassung) und Dronabinol (ohne Zulassung) behandelt, um ihre Schmerzen und kachektischen Beschwerden zu bekämpfen. Diese Kombinationstherapie zeigt, soweit man das ohne verfügbare Studien auf Basis der einzelnen Fälle beurteilen kann, gute Erfolge. Sie kommt zum Einsatz, wenn die Nebenwirkungen anderer Arzneimittel mit dem gleichen Behandlungsziel nicht vertragen werden und eine wirksame therapeutische Alternative fehlt. Die Kombination wird auch eingesetzt um eine palliative Sedierung zu vermeiden, da diese von den Patienten nicht über längere Zeit gewünscht ist. Bei Patienten, die eine fortgeschrittene Erkrankung haben und sich in palliativ medizinischer Behandlung befinden, fehlt oft die Zeit, um mehrere Therapien zu erproben, bis sich eine für den Einzelnen wirksame Therapie findet. Daher ist

neben der Evidenz auch die Erfahrung über eine alternative Methode nötig, um die optimale Therapie patientenindividuell auszuwählen.

Der behandelnde Arzt im oben beschriebenen Fall war ein erfahrener Onkologe, Chefarzt des onkologischen Schwerpunkts seines Hauses und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Die Krankenkasse ging 3 Jahre nach der erfolgten Behandlung in Regress und verlangte für ein Quartal etwa 4000-5000 Euro Rückerstattung. Rechtlich gesehen handelte es sich bei der Anwendung von Megestat um einen Off-Label-Use und bei Dronabinol um einen No-Label-Use. Die Rechtsprechung zu diesem Thema ist vielgestaltig, folgt aber im Allgemeinen zwei Varianten.

Nach Variante A ist eine zulassungsüberschreitende Anwendung zugelassener Arzneimittel zu Lasten der GKV nicht zulässig. Es kann nur dann eine Ausnahme gemacht werden, wenn eine schwere Krankheit ohne Behandlungsalternative vorliegt. Außerdem muss es eine begründete Aussicht geben, dass mit dem Arzneimittel ein Behandlungserfolg erzielt werden kann. Für diese begründete Aussicht müssen Erkenntnisse in der Qualität einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase 3 vorliegen.⁴

Ausnahme A nach Rechtsprechung:

- 1.) Es liegt eine schwere Krankheit ohne Behandlungsalternative vor.
- 2.) Es gibt mit dem fraglichen Arzneimittel eine begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg.
- 3.) Erkenntnisse dazu entsprechen dem Qualitätsniveau einer Klinischen Prüfung der Phase 3.

(Dr. Oliver Tolmein)

Erkenntnisse auf diesem Qualitätsniveau existieren in der Mehrheit der Fälle eines Off-Label-Use allerdings nicht. Wenn es sie gibt, steht das Arzneimittel meistens kurz vor der Zulassung für die entsprechende Indikation und die Therapiekosten sollten dann von der Krankenkasse getragen werden. Megestat und Dronabinol zählen nicht zu den in dieser Variante A beschriebenen Ausnahmen.

Variante B ist der so genannte Nikolausbeschluss des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2005. Auch nach dieser Variante ist eine zulassungsüberschreitende Anwendung zugelassener Arzneimittel zu Lasten der GKV nicht erlaubt. Damit eine Ausnahme bewilligt wird, müssen folgende Anforderungen erfüllt werden. Die vorliegende Krankheit muss wertungsmäßig mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung vergleichbar sein. Ferner darf keine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung verfügbar sein. Außerdem muss durch die Behandlung eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder Therapie haben und mehr nutzen als schaden.

⁴ BSG 19.03.2002, B 1 KR 37/00 R (Sandglobulin R für einen MS-Patienten)

Als lebensbedrohlich gilt eine Krankheit kurz vor dem Tod, also unmittelbar vor dem Eintreten in die Sterbephase. Entwickelt wurde Variante B allerdings am Fall eines 8-jährigen Patienten mit schwerer Muskeldystrophie, der eine Bioresonanztherapie in Anspruch nehmen wollte. Dieser Patient hatte eine voraussichtliche Lebenserwartung von zwölf Jahren. Die Angelegenheit wurde bis vor das Bundesverfassungsgericht getragen, das dann nach dem 18. Geburtstag des Patienten zur Entscheidungsfindung kam. In dringenden Fällen, in denen das Leben bedroht ist oder ein vergleichbar schwerwiegender Zustand droht (z. B. Blindheit), müssen keine Erkenntnisse der Qualität einer Phase-3-Studie vorliegen. Es finden stattdessen die oben genannten Kriterien der Variante B Anwendung. Bezüglich der Bioresonanztherapie kam es zu einem Vergleich, und die Kosten wurden zur Hälfte durch die Krankenkasse übernommen.

Ausnahme B nach Rechtsprechung:

- 1.) Die Krankheit muss wertungsmäßig mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung vergleichbar sein.
- 2.) Es besteht keine allgemein anerkannte Therapie.
- 3.) Durch die Behandlung besteht eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder Therapie; der Nutzen ist größer als der Schaden.

(Dr. Oliver Tolmein)

Im Zusammenhang mit der Behandlung mit Megestat und Dronabinol waren die betreffenden Patienten zum Zeitpunkt des Regresses bereits verstorben. Das Bundessozialgericht kam zu dem Schluss, dass die Erkrankungen lebensbedrohlich waren, dass keine dem Standard entsprechende Leistung vorhanden war, aber dass keine Aussicht auf Heilung oder einen positiven Einfluss auf das Krankheitsbild bestand. Die Linderung der Kachexie und der Schmerzen als Verbesserung der Lebensqualität entsprach nicht einer spürbar positiven Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Insofern wurde die Kostenübernahme abgelehnt.

Aber: Kosten für eine reine Symptomlinderung durch Arzneimittel im Off-Label- oder No-Label-Use können nicht von der Krankenkasse übernommen werden.

(Dr. Oliver Tolmein)

Das Bundessozialgericht urteilte: „Nach dem Beschluss des BVerfG vom 6.12.2005 soll dem Patienten – bildlich gesprochen – der Strohhalm der Hoffnung auf Heilung, an den er sich klammert, nicht wegen Fehlens wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit verweigert werden. Hoffnungen in diesem Sinne kann ein Patient aber nur mit Behandlungsmethoden verbinden, die darauf gerichtet sind, auf seine mutmaßlich tödlich verlaufende Grunderkrankung als solche einzuwirken. Für Behandlungsverfahren, die dies nach ihrem eigenen methodischen Ansatz nicht leisten, gelten die reduzierten Wirksamkeitsanforderungen von vornherein nicht. So-

weit mit dem in § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V genannten Behandlungsziel "Krankheitsbeschwerden zu lindern" jede Verbesserung der Lebensqualität eines schwerkranken Patienten verbunden wird, ist dieses Ziel nicht von der Ausweitung der Leistungsansprüche der Versicherten gemäß dem Beschluss des BVerfG vom 6.12.2005 erfasst. Allein die Hoffnung einer – unter Umständen ganz geringen - Chance auf Heilung der Krankheit oder auf nachhaltige, nicht nur wenige Tage oder Wochen umfassende, Lebensverlängerung rechtfertigt es, die Voraussetzungen an den Nachweis der Wirksamkeit von Behandlungsmethoden so weit zu reduzieren, wie das in dem Beschluss des BVerfG erfolgt ist"⁵.

Das Bundessozialgericht schließt hierdurch die reine Symptomlinderung durch einen Off-Label-Use aus der Erstattungsfähigkeit aus.

Das Dilemma der Palliativpatienten ist, dass in ihrem Zustand eine Chance auf Heilung oder auf eine deutliche Lebensverlängerung äußerst gering ist. Sie haben also keinen Zugang zum grundrechtlich erweiterten Leistungsanspruch, wie er in Variante B beschrieben ist. Es ist also kaum möglich, einen Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse auf dem Rechtsweg durchzusetzen, soweit es sich um einen Off-Label-Use für einen Palliativpatienten handelt.

Damit es nicht, wie im beschriebenen Fall, zum Regress kommt, kann der Patient zunächst bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf Kostenübernahme stellen. Dieser wird in der Regel abgelehnt, aber es bleibt die Möglichkeit Rechtsmittel gegen diesen Beschluss einzusetzen. Bis die Verhandlung in erster Instanz vor dem Sozialgericht abgeschlossen ist, dauert es etwa 2-4 Jahre. Da den palliativ Behandelten dafür oft nicht genug Lebenszeit zur Verfügung steht, gibt es die Möglichkeit ein Eilverfahren zu beantragen. Aber auch dieses nimmt einige Wochen bis mehrere Monate in Anspruch.

Die Krankenkassen und ihre Vertreter berufen sich darauf, dass im Sinne der Arzneimittelsicherheit keine durch einen Off-Label-Use entstehenden Nebenwirkungen verantwortet werden können. Dadurch wird aber in Kauf genommen, dass der betroffene Patient nicht angemessen behandelt wird; im beschriebenen Beispiel also, dass die Schmerzen und die Kachexie nicht ausreichend gelindert werden können. Der Onkologe hatte die Erfahrung gemacht, dass die Symptome durch die Standardtherapien nicht kontrollierbar waren. Er konnte aber nicht die Arzneimittel einsetzen, die seiner Erfahrung nach wirksam, aber von der Kostenerstattung ausgeschlossen waren.

Medizinischer Einsatz von Cannabisblüten

In bestimmten patientenindividuellen Situationen kann ein Therapieerfolg nicht mit Dronabinol, sondern mit Cannabisblüten erreicht werden. Dazu gibt es die Möglichkeit, bei der Bundesopiumstelle eine Sondergenehmigung zum Besitz und Gebrauch von Cannabis zu beantragen. Dieser Medizinalhanf muss über die Apotheke bezogen werden. Um die Sicherheit dieser Droge zu garantieren, wird sie unter standardisierten Bedingungen angebaut und unterliegt Kontrollen bezüglich der Qualität und des Gehalts. Dadurch entstehen hohe Therapiekosten von bis zu 1.500 Euro im Monat, die viele schwer chronisch kranke und sterbende Patienten

5 BSG 6. Senat B 6 KA 48/09 R

aufgrund ihrer geringen finanziellen Ressourcen nicht tragen können⁶. Das kann dazu führen, dass sie illegal Eigenanbau von Cannabis betreiben. Dadurch kann es zur Strafverfolgung kommen mit Maßnahmen wie Wohnungsdurchsuchungen durch ein Sondereinsatzkommando (SEK) und eine Überwachung der Telefonate des Kranken.

Im April 2016 entschied das Bundesverwaltungsgericht, dass ein Eigenanbau ausnahmsweise zu genehmigen ist⁷. Geklagt hatte ein Patient mit Multipler Sklerose, der an einer dadurch ausgelösten Ataxie leidet. Das BVerwG argumentierte, dass dem Betroffenen die Selbsthilfe nicht verboten werden darf, wenn er keine Hilfe von der Gemeinschaft und den gesetzlichen Krankenkassen erhält. Trotzdem laufen derzeit noch mehrere Strafverfahren bezüglich des Eigenanbaus von Cannabis durch chronisch Kranke. In einem Fall kam es zur Selbstanzeige durch einen hessischen Patienten, der die illegale Aktivität nicht mit seinem Gewissen vereinbaren konnte. Es kam zu einer Hausdurchsuchung durch das SEK. Allerdings weigerte sich das zuständige Amtsgericht, die Anklage zuzulassen mit der Folge eines Klageerzwingungsverfahrens. Aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums ist ein Eigenanbau von Cannabis nicht vertretbar. Inzwischen brachte das Bundesgesundheitsministerium einen Gesetzesentwurf zur Verordnungsfähigkeit von Medizinalhanf auf Rezept in den Bundestag ein. Das Gesetz soll spätestens 2017 in Kraft treten⁸.

Nach § 31 Abs 6 SGB V haben Versicherte mit einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung nach den Vorgaben dieses Gesetzes Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten, wenn

1. „eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nicht zur Verfügung steht,
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht...“

Cannabis:
Um die Kostenübernahme für den Einsatz von Cannabis zur Symptomlinderung zu ermöglichen, wird derzeit über ein neues Gesetz debattiert.

(Dr. Oliver Tolmein)

Im Bezug auf den Gebrauch von Cannabis ist die Symptomlinderung also ausreichend, um eine Erstattung durch die Krankenkasse zu erwirken. Dies steht im Gegensatz zur Rechtsprechung, die den Off-Label-Use betrifft. Dort stellt die Verbesserung der Lebensqualität weiterhin keine Grundlage für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse dar. Sofern dieses Gesetz in

6 Radbruch,L; Schäfer,M: Cannabis als Medikament. Online veröffentlicht 25.01.16 http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/pdf_2/Stellungnahmen/Schmerz_2016_Editorial.pdf (letzter Zugriff 28.06.16)

7 BVerwG 3 C 10.14 Urteil vom 06.04.16

8 Entwurf eines Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften. Bundestag Drucksache 18/8965 v. 28.06.2016: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/089/1808965.pdf> (letzter Zugriff 12.07.16)

Kraft tritt, müssen Palliativpatienten darauf hoffen, dass ihre Beschwerden mit Cannabis therapierbar sind. Andernfalls haben sie keine Aussicht auf eine Kostenerstattung ihrer Therapie, soweit es sich nicht um die zugelassene Standardtherapie handelt.

Andere Verfahren

Bis eine Entscheidung, wie die des BVerfG, gefällt wird, dauert es oft Jahre. Es gibt aber auch andere Fälle, in denen zugunsten des Patienten entschieden wurde. So zum Beispiel in einem Eilverfahren, das vor dem Landessozialgericht Berlin-Potsdam verhandelt wurde⁹. Auch bei diesem Verfahren ging es um die Kostenerstattung für Medizinalhanf. Das LSG begründete seine Entscheidung mit Verweis auf die möglichen negativen Folgen für die jeweiligen Parteien, da für umfassende Ermittlungen nicht genug Zeit zur Verfügung stand. Bei einer rechtswidrigen Versagung der Therapie nimmt die Gesundheit des Patienten Schaden. Bei einer rechtswidrigen Bewilligung verliert die Krankenkasse Geld. Da die Gesundheit an sich einen höheren Stellenwert als die finanziellen Auswirkungen hat, wurde für den Patienten entschieden. Das BfArM äußerte sich während der Verhandlung ablehnend zur Thematik des Eigenanbaus, da die Qualität des Erzeugnisses aufgrund schwankender Wirkstoffgehalte und eventuellem Ungezieferbefall nicht gesichert sei. Es konnte allerdings auch keine alternative Handlungsmöglichkeit benennen. Da es sich bei dem Beschluss des LSG Potsdam um ein Eilverfahren handelte, konnte keine höhere Instanz beteiligt werden.

Solange das neue Gesetz nicht in Kraft ist, können betroffene Patienten Cannabis nach Genehmigung durch das BfArM selbst anbauen.

(Dr. Oliver Tolmein)

Laut der UN-Behindertenrechtskonvention erkennen die Vertragsstaaten an, dass Menschen mit Behinderung, zu denen nach der weit gefassten Definition der Konvention auch Palliativpatienten zählen, ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit haben¹⁰. Hier steht die Perspektive des Patienten im Mittelpunkt. Gesundheit des Patienten wird an dieser Stelle höher bewertet als das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V.

Für einen Rechtsanwalt, der Palliativpatienten vertritt, stellt sich die Frage, ob das Gut Arzneimittelsicherheit nicht manches Mal auch als Tarnung für eine besonders strikte Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes genutzt werden soll. Besonders die Situation der Palliativpatienten, die am Ende ihres Lebens betreut werden, verlangt eine durchdachte und wirksame Therapie. Eine Therapie mit einem Erfolg versprechenden Arzneimittel zu versagen, weil die Langzeitfolgen und Nebenwirkungen dieser Behandlung nicht eingeschätzt werden können, ist nicht im Sinne der Betroffenen. Die Arzneimittelsicherheit spielt in diesen Fällen für die palliativmedizinisch behandelten Patienten nur eine untergeordnete Rolle.

⁹ Landessozialgericht Berlin-Potsdam L 1 KR 221/15 B ER (Sandostatin ohne Zulassung); L 9 KR 64/14 B ER (Cannabisblüten)

¹⁰ Art 25 UN-Behindertenrechtskonvention

Fazit

Bei der Behandlung von chronisch Kranken und Palliativpatienten ist ein neuer Diskurs nötig, wenn der Off- und No-Label-Use zur Diskussion steht. Die Arzneimittelsicherheit kann hier nur eines von vielen Kriterien sein, um über die Art der Therapie zu entscheiden. Es ist wichtig, nicht in Extremen zu denken und zu handeln. Einerseits sollte der Gedanke, dass es am Lebensende egal ist, wie therapiert wird, verworfen werden. Andererseits kann nicht mit denselben Ansprüchen an die Evidenz gearbeitet werden, wie sie im Fall der kurativen Medizin Anwendung finden.

Aus der Diskussion

Zum Gesetzesentwurf „Verordnung von Cannabis auf Rezept“: Inwiefern und wodurch ist dem Gesetzgeber bekannt, dass dadurch eine Ungleichheit in den Voraussetzungen für die Kostenübernahme zwischen Cannabis und Off-Label-Use entsteht?

Tolmein: Es gab bisher noch keine Sachverständigenanhörung im parlamentarischen Verfahren. Dieser Sachverhalt wurde einem Grundsatzabteilungsleiter im BfArM mitgeteilt. Möglicherweise habe dieser Hinweis auf die Entstehung dieses Entwurfes eingewirkt. Als Sachverständiger in einer Anhörung einer Bundestagsfraktion, bei der Herr Gröhe anwesend war, die sich mit der Strafbarkeit des assistierten Suizides beschäftigte, habe ich argumentiert, man könne nicht etwas unter Strafe stellen, das die einzige Möglichkeit darstellt um bestehende Defizite in der Versorgung auszugleichen.

Generell ist es sehr wichtig, dass diese Ungleichheit beseitigt wird. Die Krankenkassen haben daran aber kein Interesse, da der Umfang des Off-Label-Use deutlich größer ist als der des Cannabis-Gebrauchs. Die ungleiche Behandlung ist trotzdem nicht nachvollziehbar und daher nicht zu akzeptieren.

Wie ist es mit der Menschenwürde vereinbar, dass eine Verbesserung der Lebensqualität nicht als ausreichendes Kriterium für einen Off-Label-Use akzeptiert wird?

Tolmein: Es gab bisher nur wenige Verfahren, die bis vor das Bundesverfassungsgericht gelangt sind. Diese wurden im Allgemeinen schlecht geführt, da Verfassungsbeschwerden eine hoch komplexe Angelegenheit sind. Aber letztlich sollten nicht Gerichte, sondern der Gesetzgeber aktiv werden. Grundsätzlich hat der Gesetzgeber weit gefasste Entscheidungsmöglichkeiten. Dass die Palliativmedizin im Hinblick auf die Kostenübernahme vernachlässigt wird, ist bisher noch nicht vor dem Bundesverfassungsgericht verhandelt worden. Auch der Aspekt, dass die Verbesserung der Lebensqualität, die bei Palliativpatienten ein wichtiges Therapieziel darstellt, bei Entscheidungen zur Kostenübernahme eines Off-Label-Use kein Gewicht hat, wurde noch nicht thematisiert.

In der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin gibt es eine Gruppe, die sich speziell mit dem Off-Label-Use von Medikamenten beschäftigt. Auf der Fachtagung dieser Gesellschaft wurde berichtet, dass das Problem im stationären Bereich nicht allzu schwerwiegend ist und dass es Fälle im ambulanten Bereich gibt, bei denen die Krankenkassen die Übernahme der Kosten akzeptieren. Würde die geltende Rechtsprechung immer genauestens befolgt mit der

Folge der Ablehnung einer Kostenübernahme durch die Krankenkasse, hätte dies massive finanzielle Probleme für die Patienten zur Folge. Man geht schätzungsweise von 30 % bis zu 70 % Off-Label-Use im palliativmedizinischen Bereich aus. Dass es in einzelnen Fällen zu Problemen mit der Versorgung von Palliativpatienten kommt, hängt zu einem großen Teil von den durch die Behandlung verursachten Kosten ab.

Das Problem, Menschenwürde vor Gericht durchzusetzen, besteht darin, dass die Patienten, deren Fälle man gut verhandeln könnte, nicht lange genug leben. Bis ein Fall vor dem Bundesverfassungsgericht verhandelt wird, kann es, wie man im Nikolaus-Entscheid gesehen hat, etwa 10 Jahre dauern. Viele Familien und Angehörige sind nicht willens, diese lange Strecke auf sich zu nehmen, und die Patienten können es nicht. Die Rechtsschutzmöglichkeiten sind für Palliativpatienten oft nicht ausreichend, da es ihnen schlicht an ausreichender Überlebenszeit fehlt, um diese Möglichkeiten zu nutzen.

Kann in diesem Fall nicht anstatt des Patienten und seiner Angehörigen ein Verband klagen?

Tolmein: Es ist keine Verbandsklage möglich. Auch ein Arzt kann nur rechtlich vorgehen, wenn er in einen Regress kommt. Im Bezug auf eine Verfassungsbeschwerde gibt es zusätzliche Hürden. Ein Fall muss besonders gut dokumentiert worden sein, und es muss einen Verfassungsrichter geben, der sich der Thematik annimmt.

Bundesminister Gröhe hat sich im Cannabis-Entwurf von vorneherein jeglichem Druck durch die GKV entzogen, indem er der GKV einen Preis vorgeschrieben hat. Die Bundesopiumstelle wird einen Preis für die Cannabisblüten festlegen, das heißt, das BfArM wird mit der GKV über den Preis verhandeln. Dadurch kann der Bundesminister argumentieren, dass die Wirtschaftlichkeit nach SGB V weiterhin gegeben ist. Soweit es den Off-Label-Use betrifft, wären allerdings erneute Preisverhandlungen nötig. Im stationären Bereich ist es leichter, Arzneimittel off-label einzusetzen, da hier Mittel pauschal zur Verfügung stehen. Der ambulant behandelnde Arzt muss im Gegensatz dazu einzeln über sein Budget abrechnen.

Krankenkassenapotheker berichten, dass viele Anträge über ihren Tisch gehen, in denen keinerlei positiver Einfluss der jeweiligen Behandlung dokumentiert war. Dies sei das Tagesgeschäft. Gäbe es aber Hinweise auf einen positiven Nutzen, so werde der jeweilige Antrag an den MDK weitergeleitet. Wenn der MDK ein Gutachten mit negativem Urteil erstellt, so hält sich die Krankenkasse in der Regel daran. Die Aufgabe der Apothekerinnen und Apotheker in den Krankenkassen ist es abzuwägen, wie gehandelt werden soll. Insofern haben sie Möglichkeit, einen gewissen Einfluss auf das Geschehen zu nehmen.

Liste der Referentinnen und Referenten

Dr. Claudia Brüning

Apothekerin bei der Apothekerkammer Westfalen-Lippe bis 2015, dort verantwortlich für pharmazeutische Fragen

Dr. med. Wolf Diemer

Palliativmediziner, Ärztlicher Leiter des Zentrums für Palliativmedizin am Evangelischen Krankenhaus Herne. Bis 2012 im Vorstand des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes

Robin Fink

AOK Rheinland/Hamburg. Unternehmensbereich Ambulante Versorgung. Geschäftsbereich Ärzte/Zahnärzte

Dr. Elisabeth Korth

Apothekerin. Business & Personal Coach in Odenthal. Seit 2011 Vorstandsmitglied Hospiz Leverkusen e. V., Bereich Qualifizierung Sterbebegleitung, interne Bildungsarbeit, Supervision

Dr. med Eberhard Albert Lux

Anästhesist, Schmerztherapeut. St. Marien-Hospital Klinik für Schmerz- und Palliativmedizin. Leiter des Palliativnetzwerkes Lünen-Werne

Rolf Peters

Apotheker, St. Valentin-Apotheke Schmallebenberg. Nebenamtliche Lehrtätigkeiten an PTA-, Kranken- und Altenpflegeschulen

Dr. Constanze Rémi

Fachapothekerin für Klinische Pharmazie. Apotheke des Klinikums der Universität München, Abteilung Arzneimittelinformation und Pharmakoökonomie. Mitarbeit an der S3-Leitlinie Palliativmedizin

Dr. rer. medic. Klaus Ruberg

Fachapotheker für Offizinpharmazie und Klinische Pharmazie sowie zur Pflegeversorgung.
Mitinhaber der Kronen-Apotheke in Wesseling, Vorstand des Palliativ-Netztes südlicher
Erftkreis

Bettina Schulze

Krankenschwester. Zusatzqualifikationen: Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement,
Pflegeberaterin und Palliative Care. Seit 2010 Koordinatorin des Palliativkonsiliardienstes
Herne Castrop-Rauxel

Dr. Oliver Tolmein

Rechtsanwalt, Autor und Journalist. Kanzlei Menschen und Rechte in Hamburg, Arbeits-
schwerpunkte Sozialrecht (v.a. Behinderten- und Medizinrecht), Strafrecht und Anti-
Diskriminierungsrecht.

Dr. Sabine Viefhues

Apothekerin, Apothekerkammer Nordrhein., Bereich Pharmazeutisches und Publikationen

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1999
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

