

PKD-Umfrage

Wo drückt denn der Schuh?

Im Rahmen der PKD-Leitersitzung sowie der folgenden Mitgliederversammlung am 18. Januar 2017 fragte unsere Kollegin Frau Classen nach Problemen in den einzelnen Palliativmedizinischen Konsiliardiensten. Diese sollen im Rahmen einer Workshop-Veranstaltung im Laufe dieses Jahres diskutiert werden.

Unsere Ziele sind:

- Qualitätsindikatoren in der ambulanten Palliativmedizin zu definieren und weiterzuentwickeln,
- Betroffene und Angehörige über die Möglichkeiten einer fachgerechten palliativmedizinischen Versorgung zu informieren,
- die Diskussion über ethische und rechtliche Fragestellungen am Lebensende anzustoßen und zu vertiefen,
- ein langfristiger Kulturwandel im Umgang mit Tod und Sterben.

Berufsverband der Palliativmediziner in Westfalen-Lippe e.V.

Geschäftsstelle:
Sabine Schäfer
Dieckmannstraße 200
48161 Münster
Tel. 02 51 / 5308-9960
E-Mail: info@bv-palliativmediziner.de

Öffentlichkeitsarbeit:
Dr. med. Eberhard A. Lux
Klinik für Schmerz- und Palliativmedizin am
Klinikum St.-Marien-Hospital Lünen
Tel. 0 23 06 / 77-2920
Fax. 0 23 06 / 77-2921
E-Mail: drlux@web.de

www.bv-palliativmediziner.de

Durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband als Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte wurde eine Vereinbarung nach § 78 Abs. 1 b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung beschlossen. Allerdings liegen sowohl die Vergütung der beschriebenen Leistungen als auch die beschriebenen Qualitätsindikatoren zurzeit noch nicht vor, sodass damit zu rechnen ist, dass die Weiterentwicklung unserer Vereinbarung zur ambulanten palliativmedizinischen Versorgung auf sich warten lassen wird. Deshalb müssen anstehende Fragen auf der Grundlage unserer aktuellen Vertragsbedingungen diskutiert werden. Ich möchte in dieser Ausgabe Fragen zur medikamentösen Versorgung aufgreifen.

Parenterale Ernährung bei Palliativpatienten

In den vergangenen Jahren hat sich durchgesetzt, bei Tumorpatienten, welche oral eine ausreichende Menge an Flüssigkeit und Kalorien zu sich nehmen können, keine hyperkalorische Ernährung zu indizieren. Da wir den Patienten im Sinne einer frühzeitigen Integration die ambulante Palliativversorgung ermöglichen, treffen wir allerdings immer wieder auf Patienten, welche aufgrund von Übelkeit und Erbrechen im Rahmen der Tumorthherapie sinnhafterweise parenterale Ernährung erhalten. Diese wird jedoch nicht selten in der Folgezeit

bei anhaltender Kachexie fortgeführt, obwohl eine orale Ernährung möglich wäre. An dieser Stelle sollten wir einerseits mit den betreuenden Onkologen, andererseits mit dem Patienten sowie deren Familie das Gespräch suchen. Denn auf dieser Grundlage indizierte parenterale Ernährungen verlängern nicht die Lebenszeit, können die Lebensqualität vielmehr durch Abhängigkeiten des Patienten zu Pflegediensten oder technischem Equipment sowie durch häufig auftretende Portinfektionen reduzieren. Ganz sicher besteht keine Indikation zur parenteralen Ernährung in der Sterbephase, da sie Symptome wie pulmonale Stauungen oder ein mögliches tracheales Rasseln verstärkt.

An dieser Stelle möchte ich die Zusammenarbeit mit den sogenannten ambulanten Ernährungsteams, welche im Wesentlichen durch den Umsatz entsprechender Präparate finanziert werden, kritisch anmerken. Warum soll es nicht möglich sein, dass unsere Koordinatoren oder die Pflegenden der Palliativpflegedienste eine indizierte parenterale Ernährung organisieren, durchführen und überwachen? Sofern hier keine Expertise besteht, sollte es möglich sein, diese kurzfristig durch Rücksprache oder Hospitation in entsprechenden klinischen Abteilungen zu erlangen. In der aktuellen S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin sind sachdienliche Informationen zur Portversorgung sowie zum Umgang mit Komplikationen zu entnehmen. In den

einzelnen Palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKD) sollten diese Literatur-Hinweise in entsprechende SOP's umgesetzt werden (QM-Handbuch des PKD, Versorgungskonzept).

Notfallmedikation

Dankenswerterweise konnte durch den Berufsverband in Kooperation mit der Apothekerkammer eine Liste von Medikamenten vereinbart werden, zu deren Verfügbarkeit sich die diensthabenden Apotheken verpflichten. So sind zu jeder Tages- und Nachtzeit – zumindest in den diensthabenden Apotheken – entsprechende Medikamente verfügbar.

Löst diese Initiative allerdings alle Probleme in der Notfallversorgung? Bestehen diese nicht gerade darin, dass bei telefonischer Konsultation eines Palliativarztes (QPA) indizierte Medikamente eben nicht vor Ort verfügbar sind, sofern nicht durch den betreuenden Haus- oder Palliativarzt eine Medikation für absehbare Probleme wie Durchbruchschmerz oder Obstipation verschrieben wurden? Da den Pflegediensten das Mitführen eines Medikamentenreservoirs nicht gestattet ist, bleibt in vielen Fällen nur der Hausbesuch durch den QPA. Dieser darf Notfallmedikamente, welche er über den Praxisbedarf vorhalten kann, für einen weiteren Zeitraum nur bedingt abgeben. Ist der QPA ein ermächtigter Krankenhausarzt, so verfügt dieser nicht über einen Praxisbedarf! Es muss hier also vor Ort ein Rezept ausgestellt werden. Hier ergibt sich dann die Frage, wer zum Beispiel nachts oder am Wochenende aus welcher Apotheke die Medikamente herbeiholt. Ist dies die Aufgabe des QPA oder des Pflegedienstes? Sicher nicht. Nur hat eben nicht jeder Patient Zugehörige, welche die Medikamente besorgen können.

Ich habe bereits in der letzten Ausgabe unserer Zeitschrift auf das Problem nicht legaler Arzneimitteldepots in den Bereitschaftstaschen der Pflegenden und der Ärzte hingewiesen und möchte dies erneut unterstreichen – Dealen Sie nicht! Durch die Bereitstellung einer Notfallbox für jeden Patienten unmittelbar nach „Einschreibung“ in die Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung haben wir in Lünen, angeregt durch die



© Mathias Ernert, Chirurgische Klinik, Universitätsklinikum Heidelberg

Die Entscheidung für eine parenterale Ernährung bei Tumorpatienten sollte sowohl mit dem behandelnden Onkologen als auch mit den Patienten abgesprochen werden.

Kollegen aus Bochum, in den vergangenen Jahren außerordentlich gute Erfahrungen gemacht. Wir üben dieses Verfahren seit circa vier Jahren aus: Das Rezept wird mit der Betriebsstättennummer des PKD und durch den jeweiligen QPA mit seiner lebenslangen Arztnummer ausgestellt. Rückfragen durch die KV gab es nie! Das Packen und Beliefern einer solchen Notfallbox ist sicher eine Aufgabe der Kooperationsapothekes des PKD. Zumindest wird dies von uns so gehandhabt. Um Rückfragen zur Apothekenwahl des Patienten zu vermeiden, lassen wir jeden Patienten bei Aufnahme in das Palliativnetz ein Schriftstück unterschreiben, in dem er sich damit einverstanden erklärt, in speziellen Einzelfällen durch eine Apotheke – nämlich die Kooperationsapothekes des Palliativnetzes – beliefert zu werden. Dieses Verfahren, welches seit Jahren auch durch Pflegeheime oder Hospize geübt wird, wurde mit unserer Amtsapothekerin abgesprochen.

Probleme bei der Verschreibung von Levomepromazin

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat vor geraumer Zeit eine Festbetragsregelung der Stufe 3 für den Wirkstoff Levomepromazin in seinen verschiedenen Zubereitungen – also auch der parenteralen – beschlossen. Dies betrifft das Originalpräparat (Neurocil®) ebenso wie das Generikum der Firma Neuraxpharm. Dieses Neuroleptikum ist vielen von uns seit Jahren im Rahmen der Sedierung vertraut, aber auch als Re-

servepräparat zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen. In der S3-Leitlinie Palliativmedizin ist das Präparat ausdrücklich erwähnt (S3-Leitlinie Palliativmedizin, AWMF-Registernummer 128/001OL, 5-2015, Seite 157). Damit entstehen Patienten aber auch uns Ärzten, insofern wir das Medikament für den Sprechstundenbedarf verordnen, zusätzliche Kosten. Und diese Kosten sind nicht marginal: Für Neurocil® 25 mg/ml – 5 Ampullen N1 entstehen für den Patienten eine Zuzahlung von 5 Euro und eine zusätzlich fällige Zahlung von 6,91 Euro, also insgesamt Aufwendungen von 11,91 Euro. Für den Arzt im Sprechstundenbedarf fallen pro 5 Ampullen 6,91 Euro an. Bei Levomepromazin Neuraxpharm bezahlt der Patient neben 5 Euro Zuzahlung Mehrkosten von 5,20 Euro – also insgesamt für 5 Ampullen 10,20 Euro. Als Sprechstundenbedarf zahlen wir Ärzte für 5 Ampullen Mehrkosten von 5,20 Euro (IFAP vom 3.1.2017).

Durch den Vorstand unseres Berufsverbandes wurde ein Brandbrief an den G-BA, die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, die KBV und an die Verbraucherzentrale versandt, mit der Bitte, die Entscheidung zu überdenken. So ist es einmal mehr an uns Ärzten, vom Gesetzgeber über Nacht getroffene Entscheidungen unseren Patienten erklären zu müssen und um Verständnis zu bitten.

Dr. med. Eberhard A. Lux, Lünen