

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) kommentiert Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung

Berlin, 22.2.2017. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben am 29.11.2016 eine Vereinbarung getroffen, mit der die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung (BQKPMV) eingeführt wird. Die Umsetzung durch eine Ergänzung des Absatz 1b in den § 87 SGB V ist zum 01.01.2017 zur Wirkung gekommen.

Als Garanten für die allgemeine ambulante Palliativversorgung sind in erster Linie die Hausärzte vorgesehen, da diese durch ihren Versorgungsauftrag (Familienmedizin, Hausbesuche, Versorgung in Pflegeheimen etc.) unmittelbar in die Betreuung Schwerstkranker eingebunden sind. Mit der besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung (BQKPMV) wurde nun ein weiterer wichtiger Schritt zur Stärkung der allgemeinen PV gemacht, der von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) insgesamt sehr begrüßt wird.

Missverständlich: „Lebenserwartung (ist) auf Tage, Wochen oder Monate gesunken“

Demgegenüber sind jedoch einzelne Punkte in der Vereinbarung aus Sicht der DGP als problematisch anzusehen.

1. Die Formulierung in §1, Abs. 1, nach der die Vereinbarung auf die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen aller Altersgruppen „in der letzten Phase ihres Lebens“ abzielt, kann hinsichtlich der Zeitspanne der Versorgung zu Missverständnissen führen.

Bei einer frühen Integration der Palliativversorgung ist oft gerade bei Patienten mit fortgeschrittenen und unheilbaren Herz-, Lungen- oder Nierenerkrankungen bzw. neurologischen Erkrankungen wie Amyotrophe Lateralsklerose oder Multipler Sklerose eine Palliativversorgung über längere Zeiträume bis zu mehreren Jahren erforderlich. Die „letzte Phase des Lebens“ ist nicht zeitlich einzugrenzen, kann also entsprechend auch kein trennscharfes Kriterium sein.

2. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit folgendem Satz in § 2, Abs.1, missverständlich: „Diese Vereinbarung umfasst die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist“.

Nicht eine Bezifferung der vermeintlichen Lebenserwartung ist ausschlaggebend, sondern die Unumkehrbarkeit der Diagnose einer lebensbedrohlichen, fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung. Nach derzeitigem Forschungsstand wird die Palliativversorgung ja gerade nicht erst in den letzten Tagen, Wochen oder Monaten des Lebens angesiedelt, sondern ist frühzeitig in die Behandlung von lebensbedrohlich erkrankten Menschen einzubeziehen. Zum zweiten haben Studien gezeigt, wie schwierig und fehlerhaft die fachliche Einschätzung der Lebenserwartung sein kann.

Kurative Behandlungen nicht mehr indiziert oder vom Patienten nicht mehr erwünscht?

3. Die Anforderung in § 2, Abs. 2 der BQKPMV, dass „kurative Behandlungen der Grunderkrankungen (...) nicht mehr indiziert oder vom Patienten nicht mehr erwünscht“ sein dürfen, damit der Patient in der BQKPMV betreut werden kann, widerspricht dem Grundprinzip eines fließenden Übergangs zwischen kurativer Behandlung und palliativer Versorgung.

In der Regel gibt es keinen definierten Zeitpunkt für den Übergang zwischen kurativ/palliativ, vielmehr ist die Notwendigkeit der frühzeitigen Integration des palliativen Angebots und des Miteinanders von kurativer und palliativer Behandlung und Versorgung vielfach beschrieben.

Der Begriff „kurativ“ ist missverständlich und eine enge Auslegung durch den Medizinischen Dienst oder die Kostenträger kann dazu führen, dass Patientengruppen mit hohem Unterstützungsbedarf von der Palliativversorgung ausgeschlossen werden, weil noch Chemo- oder Strahlentherapie geplant ist.

Die DGP betont, dass kausalthérapeutische Ansätze keinen Widerspruch zu palliativmedizinischem Behandlungsbedarf und -anspruch darstellen. Bei Krebspatienten werden Chemotherapien oder Bestrahlungen oftmals auch unter palliativen Gesichtspunkten indiziert sein und in diesem Sinne als Maßnahme der Symptomkontrolle verstanden werden. Ein Ausschlusskriterium „Kurative Therapien“ widerspricht dem Grundgedanken der frühen Integration der Palliativversorgung, deren Vorteile für den Patienten in vielen kontrollierten Studien nachgewiesen wurden.

Das gilt ebenfalls für Palliativpatienten mit nicht-onkologischen Grunderkrankungen: Schon die antibiotische Behandlung kann bei einem Patienten mit fortgeschrittener chronisch obstruktiver Lungenerkrankung als erkrankungsspezifisch und damit bei enger Auslegung als kurative Therapie bewertet werden. Dies darf aber selbstverständlich nicht zum Ausschluss aus den Leistungen der BQKPMV führen. Daher sollte der Begriff „kurativ“ durch einen medizinisch sinnvollen und unmissverständlichen Begriff ersetzt werden oder auf diesen aus Sicht der DGP verwirrenden Hinweis verzichtet werden.

Das Merkmal „besonderer Versorgungsaufwand“ sollte der SAPV vorbehalten bleiben

4. Außerdem lautet eine weitere Bedingung in § 2, Abs. 2: „Es liegt ein besonderer Versorgungsaufwand vor, der eine entsprechend qualifizierte palliativmedizinische Betreuung nach dieser Vereinbarung durch mehrere Leistungserbringer erfordert.“

Der besondere Versorgungsaufwand ist ein spezifisches Merkmal für den Eingang in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und sollte dieser Versorgungsstufe vorbehalten sein. In den Vorarbeiten zur Vereinbarung wurde immer wieder betont, wie wichtig ein fließender Übergang zwischen BQKPMV und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist. Es bedarf damit auch einer klaren Abgrenzung zwischen beiden Versorgungsformen.

Nach Auffassung der DGP muss für den Eingang in die BQKPMV ein besonders belastendes Symptomgeschehen, das eines unter den beteiligten Berufsgruppen abgestimmten palliativen Behandlungsplans bedarf, und für den Eingang in die SAPV weiterhin ein komplexes Symptomgeschehen und ein besonderer Versorgungsaufwand vorliegen, der einer eng abgestimmten Interventionsplanung unter den spezialisierten Leistungserbringern bedarf.

Die DGP begrüßt die Tatsache, dass ihre Empfehlung, den 40-Stunden-Basiskurs zur Mindestvoraussetzung für die Teilnahme an der BQKPMV zu machen, umgesetzt wurde (Anlage 1.2). Die anteilige Anerkennung von anderen Qualifikationen ist jedoch kritisch zu bewerten.

Vielmehr wäre aus Sicht der DGP eine regelmäßige Praxisbegleitung sinnvoll, z.B. durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln und Fallbesprechungen (s. § 6, 1b) – dies insbesondere in bereits bestehenden SAPV-Strukturen unter Leitung erfahrener Palliativpflegekräfte und Palliativmediziner/innen. Dies würde ebenso wie ein vernetztes Arbeiten der fachlichen Weiterbildung dienen.

Wesentlich für BQKPMV: Entwicklung von Erhebungsverfahren und Qualitätsindikatoren

Wesentliche Punkte in der Etablierung der BQKPMV werden sein, bis Dezember 2017 Verfahren zur Erhebung der Datengrundlagen zu entwickeln (Anlage 2) sowie die für die Evaluation erforderlichen Qualitätsindikatoren (§9 BQKPMV) zu entwickeln und zu benennen. Die DGP hat in den zurückliegenden Jahren einen Kerndatensatz zur Hospiz- und Palliativversorgung und Standards für Qualitätsindikatoren entwickelt, unter anderem in der Hospiz- und Palliativregister HOPE, im Nationalen Hospiz- und Palliativregister und in der „S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“.

Die Entwicklung von Erhebungsverfahren und Qualitätsindikatoren erfordern dringend die enge Kooperation zwischen Kostenträgern, Leistungserbringern und Kassenärztlicher Bundesvereinigung unter Einbeziehung der wissenschaftlichen Fachgesellschaft.