

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat am 7. August 2006 ihren „Vertragsentwurf zur palliativmedizinischen Versorgung auf der Grundlage § 73c SGB V“ der Öffentlichkeit vorgestellt. In einer begleitenden Pressemitteilung heißt es dazu: „Die KBV will mit ihrem Konzept die qualifizierte ambulante Palliativversorgung von Patienten in der letzten Lebensphase regeln, die auf eine kurative Behandlung nicht mehr ansprechen oder eine solche nicht wünschen und zuhause sterben möchten. Definiert werden der Umfang der palliativmedizinischen Versorgung sowie die Aufgabenspektren der betreuenden Vertragsärzte und kooperierenden Palliativärzte.“ Der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, wies bei der Vorstellung des Entwurfs auf einen weiteren Punkt hin: „Der Gesetzgeber hat uns leider nur die Möglichkeit eröffnet, im Rahmen des Paragraphen 73c des Fünften Sozialgesetzbuchs zu agieren. Der erlaubt uns die Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung, nicht jedoch eine engere Kooperation mit den Pflegeberufen und den Krankenhäusern in Form von Integrationsverträgen. Von daher wäre es sinnvoll, wenn der Gesetzgeber uns im Zuge der Gesundheitsreform den Abschluss entsprechender Integrationsverträge ermöglichen würde“. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) nimmt dazu und zu dem vorgelegten Vertragsentwurf wie folgt Stellung.

Die DGP begrüßt es, dass sich die KBV des Themas Palliativmedizin in ihrer Vertragswerkstatt angenommen hat. Der Vertrag, würde er so umgesetzt, brächte vermutlich eine Verbesserung in der palliativmedizinischen Versorgungslandschaft, die derzeit noch an vielen Stellen durch eine erhebliche Unterversorgung im ambulanten Sektor charakterisiert ist. Für Patienten, die an einer „nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung“ (Vertragstext) leiden und deren Angehörige wäre dies zweifellos ein Fortschritt. Die Grundidee des Entwurfs, die einerseits von zwei Betreuungsebenen ausgeht – einer breit gefächerten durch palliativmedizinisch engagierte Vertragsärzte in der Betreuungsebene 1 sowie einer spezialisierten Palliativversorgung durch so genannte „Qualifizierte Palliativärzte der Betreuungsebene 2“ – und andererseits Wert auf eine gewisse Qualifizierung beider Betreuungsebenen legt, findet die Zustimmung der DGP.

Dennoch sieht die DGP aber auch Anlass zur Kritik an dem vorgelegten Entwurf. Ein Manko aus Sicht der DGP ist die alleinige Konzentration auf die ärztliche Tätigkeit in der ambulanten Palliativversorgung – auch wenn, zugegeben, das Mandat der KBV an dieser Stelle begrenzt ist. Inzwischen vielfältige Erfahrungen im Rahmen palliativmedizinischer Modellprojekte haben gezeigt, wie wichtig es ist, in diesem Zusammenhang multiprofessionell besetzte Teamstrukturen zu verankern, die im besten Fall über die ärztliche und pflegerische Beteiligung hinaus auch andere in diesem Kontext wichtige Berufsgruppen einbeziehen und primär in der Palliativversorgung tätig sind. Auch ein sektorenübergreifender Ansatz wäre hier sehr zu wünschen. Ein einzelner Vertrags- oder Palliativarzt wird kaum in der Lage sein, neben seiner normalen Praxistätigkeit hinaus den vielfältigen Koordinationsaufgaben gerecht zu werden, die gerade bei Palliativpatienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf anfallen.

Besonders kritisch steht die DGP den niedrigen bzw. sehr ungenau definierten Qualitätsvoraussetzungen gegenüber, mit denen eine ausreichende spezialisierte ambulante Palliativversorgung keinesfalls gewährleistet erscheint. Den besonders komplexen Problemen hoch symptombelasteter Palliativpatienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf am Lebensende, für deren Betreuung ausgewiesene palliativmedizinische und palliativpflegerische Kompetenz erforderlich ist, kann auf die im KBV-Entwurf skizzierte Weise kaum entsprochen werden. (17.8.2006)