

## **Gedanken und Ergänzungen der Sektion Pharmazie in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Referentenentwurf „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“**

### **Änderung SGB V, § 87 (Bundesmantelvertrag KBV und Spitzenverband Bund der Krankenkassen)**

#### **Hintergrund**

Die Arzneimitteltherapie und die Versorgung mit Arzneimitteln stellt eine tragende Säule der Palliativmedizin dar. Der Einsatz von Medikamenten in der Palliativmedizin erfordert ein spezialisiertes pharmakologisches Wissen. Der Apotheker kann sektorenübergreifend ein vertrauensvoller Ansprechpartner für die an der medizinischen Versorgung beteiligten Personen und Berufsgruppen sein. Die pharmazeutische Begleitung der Arzneimitteltherapie kann u.a. helfen, unnötige Arzneimittel und arzneimittelbezogene Probleme zu identifizieren und geeignete Medikamente auszuwählen – sowohl hinsichtlich des Wirk- und Nebenwirkungsprofils als auch hinsichtlich der richtigen Handhabung der Arzneiformen. Zudem hat der Apotheker bzw. die Apotheke eine wichtige Lotsenfunktion: der Apotheker ist wichtiger Ansprechpartner und Vertrauter für viele medizinische Belange.

Apotheken sollten frühzeitig in das Versorgungsnetzwerk sowohl im Bereich der allgemeinen, als auch in der spezialisierten Palliativversorgung integriert werden, um die zeitnahe, lückenlose, patientenindividuell optimierte medikamentösen Versorgung sicherzustellen, Patienten, Angehörige Ärzte und Pflegekräfte zu verschiedenen Aspekten der Arzneimitteltherapie zu beraten und die Arzneimitteltherapiesicherheit zu erhöhen, z.B. durch frühzeitige Identifikation von Risiken oder Problemen der medikamentösen Therapie. Da Patienten und Angehörige oftmals ein Vertrauensverhältnis zu ihrer Hausapotheke aufgebaut haben, darf die freie Apothekenwahl nicht eingeschränkt sein. Gleichzeitig müssen auch spezialisierte Apotheken mit Möglichkeit zur Herstellung steriler Zubereitungen zur Infusionstherapie in die wohnortnahe Versorgung eingebunden werden.

Seite 13

### **I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen**

Schwerkranke und sterbende Menschen benötigen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung. Dies erfordert eine gezielte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Zwar sind in den letzten Jahren beim Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung bereits erhebliche Fortschritte erzielt worden. Insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen fehlt es jedoch noch an ausreichenden Angeboten. Ziel des Gesetzes ist deshalb, durch Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind.

In der Regelversorgung sind die Vernetzung von medizinischer, pflegerischer *und pharmazeutischer* Versorgung sowie hospizlicher Begleitung und die Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern noch zu wenig ausgeprägt.

#### *Begründung:*

*Nur die kurzfristige Versorgung mit notwendigen Arzneimitteln zu jeder Tages- und Nachtzeit durch die ortsnahe Apotheke garantiert eine gute Versorgung. Bereits jetzt sorgen Apotheken durch die Vorhaltung des Notfalldepots nach ApBetrO für eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung von schwerkranken Menschen – auch mit im Routinebetrieb untypischen Medikamenten. Die Möglichkeit des Botendienstes stellt eine erhebliche Entlastung der pflegenden Angehörigen dar. Die Unterstützung des Arztes bei der Anpassung der Arzneimitteltherapie an die individuelle Situation des Palliativpatienten erfordert pharmazeutischen Sachverstand (z. B. durch patientenindividuelle Herstellung von Darreichungsformen, die kommerziell nicht erhältlich sind, Pumpen-Befüllung, Arzneimittelinformation, etc.)*

Seite 18

### **2. Nachhaltigkeitsaspekte**

Der Gesetzesentwurf steht im Einklang mit dem Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich der Lebensqualität und Gesundheit sowie des sozialen

Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger im Sinne der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie. Der Gesetzesentwurf zielt auf eine koordinierte und flächendeckende medizinische, pflegerische und psychosoziale Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Die bedarfsgerechte und an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen orientierte palliative Versorgung und die Sterbebegleitung können gesundheitliche Leiden oder Ängste vor dem Sterben mindern und die Lebensqualität in der letzten Lebensphase erhöhen. Die Stärkung der Hospizbewegung, die Koordinierung der verschiedenen palliativen und hospizlichen Hilfsangebote und die Förderung der Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten, betreuenden Pflegekräften und Palliativ-Teams, Hospiz- und Pflegeeinrichtungen, Notdiensten, *Apotheken* und kommunalen Servicestellen sowie die Einbeziehung der Angehörigen und anderer Vertrauenspersonen in die Beratung und Betreuung der Betroffenen dienen zudem dem sozialen Zusammenhalt. Eine ausgeprägte Hospiz- und Palliativkultur an den Orten, an denen Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen, beugt einer sozialen Ausgrenzung schwerstkranker und sterbender Menschen vor.

*Begründung:*

*Apotheken sind zum einen wichtig für die kontinuierliche Versorgung mit Arzneimittel, aber auch für die kompetente Begleitung der Arzneimitteltherapie. Zudem stellt der Apotheker für viele Patienten und Angehörige eine wichtige und vertrauensvolle Anlaufstelle zu gesundheitsbezogenen Fragen und Problemen dar; eine Beziehung hat sich vielfach bereits über Jahre aufgebaut. Patienten schätzen das niederschwellige Angebot gesundheitsbezogenen Fragestellungen beim Apotheker ansprechen zu können. Die Einbindung der wohnortnahe Apotheken in die Netzwerkstrukturen kann daher zum einen zur Optimierung der Versorgungsabläufe beitragen; zum anderen kann die Stammapotheke mit dafür Sorge tragen, dass Patienten frühzeitig Zugang zu palliativmedizinischen Versorgungsangeboten erhalten.*

Seite 26

Zu Nummer 3 (§ 39b)

Versicherte wissen häufig zu wenig über die Beratungs- und Versorgungsangebote in der Hospiz- und Palliativversorgung. Versicherte erhalten daher einen Anspruch gegen die Krankenkassen auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung einschließlich eines Überblicks über die regional verfügbaren Anbieter und Ansprechpartner. Dazu gehören insbesondere Hausärzte und andere vertragsärztliche Leistungserbringer mit palliativmedizinischer Qualifikation, Anbieter der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (z.B. SAPV-Teams),

ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize, Palliativ- und Hospizstationen in Krankenhäusern, palliativ spezialisierte Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen, *Apotheker mit entsprechender Zusatzqualifikation*, sowie außerhalb des Anwendungsbereich dieses Buches handelnde Akteure wie z.B. kommunale Servicestellen. Die Krankenkassen sollen auch über die von ihnen abgeschlossenen besonderen Verträge zur Palliativversorgung informieren. Die Beratung ist ggf. mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und anderen Beratungsangeboten abzustimmen, die der Versicherte bereits in Anspruch genommen hat. Es ist zu gewährleisten, dass alle Versicherten ausreichende Informationen über die Hilfen und Versorgungsangebote erhalten, die sie für ihre letzte Lebensphase wünschen und benötigen.

Die Krankenkasse soll auch sicherstellen, dass auf Wunsch des Versicherten dessen Angehörige oder andere Vertrauenspersonen sowie behandelnde Ärztinnen und Ärzte oder versorgende Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen *sowie Apotheken* entsprechende Informationen über die Beratungs- und Versorgungsangebote in der Hospiz- und Palliativversorgung erhalten, zu denen der Versicherte beraten wurde. Dies trägt zur stetigen Kooperation zwischen den an der Versorgung Beteiligten bei und sichert die Zusammenarbeit im konkreten Einzelfall.

*Begründung:*

*Apotheker können sich im Gebiet Palliativpharmazie qualifizieren (Zertifikat-Fortbildung Palliativpharmazie; einheitliches, bundesweites Curriculum); in speziellen Versorgungssituationen bedarf es außerdem der Befüllung von Infusionspumpen zur medikamentösen Symptomkontrolle durch Apotheken mit spezifischen Voraussetzungen. Wie auch bei den anderen, an der Versorgung Beteiligten, kann es in bestimmten Situationen hilfreich sein, Apotheker mit spezieller Kenntnis im Bereich Palliative Care bzw. Apotheken mit Sterillabor in die Versorgung einzubeziehen.*

Seite 27

Zu Nummer 5 (§ 87)

Zu Buchstabe a

Nach Absatz 1b werden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beauftragt, im Bundesmantelvertrag die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung zu bestimmen, um die Palliativversorgung auch in der Regelversorgung zu stärken. Damit werden die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§§ 37b und 132d) ergänzt und die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen im hausärztlichen Bereich bereits eingeführten Gebührenordnungspositionen für palliativ-medizinische Untersuchungs-

, Behandlungs- und Betreuungsleistungen schwerstkranker und sterbender Patientinnen oder Patienten in der Arztpraxis, zu Hause, im Hospiz oder im Pflegeheim fortentwickelt. Als grundsätzliche Voraussetzung für eine besonders qualifizierte und strukturierte palliativ-medizinische Versorgung sind deren Inhalt und Abstimmung mit anderen Leistungen (z.B. der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung), die besondere Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer, die Koordination und die interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe (insbesondere mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen *wie Apothekern*) und eine aktive Kooperation mit weiteren beteiligten Leistungserbringern sowie sonstigen Einrichtungen zu regeln. Zudem sind Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität (z.B. durch Erhebung von Qualitätsindikatoren) zu vereinbaren. Hierzu hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihrer "Vertragswerkstatt" bereits konkrete Ansätze zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen entwickelt; auch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein sieht in ihrem Strukturvertrag bestimmte Qualitätsindikatoren vor.

*Begründung: s.o.*

Fortsetzung Seite 28

Die palliativ-medizinisch qualifizierten Ärztinnen oder Ärzte sollen die an der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, *Apotheker, weitere* nichtärztlichen Gesundheitsberufe, (psycho-)sozialen Dienste, Hospizdienste, ggf. auch unterstützende und pflegende Angehörige bzw. Betreuungs- und Bezugspersonen, miteinander im Rahmen einer aktiven Kooperation synchronisieren und integrieren. Neben einer spezifischen ärztlichen Versorgung soll die Organisation und die Koordination verschiedener Leistungen und Leistungserbringer sowie deren Zusammenarbeit gewährleistet werden. Hierbei sollen auch – soweit vorhanden – Kooperationsverträge und Vereinbarungen nach § 119b Absatz 1 und 2 sowie nach § 132f Absatz 2 berücksichtigt werden. Im Rahmen der Kooperation und Koordination ist ein bestmöglicher Informationsaustausch zwischen den Beteiligten sicherzustellen. Ergänzend können gemeinsame Fallbesprechungen zweckmäßig sein, in denen z.B. die weitere Behandlungs- bzw. Versorgungsplanung besprochen und vereinbart wird.

*Begründung: s.o.*

München, Wiesbaden, 5.4.2015