



Dr. med. Thomas Joist
 Facharzt für Allgemeinmedizin/Palliativmedizin,
 Niedergelassener Hausarzt in Köln Buchforst,
 Mitgründer eines hausärztlichen SAPV-Teams im Jahre 2012

Der Hausarzt bleibt zentraler Ansprechpartner

Palliativmedizinische Versorgung: Was für wen?

Früher wurden Patienten von der „Wiege bis zur Bahre“ von ihrem Hausarzt alleine betreut. Heute ist die Betreuung am Lebensende aufgrund der besonderen Anforderungen an eine umfassende palliativmedizinische Versorgung komplexer, umfangreicher und spezialisierter geworden. Multiprofessionelle Strukturen bereichern die Therapie-Möglichkeiten.

— Die Palliativversorgung durch Ärzte, Pflegefachkräfte und anderer mit der Begleitung Sterbender befasster Berufsgruppen unterliegt einem ständigen Wandel. Waren es bis vor wenigen Jahren fast nur die Hausärzte, die durch ihr persönliches Engagement die medizini-

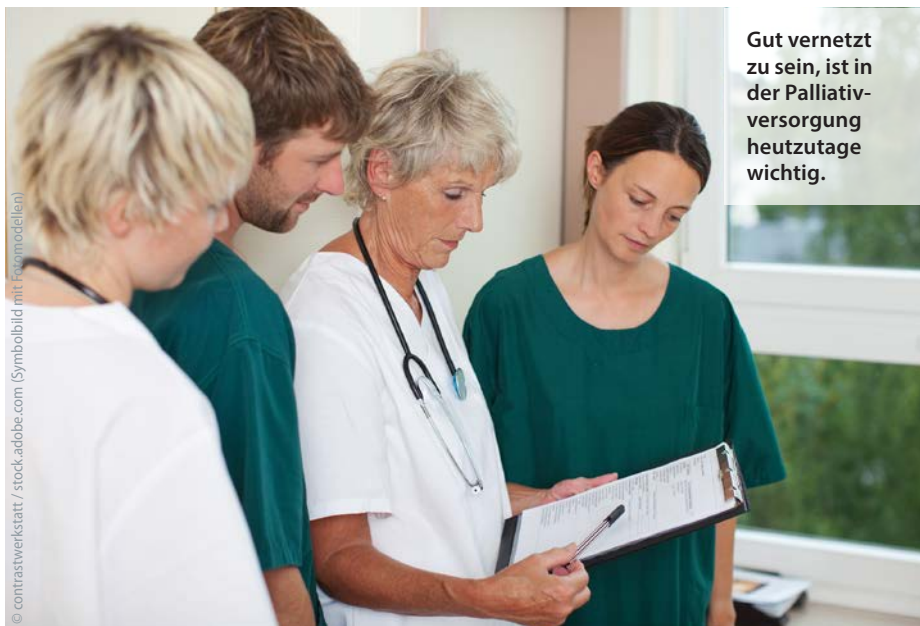
sche Versorgung Sterbender zu Hause ermöglichten, finden sich nun zunehmend spezialisierte palliativmedizinische Strukturen im Bereich der ambulanten Medizin. Seit der Einführung der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin im Jahre 2007 haben sich Zehntausende

von Ärzten, aber auch Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter, ehrenamtlich tätige Mitbürger in Hospizvereinen und medizinische Fachangestellte im Bereich der Palliativmedizin weitergebildet und qualifiziert.

Längeres Leben und bessere Lebensqualität

Unstrittig ist, dass sich die Erkenntnisse im Bereich der Palliativmedizin bahnbrechend auf die Behandlung sterbender Patienten und derer Zugehörigen auswirken. Nicht zuletzt die sogenannte Temel-Studie war hier wegweisend (**Abb. 1**). Diese zeigte, dass durch eine zusätzliche frühzeitige palliativmedizinische Begleitung zur identischen konventionellen onkologischen Therapie bei Bronchialkarzinomen das Leben deutlich verlängert werden konnte, bei zugleich besserer Lebensqualität und weniger Depressionen.

Diese Erkenntnisse führten letztlich auch zur Entwicklung der S3 Leitlinie Palliativmedizin [1] in der Onkologie, in der die gewonnenen Spezialkenntnisse für viele Bereiche systematisch untersucht worden sind. Heute ist es absolut



Gut vernetzt zu sein, ist in der Palliativversorgung heutzutage wichtig.

© contrastwerkstatt / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)

undenkbar, dass eine Zertifizierung eines onkologischen Zentrums ohne dokumentierte Zusammenarbeit mit Strukturen der Palliativmedizin erfolgt.

Wer hat Anspruch auf eine palliative Versorgung im GKV-System?

Grundlegend bleibt die Definition eines Palliativpatienten im sozialrechtlichen Sinne. Diese Definition stellt als „Conditio sine qua non“ die Voraussetzungen dar, um palliativmedizinische Leistungen erhalten zu können. Sie lautet: Anspruch auf palliativmedizinische Behandlung in diesem Sinne haben schwerstkranke und sterbende Patienten in jedem Alter, 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 (Tab. 1).

Eine Erkrankung wird nach den „Allgemeinen Bestimmungen“ als nicht heilbar eingestuft, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann.

Strukturebenen der Versorgung

Der Wandel der palliativmedizinischen Versorgung aufgrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse betrifft die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten unmittelbar, die mit der Begleitung schwerstkranker und sterbender Patienten betraut sind. Waren es früher überwiegend die Hausärzte, die Menschen zu Hause beim Sterben begleitet haben (s. o.), stehen heute neben und mit den Hausärzten auch allgemeine und spezialisierte Versorgungsmöglichkeiten ergänzend zur Verfügung.

Aufgrund des § 87 Abs. 1b des Sozialgesetzbuches (SGB) V wurden hierzu Vereinbarungen getroffen, um eine besonders qualifizierte palliativmedizinische Versorgung in der Regelversorgung zu etablieren [2] (s. Kasten 1, S. xx).

Strukturen der Versorgung

Folgende prinzipielle Versorgungsformen stehen im GKV-System für sterbende und schwerstkranke Patienten zur Verfügung. Hierbei ist zu beachten, dass außerhalb der bundesweiten Vereinbarungen innerhalb der KV-Regionen sehr weitreichende und unterschiedliche lokale Vereinbarungen in Hinblick auf die Palliativversorgung bestehen.

Hausärztliche Versorgung im Rahmen des EBM · Jeder Hausarzt ist berechtigt, ohne eine zusätzliche Genehmigung die Ziffern 03370/03371/03372/03373 bzw. 04370-73 abzurechnen [3].

Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) mit Palliativvereinbarungen · In vielen, aber nicht in allen Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung sind Sondervergütungen für die Versorgung von Palliativpatienten vorgesehen. Diese sind an keine formale palliativmedizinische Qualifikation gebunden.

Qualifikationsgebundene Versorgung im Rahmen des EBM · Alle niedergelassenen Ärzte erhalten die Möglichkeit, nach Genehmigung durch die KV die Ziffern des Kap. 37.3 abzurechnen [4]. Hierzu sind bestimmte Nachweise zu erbringen. Diese ermächtigen zum Abrechnen der EBM-Ziffern 37300–37320.

Versorgung innerhalb von regionalen AAPV-Strukturen · In vielen KV-Bereichen wur-

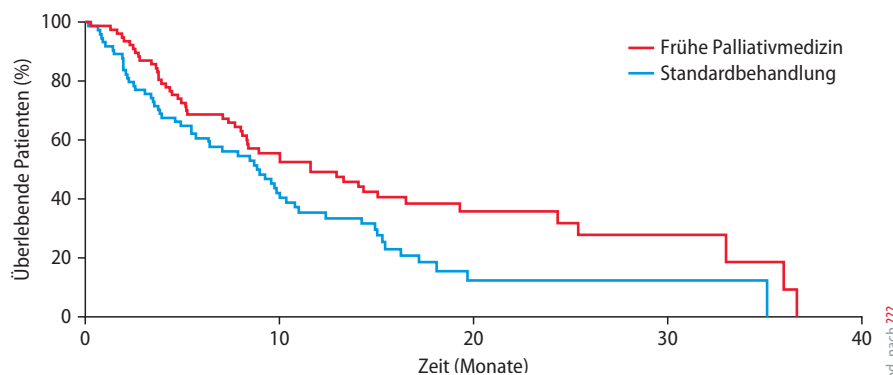
Tab. 1 Voraussetzungen für den Erhalt palliativmedizinischer Leistungen

- Begrenzte Lebenswartung von Tagen, Wochen oder Monaten
- Schwere Symptomlast
- Fortschreitende unheilbare Erkrankung, bei der eine kurative Behandlung nicht mehr indiziert oder gewünscht ist.

de und wird schon lange bevor der Gesetzgeber im Bundesbereich aktiv wurde die Palliativversorgung im Haus- und fachärztlichen Bereich gefördert. So existieren beispielsweise im Bereich der KV Nordrhein Sonderverträge, die es ermöglichen, dass die hausärztliche Versorgung bei entsprechender Qualifikation extrabudgetär und zu festen Euro-Werten bezahlt wird, um die umfangreichen Aufgaben, die mit der Betreuung von Palliativpatienten verbunden sind, angemessen zu honorieren.

Versorgung innerhalb der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) · Seit dem Jahre 2007 gibt es ein Gesetz, welches den Aufbau von SAPV-Strukturen vorsieht. Zurzeit gibt es mehr als 400 SAPV-Teams in Deutschland [5]. Hierbei handelt es sich um multiprofessionelle Teams, die bei besonders schwerer Symptomlast und komplexen Situationen in die Begleitung sterbender Patien-

Abb. 1 Temel-Studie: Die frühzeitige palliativmedizinische Begleitung kann Leben verlängern



ten über eine Verordnung nach dem Muster 63 eingebunden werden. Daten aus dem Verbund der SAPV-Teams in Nordrhein [6] zeigen, dass bis zu 20% der Patienten in bestimmten Regionen von SAPV-Teams betreut werden. Problematisch ist, dass insbesondere in ländlichen Regionen keine SAPV zur Verfügung steht.

Ziele und Zuordnung der Versorgungsebenen

Die Zuordnung des Patienten zu den verschiedenen Versorgungsformen erfolgt aufgrund von zwei entscheidenden Kriterien.

Patientenseitig

Im Vordergrund stehen die Notwendigkeiten und Bedürfnisse des sterbenden und schwerstkranken Patienten und seines sozialen Umfelds. Diese Bedürfnisse sind nicht an eine bestimmte Diagnose gebunden. Zwar werden überwiegend Patienten mit Karzinomen behandelt, aber der Anteil der Patienten mit internisti-

schen und neurologischen Erkrankungen ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Die daraus resultierenden Bedürfnisse sind also individuell höchst unterschiedlich und können sich in kurzer Zeit stark ändern. Scheinbar stabile Situationen verwandeln sich innerhalb weniger Stunden in hochdramatische Verläufe, die das Hauptziel der Versorgung, nämlich die Menschen am Ort ihrer Wahl versterben zu lassen, gefährden (Abb. 2).

Versorgerseitig

Das zweite Kriterium ist die Leistungsfähigkeit und Bereitschaft der vorgesehenen Versorgungsebene während der Routineversorgung und in Notsituationen. Damit ist auch offensichtlich, dass die Behandlung eines sterbenden Patienten prinzipiell von jedem Arzt durchgeführt werden kann, der eine Linderung des Leidens nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu jeder Zeit bei Notwendigkeit zu erbringen und zu koordinieren in der Lage ist. Dies kann sowohl alleine durch den engagierten Hausarzt, aber

auch gemeinsam in Hausarztnetzwerken, allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)-Netzwerken und SAPV-Strukturen bei der Erfüllung der patientenseitigen Notwendigkeiten erfolgen.

Es ist evident, dass es erhebliche regionale Unterschiede bei der Versorgung gibt. Der „selbe“ Patient wird in der einen Region von „seinem“ Hausarzt versorgt werden, der rund um die Uhr erreichbar ist, und in einer anderen Region von einem AAPV-Netzwerk und in der dritten Region von einem SAPV-Netzwerk.

Was benötigt ein Palliativpatient?

Die Erfahrung der Behandlung sterbender und schwerkranker Patienten der letzten Jahre zeigt, dass eine angemessene Versorgung folgende Aspekte auf richtig berücksichtigen muss:

- Die Kenntnis des Patienten, seines Umfeldes und seiner persönlichen Wünsche.
- Die Möglichkeit, die letzten Tage und Wochen seines Lebens symptomkontrolliert einen möglichst „normalen“ Alltag zu erleben, und dort zu sterben, wo es gewünscht ist [7].
- Die sofortige Hilfe im Falle einer akuten Verschlechterung der Symptomlast, in spiritueller, somatischer, physischer und auch sozialer Hinsicht.
- Eine kenntnisreiche Notfallversorgung nachts und am Wochenende, bei Situationen, die nicht durch die vorrausschauende Gabe einer umfangreichen Bedarfsmedikation bzw. Netzwerkverfügbarkeit gelindert werden können.
- Die Möglichkeit, mit sofort zur Verfügung stehenden Medikamenten inklusive betäubungsmittelpflichtigen Schmerzmitteln, aber auch Worten und begleitenden Maßnahmen spiritueller und psychosozialer Art vor Ort Linderung zu erreichen.

Diese Bedingungen gehören für alle Versorgungsebenen zu den zu erfüllenden Grundvoraussetzungen, unabhängig davon, ob ein Hausarzt, die AAPV oder die SAPV den palliativen Versorgungsauftrag übernommen hat. Natürlich existieren in der Versorgung der sterbenden jungen Mutter und der lebenssatten Greisin im Seniorenwohnheim völlig

Kasten 1: Vereinbarung der KBV mit dem GKV-Spitzenverband vom 29.11.2016

§ 1 Ziele und Gegenstand der Vereinbarung

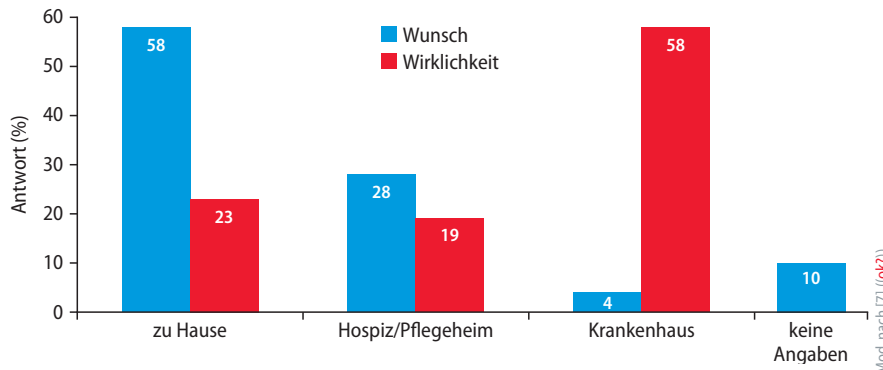
(1) Ziel dieser Vereinbarung ist die Festlegung der Voraussetzungen für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V von schwerstkranken und sterbenden Menschen aller Altersgruppen in der letzten Phase ihres Lebens. Durch die Vereinbarung soll die bestehende ambulante Palliativversorgung durch eine besondere Qualifikation und verbesserte Koordination gestärkt werden, um Betroffenen ein Sterben zu Hause bzw. in selbst gewählter Umgebung bei bestmöglicher individueller Lebensqualität zu ermöglichen.

(2) Die Stärkung der ambulanten Palliativversorgung erfolgt durch besonderes Engagement und besondere Qualifikation des an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsarztes, die bedarfsgerechte Strukturierung des Versorgungsprozesses, die Koordination aller beteiligten Leistungserbringer durch den teilnehmenden Vertragsarzt, die aktive Kooperation des verantwortlichen Arztes mit weiteren an der Versorgung Beteiligten sowie weiteren Maßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität.

Kasten 2: Grundlage der SAPV ist das Bundesgesetz nach § 37b SGB V aus dem Jahre 2007

Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung.

Abb. 2 **Der Ort des Sterbens: Wunsch und Wirklichkeit**



unterschiedliche Bedürfnisse. Dies gilt es bei der Ressourcenallokation zu berücksichtigen.

Welche Voraussetzungen sind von den Leistungserbringern zu erfüllen?

Ausgehend von den Versorgungs-Notwendigkeiten auf Patientenseite, sollte jeder kenntnisreiche und engagierte Arzt die Möglichkeit haben, seine Patienten beim Sterben zu begleiten. Er sollte wissen, dass sich die Ansprüche, die Erkenntnisse und die Notwendigkeiten der Versorgung in den letzten Jahren entscheidend geändert haben. Die Palliativversorgung ist bereichert worden und nicht mehr vergleichbar mit der Versorgung am Beginn des Jahrtausends. Eine der wichtigsten Forderungen an die Leistungserbringer ist ein funktionierende Netzwerk.

Die Einbindung ehrenamtlicher Organisationen oder die seelsorgerische Begleitung, die psychoonkologische Betreuung, der kenntnisreiche Einsatz von physiotherapeutischen Maßnahmen, der Einsatz von Medikationspumpen am Lebensende oder die Besprechung im Rahmen ethischer Fallkonferenzen sind nicht selten notwendig. Sie können aufgrund der Komplexität in der Regel nur von gut organisierten Netzwerken und Kooperationsstrukturen der palliativen Versorgung erbracht werden.

Natürlich benötigen viele Patienten diese Komplexität der Vernetzung nicht, aber alle Patienten benötigen die Notrufnummer des betreuenden Arztes. Eine

Notfallversorgung über 116 117, bei der dann unbekannte Ärzte schon allein aus rechtlichen Gründen häufig nicht in der Lage sind, den Wunsch des Patienten zu erfüllen, am Ort seiner Wahl zu versterben, wird diesem Anspruch nicht gerecht.

Zentraler Ansprechpartner für den Patienten bleibt der Hausarzt

Die Möglichkeiten der Versorgung von sterbenden Menschen sind vielfältig und anspruchsvoll. Versorgungsformen und -umfang orientieren sich an den Wünschen der Patienten und ihrer Zugehörigen sowie der aufrichtigen und tadellosen Einschätzung der Versorgenden, was sie jederzeit zu leisten bereit sind.

Spätestens auf der Ebene von qualifikationsgebundenen Palliativleistungen sind vernetzte Patientenakten, eine eigene Notdienststrufbereitschaft sowie eine schnelle Erreichbarkeit notwendig, um den Patienten und den eigenen Ansprüchen gerecht zu werden. Eine Versorgung von Palliativpatienten über den kassenärztlichen Notdienst entspricht nicht dem, was von einer guten Palliativversorgung erwartet werden darf.

Die Erwartung, dass der Hausarzt allein von der „Wiege bis zur Bahre“ für seine Patienten zuständig ist, ist aufgrund der besonderen Anforderungen, die heutzutage an eine gute Palliativversorgung gestellt werden, nicht mehr zeitgemäß. Es entspricht dem Wesen der Palliativversorgung, multiprofessionell zu arbeiten.

Ein Wechsel zwischen den Versorgungsebenen ist möglich und häufig

sinnvoll, um die bestmögliche Versorgung in den wechselnden Krankheitsphasen der Patienten zu erhalten.

Die Dankbarkeit für uns Hausärzte, wenn wir vorbeugend und in vielen Fällen gemeinsam mit anderen Hausärzten, AAPV-Netzwerken oder SAPV-Strukturen ein friedliches Sterben zu Hause ermöglichen, ist groß. Sie wird durch die vernetzte Zusammenarbeit nicht gemindert.

Zentraler Ansprechpartner, Koordinator und Wegbegleiter des Patienten ist und bleibt auch zukünftig der vernetzte Hausarzt. Er wird auch nach Versterben eines Patienten die Begleitung der Familien und Zugehörigen führend übernehmen.

→ **Literatur:** springermedizin.de/mmw

→ **Title and Keywords:** Who for whom: Which form of palliative outpatient care is the most suitable?

Outpatient palliative care / structure of care / specialist palliative care

→ **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Thomas Joist
 Facharzt für Allgemeinmedizin/Palliativmedizin, niedergelassener Hausarzt
 Heidelberger Straße 49, D-51065 Köln
 E-Mail: info@hausarztkoeln.de

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Viele wissenschaftliche Daten zeigen: Schwerkranke und sterbende Patienten profitierten von einer frühzeitigen palliativmedizinischen Behandlung!
2. Hausärztinnen und Hausärzte können in Abhängigkeit von ihren zeitlichen Ressourcen und den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien die meisten Patienten kompetent, empathisch und kenntnisreich beim Sterben begleiten.
3. Die Einbindung in und die Zusammenarbeit mit multiprofessionellen Strukturen wie SAPV- und AAPV-Netzwerken bereichert das Spektrum der therapeutischen Möglichkeiten. Sie ist bei komplexen Versorgungssituationen entlastend.