

SAPV und BtM-Versorgung

Bleiben noch Fragen offen?

Palliativmediziner und multiprofessionelle Palliative-Care-Teams ermöglichen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) schwerstkranken Patienten bis zuletzt ein Leben in ihrer vertrauten Umgebung. Dabei verwischen die Grenzen der sektoralen Aufteilung in unserem Gesundheitswesen, die Betreuung der SAPV-Patienten ist aber noch nicht mit allen juristischen Regularien kompatibel. Palliative-Care-Teams leisten einen 24-h-Bereitschaftsdienst und werden auch zur Krisenintervention bei Palliativpatienten hinzugezogen. In der Novelle der Betäubungsmittel (BtM)-Verschreibungsverordnung vom Mai 2010 wurden die Teams daher dem Rettungsdienst gleichgestellt und unter anderem ein BtM-Notfalldepot zur Krisenintervention ermöglicht.

Akutversorgung zu Hause

Ein Problem ist nach wie vor ungeklärt: Das SAPV-Team kommt zwar im Krisenfall zum Patienten, der stabilisierte Patient verbleibt aber anders als beim Rettungsdiensteinsatz zu Hause. Und hier beginnt das Dilemma: Um z. B. das erneute Auftreten von Schmerzen abzufangen, muss eine entsprechende Medikation vorhanden sein. Vorgesehen ist vom Gesundheitswesen, dass der Arzt ein Rezept ausstellt und dieses in der (Notdienst-)Apotheke eingelöst wird. Was aber, wenn das benötigte Medikament nicht oder nicht mehr vorhanden ist? Oder kein zeitnaher Transport zum Patienten nach Hause möglich ist? Angehörigen in einer emotionalen Ausnahmesituation ist kaum zuzumuten, den Patienten alleine zu lassen, der Apotheker kann nachts die Notdienstapotheke nicht verlassen und die Krankenkasse wird wohl kaum die Taxikosten übernehmen. Es läge nahe, dass der Arzt in diesen Ausnahmefällen die nächste Dosierung beim Patienten belässt, doch damit würde er sich nach dem Betäubungsmittelgesetz strafbar machen.

Rückt der Bedarf der Patienten im berufspolitischen Getöse in den Hintergrund?

Als sich bei der Suche nach einer Lösung im Bundesministerium für Gesundheit abzeichnete, wie viele Grundsatzstrukturen berührt werden, wurden die betroffenen Fachgesellschaften, Berufsverbände und Ministerien aktiv. Im Verhandlungsverlauf

bauten sich weit auseinanderliegende Positionen auf, und der Bedarf der Patienten rückte im berufspolitischen Getöse in den Hintergrund. Die Apothekerverbände fürchteten – sicherlich zu Recht – um die Aufhebung des Dispensierverbots für Ärzte. Denn in vielen Regionen hatte kein Austausch zwischen Apotheken und SAPV-Netzwerken zur gewünschten Bevorratung stattgefunden. Zusätzlich diskutierten andere Verbände eine grundsätzliche Ausweitung der ärztlichen Arzneimittelabgabe. Widerstand provozierte auch das Ansinnen, alle 22.000 Apotheken spezielle teure Betäubungsmittel verpflichtend vorhalten zu lassen ohne zu berücksichtigen, ob diese in den Netzwerken tatsächlich eingesetzt werden.

Sondersituationen brauchen Regelung

Andererseits wurde deutlich, dass selbst bei abgestimmter Bevorratung bestimmte Situationen im Einzelfall die Abgabe der nächsten Dosierungen durch den Palliativmediziner notwendig machen. Für diese Sondersituationen brauchen wir eine Regelung. Für den Mediziner muss eine bedarfsgerechte Versorgung möglich sein, ohne, dass Verbände diese wegen gesundheitspolitischer Grundsatzzfragen verhindern. Die aktuelle Änderung der Apothekenbetriebsordnung ist ein kluger Beginn. Es bleibt zu hoffen, dass nun die angekündigten Folgeänderungen zügig und geräuschlos umgesetzt werden. ■

Ihr




Klaus Ruberg, Wesseling
 Fachapotheker für
 Offizinpharmazie und
 Pflegeversorgung,
 Sektion Pharmazie der
 Deutschen Gesellschaft
 für Palliativmedizin
 (DGP) e. V.