

## **Palliativversorgung, Schmerzpumpen und die Krankenkassen**

**Author** : Christian Meisen

**Date** : 17/03/2016

Als palliativversorgende Apotheke mit den Versorgungsformen "Hospiz, Allgemeine Ambulante Palliativversorgung und Spezielle Ambulante Palliativversorgung" (SAPV) wundern wir uns im "Innenverhältnis" zu unseren "Partnern", den Krankenkassen, langsam über gar nichts mehr. Erst recht nicht nach Einführung der DRG`s 2013 auf den Palliativstationen der Krankenhäuser, denn .....

9 Tage (allerhöchstens 11) müssen reichen, um entweder gestorben zu sein oder stabilisiert zum Sterben in das häusliche Umfeld oder in ein Hospiz (Cave: Wartelisten!) entlassen zu werden!

Dies geschieht mit Regelmäßigkeit sehr häufig am Freitag, wenn das Pflegepersonal dank Wochenende sich zu halbieren droht.

Naja, zum Glück gibt es ja uns: SAPV, ein interdisziplinäres Team aus Palliativärzten, ca. 10 Palliativ-Care-Pflegekräften und uns als Apotheke mit 24h/365 Tage-Rufbereitschaft!

Denn häufig ist die Einstellung mit Analgetika unzureichend oder muß rasch angepasst werden, da sich der Zustand der Patienten von Stunde zu Stunde ändern kann. Auch gibt es pharmazeutische Gründe, welche eine sehr schnelle Bereitstellung einer patientenkontrollierten Schmerzpumpe erfordern. Wir schaffen das IMMER in wenigen Stunden, limitierend sind lediglich die Entfernungen in unserem Versorgungsgebiet.

Wir liefern also: Immer, sofort, wie es die Umstände erfordern.

Nur:

Vor der Belieferung ist eigentlich die Genehmigung der Krankenkasse einzuholen...

Aber dafür bleibt meist keine Zeit. Schon gar nicht am Wochenende. Also beliefern wir stets auf eigenes Risiko. Das anschließende Procedere ist immer das Gleiche: Der Palliativarzt schreibt uns ein Attest, aus dem hervorgeht, warum gerade in diesem Fall der Einsatz einer Pumpe unumgänglich ist. Mit diesem und einem Kostenvoranschlag beantragen wir die Genehmigung zur Belieferung so zeitnah wie möglich, aber nachträglich.

Was uns hier innerhalb der letzten nahezu 5 Jahre passiert ist... Man könnte ein Buch schreiben...

## Ohne ApothekeR fehlt Dir was

Licht und Schatten eines tollen Heilberufs

<http://ohne-apotheker-fehlt-dir-was.de>

---

Daher lediglich beispielhaft:

- Ablehnung ohne Begründung nach ca. 2-3 Wochen (Da wäre in "echt" der Patient schon tot.)
- Man werde einen Vertragspartner mit der Belieferung beauftragen (auch reichlich spät)
- Es fehle die Qualifizierung (Präqualifizierung und alle Kriterien sind erfüllt)
- Der Rechnungsbetrag wird nach Belieben gekürzt
- Aber fast immer: Frühester Eingang der Genehmigung nach ca. 8-10 Tagen, in der Regel nach 3-4 Wochen, Extrembeispiel nach 2 Monaten. Hallo Leute! Es handelt sich um Schwerstkranke, mit fast 100 %er Sicherheit am äußersten Ende ihres Lebens!

Bemerkung: Die mittlere Verweildauer eines Patienten in der SAPV beträgt zwischen 7-9 Tage...

Wir können uns aber trotzdem glücklich schätzen: Soweit ich weiß, ist bei den Sanitätshäusern das Beliefern vor Genehmigung nicht nur Risiko, sondern explizit verboten... Es sei denn, man einigt sich im Vorfeld.

Meine Anregung bzw. Frage: Warum schaffen es die Krankenkassen trotz hoher Verwaltungskosten nicht, eine 24h-Hotline einzurichten, welche sich dieser Fälle annimmt, oder gar auf eine Genehmigung zu verzichten, wenn der Verordner die Notwendigkeit begründet?

Dafür darf ich mir dann jeden Morgen im Radio auf der Fahrt zur Apotheke die Radiospots genau dieser Krankenkassen anhören, welche uns das Leben am schwersten machen.....

Mit besten Grüßen

Dr. rer. nat. Christian Meisen

Windmühlen-Apotheke

41751 Viersen