

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Vom 16. März 2017

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Änderung in § 1 Abs. 1 HKP-RL.....	3
2.2	Änderung in § 5 Abs. 3 HKP-RL.....	3
2.3	Aufnahme der Leistungsziffer 24a in das Leistungsverzeichnis der HKP-RL.....	3
2.3.1	Verordnungsvoraussetzungen.....	3
2.3.2	Hinweise zur Verordnung	4
2.3.3	Durchführung der Maßnahmen	4
2.3.4	Leistungsbeschreibung.....	5
2.3.4.1	Leistungsumfang	5
2.3.4.2	Begriffsbestimmung.....	5
2.3.5	Bemerkung	6
2.3.6	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme	6
3	Würdigung der Stellungnahmen	6
4	Bürokratiekostenermittlung.....	7
5	Verfahrensablauf	8

1 Rechtsgrundlagen

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dient der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Als Anlage ist der HKP-RL ein Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) beigelegt.

Darüber hinaus ist der G-BA durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) beauftragt worden, in der HKP-RL Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zu regeln. Durch die Änderung des § 92 Abs. 7 SGB V beabsichtigt der Gesetzgeber, die Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege weiterzuentwickeln und das Nähere zur ambulanten Palliativversorgung festzulegen. Dies betrifft insbesondere eine Konkretisierung behandlungspflegerischer Maßnahmen sowie Leistungen der Palliativpflege, die sowohl eine im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung gewünschte fallbezogene Vernetzung und ein abgestimmtes Zusammenwirken der verschiedenen Akteure unterstützen als auch den besonderen Versorgungsbedarf von Palliativpatientinnen und -patienten berücksichtigen sollen. Dabei sind insbesondere auch die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen. Mit dieser Regelung soll das Ziel unterstützt werden, in der Regelversorgung den Hospiz- und Palliativgedanken stärker zu verankern, die ambulante Palliativversorgung weiter zu stärken und die Vernetzung und Kooperation der an der Versorgung beteiligten unterschiedlichen Leistungserbringer und Fachkräfte – auch an den Schnittstellen der hospizlichen und palliativen Versorgung – zu fördern (vgl. Begründung zum Gesetzentwurf HPG, BT-Drs. 18/5170, S. 28f).

2 Eckpunkte der Entscheidung

Die häusliche Krankenpflege ist in der ambulanten Palliativversorgung von Menschen, die ihre letzte Lebensphase in der häuslichen Umgebung verbringen, von erheblicher Bedeutung. Dies findet bislang im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege keine ausdrückliche Erwähnung, die Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege standen aber bereits Palliativpatientinnen und -patienten zur Verfügung. Diese Möglichkeit ist auch weiterhin gegeben und wird nunmehr eindeutig normiert.

Patientinnen und Patienten mit einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen und zum Tode führenden Erkrankung sind dynamischen Krankheitsentwicklungen ausgesetzt. Hierbei schwanken körperliche und psychische Symptome innerhalb des Krankheitsverlaufes. Gerade in der Zeit vor Eintritt des Todes können sich die Symptome beträchtlich intensivieren. Die bisherige Ausrichtung der HKP-Richtlinie mit verordnungsfähigen Einzelleistungen trug dem nur eingeschränkt Rechnung.

Daher besteht die Notwendigkeit, ergänzend zu den bereits verordnungsfähigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, eine neue Leistung zur spezifischen palliativpflegerischen Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten deren Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate limitiert ist, einzuführen, da der Hilfebedarf in dieser Zeit unvorhersehbar steigen kann und besonders dynamisch ist.

Die Leistungen nach Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses sind nicht bei allen Palliativpatientinnen und -patienten erforderlich. Bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten bei denen kein dynamisches Symptomeschehen vorliegt, welches einen multidimensionalen Versorgungsbedarf zum Verbleib in der Häuslichkeit auslösen würde, sind anstatt einer Komplexleistung zur Symptomkontrolle entsprechend der Ziffer 24a eine bzw. mehrere Einzelleistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL verordnungsfähig.

Bei Patientinnen und Patienten, die sich in einer Palliativsituation befinden, ergeben sich folgende Verordnungsmöglichkeiten:

1. Verordnung von Einzelleistungen

Bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, bei denen die Versorgung in der Häuslichkeit durch Einzelleistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL ausreichend gewährleistet ist, können diese wie bisher verordnet werden. Die Leistung nach Ziffer 24a ist in dieser Konstellation nicht verordnungsfähig.

2. Verordnung von Leistung Nr. 24a

Bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, bei denen die Symptomkontrolle aufgrund des sich intensivierenden bzw. des fluktuierenden Symptomgeschehens erforderlich ist und die weiteren in der Bemerkungsspalte des Leistungsverzeichnisses genannten Voraussetzungen erfüllt sind, kann die Nr. 24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“ verordnet werden. Dabei umfasst die Symptomkontrolle im Sinne der Richtlinie sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen.

Die Leistung Nr. 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL im Sinne einer Komplexleistung. Neben der Nr. 24a sind keine weiteren behandlungspflegerischen Leistungen der häuslichen Krankenpflege verordnungsfähig, da die Nr. 24a alle im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen entsprechend dem Leitungsverzeichnis der HKP-RL beinhaltet.

Durch die Einführung der Nr. 24a in das Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie schafft der G-BA eine Regelung, um der notwendigen Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten, deren Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate limitiert ist, im Rahmen der häuslichen Krankenpflege noch stärker gerecht werden zu können.

Durch die Weiterentwicklung der HKP-Richtlinie (Klarstellung in der HKP-RL und Einführung der Leistungsziffer Nr. 24a im Leistungsverzeichnis) mit Blick auf die besonderen Belange von Palliativpatientinnen und -patienten wird ergänzend zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), die auf ein komplexes Symptomgeschehen abzielt, auch die allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der sogenannten Regelversorgung gestärkt.

2.1 Änderung in § 1 Abs. 1 HKP-RL

Die Ergänzung in § 1 HKP-RL stellt klar, dass die im Leistungsverzeichnis der HKP-RL genannten Leistungen eine kurative aber auch eine palliative Zielsetzung haben können.

2.2 Änderung in § 5 Abs. 3 HKP-RL

Werden Leistungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 SGB V verordnet, so ist in Bezug auf die gesetzliche Befristung der Leistungsdauer auf vier Wochen regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall für einen erforderlichen längeren Leistungsbezug anzunehmen.

2.3 Aufnahme der Leistungsziffer 24a in das Leistungsverzeichnis der HKP-RL

2.3.1 Verordnungsvoraussetzungen

Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes letzten Tagen, Wochen oder Monaten vor dem Lebensende nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen.

Um den Besonderheiten der Palliativsituation von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen, wird klargestellt, dass bei Kindern und Jugendlichen die Leistung Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung verordnungsfähig ist, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt werden. Dadurch werden regelmäßig längere Krankheitsverläufe bei Kindern und Jugendlichen berücksichtigt.

Um Doppelleistungen auszuschließen, ist eine klare Abgrenzung zu den Leistungen der SAPV erforderlich. Die Leistung nach Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL kann nicht verordnet werden, wenn die Patientin oder der Patient bereits Leistungen der SAPV nach § 37b SGB V in der Form der SAPV-Vollversorgung oder der additiv unterstützenden palliativpflegerischen Teilversorgung im Sinne der Richtlinie des G-BA zur Verordnung von SAPV nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V erhält. In diesem Fall werden die erforderlichen palliativpflegerischen Leistungen aufgrund des Vorliegens eines komplexen Symptomgeschehens bereits im Rahmen der SAPV durchgeführt.

2.3.2 Hinweise zur Verordnung

Bei der Verordnung der Leistung nach Nr. 24a sind auf dem Verordnungsformular alle notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen anzugeben, die zum Zeitpunkt der Verordnung bekannt sind. Dabei ist eine Nennung der verordnungsrelevanten Diagnosen mit den entsprechenden Maßnahmen ausreichend, eine explizite Nennung der entsprechenden Leistungsnummern ist nicht erforderlich.

Die im Leistungsverzeichnis festgelegten Empfehlungen zu „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ von Leistungen gelten nur für die Verordnung als Einzelleistung, nicht aber für die Verordnung im Rahmen der Nr. 24a.

Darüber hinaus ist im Leistungsverzeichnis bei einigen Leistungen festgelegt, dass diese nur bei Patientinnen und Patienten verordnungsfähig sind, die eine starke funktionelle oder strukturelle Einschränkung haben. U.a. sind auch moribunde Patientinnen und Patienten unter diesen Einschränkungen genannt. Es wird darauf hingewiesen, dass Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten vom Begriff „moribund“ umfasst sind.

2.3.3 Durchführung der Maßnahmen

Im Rahmen der Leistungen nach Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie sind die Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegefachkräfte zur engen Abstimmung (siehe 2.3.3.2) verpflichtet.

Die Koordinationsverantwortung liegt nach § 7 Abs. 2 HKP-Richtlinie in Verbindung mit § 87 Abs. 1b SGB V und bereits vereinbarten EBM Ziffern bei der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt. Leistungen wie z.B. Koordinierung der palliativmedizinischen und – pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen, sowie die Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen sind Bestandteil der ärztlichen Versorgung, abgebildet z.B. durch die EBM Ziffer 03370 und EBM Ziffer 03371 (Stand vom 05.01.2017).

Pflegedienste haben eine fachgerechte Pflegedokumentation zu führen. Bei der Leistung „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten“, die als Komplexleistung verordnet wird und flexibel je nach Bedarf die Erbringung der individuell erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege ermöglicht, kommt der Pflegedokumentation eine besondere Bedeutung auch für die Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und dem behandelnden Arzt zu. Der Pflegedienst vermerkt seine Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen in der Pflegedokumentation.

2.3.4 Leistungsbeschreibung

2.3.4.1 Leistungsumfang

Schwerkranke und sterbende Menschen benötigen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung.

Da Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, deren Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate limitiert ist, oftmals eine sich dynamisch verändernde Krankheitsentwicklung erleben, die auch mit unvorhersehbar stark schwankendem Hilfebedarf einhergehen, können Verordnungen, die nur bestimmte Leistungen in einer bestimmten Frequenz beschreiben, problematisch sein. Deshalb handelt es sich bei der Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses um eine Komplexleistung, die flexibel - ggf. situativ auch mehrfach täglich - die Symptomkontrolle ermöglicht und in der alle erforderlichen behandlungspflegerischen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie beinhaltet sind.

2.3.4.2 Begriffsbestimmung

In enger Abstimmung:

Die Leistung ist anhand des Behandlungsplanes der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes durchzuführen. Aufgrund des zu erwartenden dynamischen Krankheitsprozesses und des fluktuierenden Hilfebedarfes ist auch im weiteren Verlauf der Leistungserbringung eine enge Abstimmung zwischen den Pflegediensten mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erforderlich und von besonderer Bedeutung. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt ist in § 7 HKP-RL geregelt.

Symptomkontrolle:

Die Symptomkontrolle umfasst das Erkennen, Erfassen und Behandeln von Krankheitszeichen und Begleitscheinungen wie Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, pulmonale oder kardiale Symptomen (Atemnot, beginnendes Lungenödem, Blutdruckkrise), Obstipation (Verstopfung). Dazu gehört auch die Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden. Die Leistung soll helfen, flexibel auf ein wechselhaftes und plötzlich auftretendes Symptomgeschehen zu reagieren.

Die Weiterbehandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie kann erforderlich sein, beim Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens mit einer ausgeprägten Symptomatik, deren Kontrolle/Kompensation wahrscheinlich einer speziellen palliativmedizinischen bzw. palliativpflegerischen Kompetenz und Erfahrung bedarf, oder aber bei der Notwendigkeit einer häufigen Anpassung und Überprüfung des Behandlungsplanes aufgrund dynamischer Veränderungen im Krankheitsverlauf.

Krisenintervention:

Eine Krisenintervention beinhaltet eine Abfolge von medizinischen und pflegerischen Handlungen bei plötzlich auftretenden Symptomverschlechterungen oder plötzlich auftretenden neuen Krankheitsreaktionen (z.B. Krampfanfälle, Blutungen, akute Angstzustände). Im Rahmen der Leistung nach Nr. 24a handelt es sich um im konkreten Behandlungsfall typischerweise mögliche Krisensituationen, deren Behandlung durch einen Pflegedienst ausführbar ist. Die Handlungsanweisungen sollen zuvor von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt in einem Notfallplan festgelegt werden.

Beim Vorliegen einer Krisensituation, die z.B. durch einen instabilen Zustand der Patientin oder des Patienten, das Auftreten neuer unerwarteter Probleme oder starker Verschlechterung der Symptomatik charakterisiert ist, ist vom Pflegedienst umgehend Kontakt mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt aufzunehmen, um das weitere Vorgehen abzustimmen. In diesen Fällen ist ggf. die Weiterbehandlung im Rahmen der SAPV-RL zu prüfen.

2.3.5 Bemerkung

Sofern durch Patientinnen und Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung, wie z.B. die Einbindung eines ambulanten Hospizdienstes, unterstützt werden. Dies kann beispielsweise durch den Pflegedienst im Rahmen seiner Netzwerkpartner oder durch die Krankenkassen im Rahmen des Beratungsangebotes nach § 39b SGB V erfolgen.

2.3.6 Dauer und Häufigkeit der Maßnahme

Maßnahmen sind im Rahmen der Erstverordnung und Folgeverordnungen für bis zu 14 Tage verordnungsfähig. Wie bei den übrigen Leistungen des Leistungsverzeichnisses, handelt es sich bei den Angaben zur Dauer und Häufigkeit von Leistungen um Empfehlungen für den Regelfall, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann.

Die Leistung kann sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen verordnet werden, sollte diese für längere Zeiträume erforderlich werden. Auch sind Fallgestaltungen nicht ausgeschlossen, in denen bei Stabilisierung des gesundheitlichen Zustandes ggf. die Komplexeleistung beendet und bei erneuter Notwendigkeit einer Symptomkontrolle wiederum aufgenommen wird.

3 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation dokumentiert.

Im Ergebnis der Auswertung wurden folgende Änderungen im Beschlussentwurf vorgenommen:

In der Nummer 24a werden folgende Änderungen vorgenommen:

- Der Name der Leistung wird wie folgt gefasst: „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“.
- In der Spalte Leistungsbeschreibung wird der 3. Spiegelstrich um den Zusatz „akuten Angzuständen“ ergänzt.
- In der Spalte Leistungsbeschreibung wird Satz 2 wie folgt neu gefasst: „Die Leistung Nr. 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben dieses Leistungsverzeichnisses.“
- In der Spalte Bemerkung wird in Satz 1 statt der Formulierung „Die Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL“ folgende Formulierung zur Einleitung verwendet: „Diese Leistung“.
- In der Spalte Bemerkung wird der Satz „Die konkreten behandlungspflegerischen Interventionen sollen auf der Verordnung angegeben werden“ gestrichen.
- In der Spalte Bemerkung werden folgende Sätze eingefügt: „Die Leistung der Symptomkontrolle umfasst sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen. Die notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Verordnung bekannt sind, sind auf der Verordnung anzugeben.“
- In der Spalte Bemerkung wird folgender Satz eingefügt: „Die im Leistungsverzeichnis festgelegten Empfehlungen zu „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ von Leistungen sind im Rahmen der Verordnung der Leistungsziffer Nr. 24a nicht zu beachten.“

- In der Spalte Bemerkung werden vor den Worten „durch einen ambulanten Hospizdienst“ die Wörter „z.B.“ ergänzt und nach den Worten „durch einen ambulanten Hospizdienst“ die Wörter „oder Kinderhospizdienst“ ergänzt.
- „In der Spalte Bemerkung werden folgende Sätze gestrichen: „Neben der Leistung Nr. 24a können andere behandlungspflegerische Leistungen nur dann zusätzlich verordnet werden, wenn diese Leistungen aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht zeitgleich im Rahmen der Nr. 24a erbracht werden können. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen“.
- In der Spalte Bemerkung wird der Satz „Die Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumentation zu vermerken“ gestrichen.

4 Bürokratiekostenermittlung

Es ist davon auszugehen, dass sich durch die vorgesehene Änderung der Richtlinie die Anzahl von HKP-Verordnungen erhöht. Aufgrund der erwarteten höheren Fallzahlen kann mit einem leichten Anstieg der Bürokratiekosten gerechnet werden. Auf eine Ausweisung der Bürokratiekosten wurde verzichtet.

5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
16.12.2014		Schreiben GKV-SV : Antrag zur Aufnahme der Beratung über eine Ergänzung der Häusliche Krankenpflege Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege
16.04.2015	G-BA	Aufnahme der Beratungen gemäß 1. Kapitel § 5 Abs. 1 VerfO
11.03.2015	UA VL	Beauftragung der AG HKP mit der Erstellung eines Beschlussentwurfs zur Verortung der Palliativversorgung in der HKP-RL
29.06.2016	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) / zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten über eine Änderung der HKP-RL
16.11.2016	UA VL	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen und Anhörung
22.02.2017	UA VL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe, ZD)
16.03.2017	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)
18.07.2017		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Nichtbeanstandung mit Auflagen
21.09.2017	G-BA	Änderungsbeschluss zum Beschluss vom 16. März 2017
<i>TT.MM.JJJJ</i>		<i>Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Nichtbeanstandung</i>
<i>TT.MM.JJJJ</i>		<i>Veröffentlichung des konsolidierten Beschlusses im Bundesanzeiger</i>
<i>TT.MM.JJJJ</i>		<i>Inkrafttreten</i>

Berlin, den 16. März 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken