

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
Landesvertretung Bayern
zur aktuellen Lage in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)
im Speziellen
zu den neu eingeführten Instrumenten Leistung Nr. 24 a der HKP-RL sowie
zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen
Versorgung (BQKPMV)**

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wurden verschiedene Maßnahmen getroffen, um die ambulante Palliativversorgung zu stärken.

Im (haus)ärztlichen Bereich wurde mit der BQKPMV eine neue Leistungsvergütung für die Betreuung von komplex erkrankten, sterbenden Menschen ohne SAPV Indikation aber mit erhöhtem Versorgungsbedarf eingeführt. Diese kann nur mit zusätzlicher Qualifikation und bestimmten Strukturvoraussetzungen der Krankenkassen zur Last gelegt werden. Auch im pflegerischen Bereich wurde eine neue Leistung Nr. 24a in die HKP-RL eingeführt, die als Komplexleistung zur Symptomkontrolle bei sterbenden Menschen durch Pflegedienste eingesetzt werden kann.

Wir begrüßen diese Entwicklung und die Neuerungen im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes zur Stärkung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und sehen darin einen weiteren Schritt, eine abgestufte und bedarfsgerechte Palliativversorgung flächendeckend in Bayern zu etablieren. Auf einige Punkte der verschiedenen neu eingeführten Instrumente wollen wir aber im Zuge der Umsetzungsvereinbarungen auf Länderebene kritisch hinweisen.

Voraussetzung für ein gutes Gelingen einer sektorenübergreifenden und abgestuften Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen ist die Koordination aller hospizlichen und palliativen Angebote. Hier wird die Koordination durch den Hausarzt nicht ausreichen, sondern muss durch die Koordination durch den Pflegedienst und/oder den Ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienst ergänzt werden. Alle Koordinationsleistungen müssen auskömmlich honoriert werden. Hinsichtlich der Symptomkontrolle bei Palliativpatienten durch Pflegedienste wird das Gelingen von einer entsprechenden abgestuften Qualifizierung der Mitarbeitenden, die mit in die Pflege der betroffenen Menschen einbezogen sind abhängen, die auch entsprechend honoriert werden muss. Symptome wie Angst, Atemnot oder Schmerzen bei Menschen zu erkennen, die sich nicht mehr äußern können, und aus diesen Symptomen die richtigen Schlussfolgerungen zu ziehen, ist ohne eine entsprechende Qualifizierung der Pflegenden nicht möglich und wird dementsprechend unterschiedlich dann auch umgesetzt. Beides ist in der bisherigen Fassung bisher noch nicht vorgesehen, sollte aber dringend in die Verhandlungen zu den Rahmenvereinbarungen auf Länderebene mit aufgenommen werden.

Insbesondere bitten wir bei folgenden Punkten um Augenmerk:

1) Leistung Nr. 24a der HKP-RL¹: Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten

(Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen wird im folgenden Text zwar nur die männliche Form genannt, stets aber die weibliche Form gleichermaßen mitgemeint.)

Die DGP begrüßt die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die neu einzuführende Leistung Nr. 24a der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) als Komplexleistung zu deklarieren. Dies ermöglicht es den Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege, fach- und bedarfsgerecht auf die stark fluktuierenden Krankheitsverläufe mit wechselndem Hilfsbedarf bei Palliativpatienten zu reagieren und die pflegerische Versorgung bedarfsgerecht zu gestalten, ohne mühevoll Einzelleistungen anführen und beantragen zu müssen.

Für eine nachhaltige und bedarfsgerechte Palliativversorgung möchten wir auf einige Punkte hinweisen, die wir in Bezug auf die zukünftige Beachtung und Berücksichtigung der Belange von Palliativpatienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege kritisch sehen und bitten, sie in den Verhandlungen zur Umsetzungsvereinbarung zwischen der ARGE der Krankenkassen und den Leistungserbringern zu beachten. **Dabei befürchten wir insbesondere, dass sich in der Leistung Nr. 24a der HKP-RL nicht die komplexen Aufwendungen einer ausreichenden palliativmedizinischen Symptomkontrolle wiederfinden werden (wie z.B. das Herausarbeiten von symptomverstärkenden und -lindernden Verhaltens- und Umgangsweisen), sondern vielmehr eine Umsetzung durch eine bloße Ausführung bzw. Aneinanderreihung von manuell-technischen Tätigkeiten erfolgt.**²

Diese Befürchtung begründet sich auf folgenden Punkten:

a) Umsetzung der Leistung HKP-RL Nr. 24a in Verbindung mit personeller Qualifikation:

Kritisch zu beurteilen ist aus unserer Sicht die Tatsache, dass in Verbindung mit der neu eingeführten Leistung Nr. 24a keine besonderen Anforderungen an die personelle Qualifikation gestellt werden. Dies kann in der HKP-RL nicht dargestellt werden. Umso wichtiger ist es, personelle Qualitätsmerkmale als Voraussetzung für das Abrufen dieser neu eingeführten Leistung an anderer Stelle klar zu formulieren, wie beispielsweise in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V und in den einzelnen Versorgungsvereinbarungen nach § 132a Abs. 4 SGB V. Hierzu gehören in besonderem Maße die Umsetzungsvereinbarungen zwischen der ARGE der Krankenkassen und den Leistungserbringern auf Länderebene.

Weiterqualifizierungsmaßnahmen in der Betreuung und Pflege schwerstkranker und sterbender Menschen tragen zur Sicherstellung der Qualität der palliativen Versorgung bei und ermöglichen Pflegenden belastende Symptome und Bedürfnisse in ihrer meist mehrdimensionalen Genese in der palliativen Situation zu erkennen, einzuschätzen und adäquat darauf zu reagieren. Diese Qualifikation wird mit der pflegerischen Grundausbildung nicht erworben. Pflegende müssen nicht nur die ärztlichen Anordnungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung auf ihre Wirksamkeit beobachten und Wirkung, Veränderungen und evtl. unerwünschte Wirkungen an den Arzt zurückmelden können, sondern auch eigenverantwortlich den palliativpflegerischen Auftrag im

¹Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Neufassung vom 17. September 2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger 9. Februar 2010 in Kraft getreten am 10. Februar 2010 zuletzt geändert am 16. März 2017 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 24.11.2017 B1 in Kraft getreten am 25. November 2017

²Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin zur neu eingeführten Leistung Nr. 24a der HKP-RL (Stand: Oktober 2017)

Rahmen der Symptomlinderung (z.B. Anleitung zu und Anwendung von symptomorientierten komplementären Pflegemaßnahmen, oder das Erkennen einer herausfordernden Behandlungscompliance und die entsprechenden Herstellung dergleichen oder das Herausarbeiten symptomverstärkender und -lindernder Verhaltens- und Umgangsweisen) wahrnehmen und durchführen. Neben der fachlichen Kompetenz bedarf es durch den engen und häufigen Patienten- und Angehörigenkontakt hier besonderer sozialer und kommunikativer Kompetenz der Pflegenden.

Es ist zu erwarten, dass durch eine Leistungserbringung, die nicht auf der Grundlage einer entsprechenden Qualifikationsanforderung erfolgt, die erforderlichen Aufgaben nicht fachgerecht erkannt werden und die notwendigen Maßnahmen und Hilfen nicht in der engen Abstimmung mit dem behandelnden Arzt in den Behandlungsprozess eingebracht werden können.

Wir empfehlen daher dringend, die Qualifikationsanforderung zur Erbringung der Leistung Nr. 24a der HKP-RL in den Umsetzungsvereinbarungen auf Länderebene zu regeln und betonen dabei ausdrücklich, dass eine entsprechende Qualifikation dann auch durch eine entsprechende Honorierung geregelt sein muss. Im Moment fehlt jeglicher Anreiz für Pflegende eine Zusatzqualifikation zu erwerben.

Folgende Qualifikationsanforderungen an die Leistungserbringer sind denkbar und werden von uns vorgeschlagen:

Jeder Pflegedienst, der die Leistung Nr. 24a der HKP-RL erbringen will, muss unter der ständigen fachlichen Anleitung einer Palliative Care Pflegefachkraft (160h Curriculum nach Kern, Müller Aurnhammer) stehen, weitere 50% der Mitarbeiter, dazu gehören auch die Pflegehilfskräfte, sollten nach dem multiprofessionellen Basiscurriculum Palliative Care und Hospizarbeit³) der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin oder des 40 Stunden Curriculums Palliative Praxis geschult sein, um eine entsprechende Versorgung zu allen Tageszeiten an 365 Tagen im Jahr sicherzustellen.

Die Regelung der Qualifikation würde auch die Lücke schließen zu den vielfach benannten spezialisierten Palliativpflegediensten (z.B. §4 (1) b der BQKPMV⁴ oder im §39a Abs. 2 SGB V (Einbezug eines Palliativ erfahrenen Pflegedienstes)), die jedoch stets ohne weitere Definition bleiben.

b) Koordination der pflegerischen Leistungen bei schwerkranken und sterbenden Menschen:

An vielen Stellen (sowohl in der Nr. 24a der HKP-RL als auch in den tragenden Gründen) werden originäre koordinative und organisatorische Aufgaben der häuslichen Krankenpflege beschrieben, ohne diese jedoch als faktische Leistung anzuerkennen. Beispielsweise wird in der Spalte „Bemerkungen des Beschlusses zu Nr. 24 a der HKP-RL“ aufgelistet: „Sofern durch Patientinnen oder Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung z.B. durch einen Ambulanten Hospizdienst oder Kinderhospizdienst unterstützt werden. Sofern ein Ambulanter Hospizdienst eingebunden ist, ist der erforderliche Informationsaustausch unter den Beteiligten sicherzustellen.“ An dieser Stelle wird, wenn auch in enger Abstimmung mit dem Arzt, unabhängig von den Koordinationsaufgaben des Arztes eine Koordinationsaufgabe der häuslichen Krankenpflege für ergänzende psychosoziale Begleitung als Aufgabe formuliert. Weiter auch in der Spalte „Leistungsbeschreibung“: „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt“ oder unter Punkt

³Basiscurriculum Palliative Care und Hospizarbeit – Multiprofessionelles Modul 1; M. Kern / A. v. Schmude; ISBN: 9783933154798)

3.2: „Im Rahmen der Leistungen nach Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP sind die Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegefachkräfte zur engen Abstimmung verpflichtet.“ etc.

Die Koordination und vor allem die Organisation der Patientenversorgung sind besonders in der ambulanten Palliativversorgung von wesentlicher Bedeutung und nicht allein vom behandelnden Vertragsarzt zu erbringen. In vielen Fällen übernimmt gerade die häusliche Krankenpflege die notwendigen koordinativen und organisatorischen Aufgaben. Ohne Benennung als faktische Leistung wird eine Anerkennung dieser Leistung und deren entsprechende finanzielle Honorierung in der Praxis nicht umgesetzt werden. In der Folge wird diese Leistung nur unzureichend angewendet werden und wird zu Störungen in der Umsetzung bedarfsgerechter ambulanter Palliativversorgung führen.

c) Zugangsgerechtigkeit ambulanter Palliativversorgung:

Die Beschränkung des Verordnungszeitraums der Leistung „Symptomkontrolle für die Palliativsituation für die letzten Tage und Wochen“ wird aus unserer Sicht insbesondere den unheilbar und fortgeschritten erkrankten Patientengruppen mit nicht-onkologischen Erkrankungen nicht gerecht. In der Einschränkung auf die letzten Tage und Wochen ist die Gefahr zu sehen, dass diese Patienten nicht rechtzeitig zu der für sie so notwendigen Palliativversorgung gelangen werden. Gerade bei diesen Patienten ist die Prognoseeinschätzung schwierig und wird häufig falsch und als zu lange eingeschätzt^{4,5,6}. Entscheidend für die Notwendigkeit der Palliativversorgung, insbesondere der Symptomkontrolle, ist nicht die vermutete zeitliche Nähe zum Lebensende, sondern das Vorliegen belastender Symptome im Kontext einer unheilbaren und fortschreitenden Grunderkrankung⁷. Es ist davon auszugehen, dass viele dieser Patienten, für die ein Rechtsanspruch auf Palliativversorgung als Bestandteil der Krankenbehandlung unabhängig von der zeitlichen Nähe zum Tod besteht, dennoch keinen bedarfsgerechten Zugang zu Palliativversorgung erhalten werden.

Auf eine klare Definition im Rahmen der Umsetzungsvereinbarungen sollte geachtet werden, eine alternative Formulierung könnte deshalb sein: „Symptomkontrolle für die Palliativsituation bei unheilbarer und fortschreitender Erkrankung“.

⁴“Patients with COPD maintained higher median 2-month and 6-month survival prognoses, even days before death”; vgl. Claessens MT, Lynn J, Zhong Z, et al. Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from SUPPORT. J Am Geriatr Soc 2000; 48: Suppl. 5, S146–S153

⁵“Clinicians caring for patients with terminal cancer need to be aware of their tendency to overestimate survival, as it may affect patients' prospects for achieving a good death.” Vgl. Glare P, Virik K, Jones M, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. BMJ 2003; 327: 195–198.

⁶„Der klinische Eindruck des Arztes führt allerdings bei 80 % der Tumorpatienten zu einer sehr ungenauen Einschätzung. In den meisten Fällen wird die verbleibende Lebenszeit zu optimistisch bewertet und dabei bis um das 5-Fache überschätzt.“; vgl. Stiel, S.; Radbruch, L. Prognosestellung bei schwer kranken Menschen. In: Z Palliativmed 2014; 15:109-121

⁷“Conclusions: Symptom burden and palliative care needs of breathless patients with severe COPD are considerable and as high as among patients with advanced primary and secondary lung cancer although patients with COPD have a longer survival.” vgl. Bausewein, C.; Booth, S.; Gysel, M., et al. Understanding Breathlessness: Cross-Sectional Comparison of Symptom Burden and Palliative Care Needs in Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Cancer. In: Journal of palliative medicine 2010; Vol. 13, Nb 9

d) Abgrenzung verschiedener palliativer Leistungsstufen:

Für die Abgrenzung der palliativen Versorgungsstufen wird in der Praxis ein besonderes Augenmerk benötigt, da die Beschreibung der Symptomkontrolle in der Leistung Nr. 24a der HKP-RL eine sichtbare Nähe zur SAPV aufweist, so dass eine Abgrenzung zur SAPV insbesondere durch eine „besonders aufwändige Versorgung“ (§ 4 SAPV-RL) mit dem Anhaltspunkt auf ein komplexes Symptomgeschehen erfolgt. **Eine enge Abstimmung beider palliativen Versorgungsformen (AAPV-SAPV) wird von besonderer Bedeutung sein, um die Übergänge im Einzelfall fließend gelingen zu lassen. Dies sollte in der Umsetzungsvereinbarung deutlich formuliert sein.**

Als besondere Herausforderung für die Praxis erachten wir hierbei die Verordnungsfähigkeit der SAPV als ergänzende Leistung zu der neu eingeführten Leistung Nr. 24a der HKP-RL. Laut Bemerkung der neu eingeführten Leistung Nr. 24a ist diese „jedoch nicht bei Patientinnen oder Patienten verordnungsfähig, die eine SAPV-Vollversorgung oder eine additiv unterstützende palliativpflegerische Teilversorgung erhalten, in der die palliativpflegerische Versorgung vollständig durch das SAPV-Team erbracht wird“. **Was genau eine palliativpflegerische Vollversorgung durch das SAPV Team ist, bleibt ohne Erklärung. Auch hier sollten in den Umsetzungsvereinbarungen Klarstellungen erfolgen.**

e) Sicherstellung der ärztlichen Behandlung in der Häuslichkeit bei schwerkranken Menschen in der Palliativsituation:

Die Sicherheit der ärztlichen Erreichbarkeit des behandelnden Arztes über 24 Stunden ist für die Erreichung des o.g. Zieles unabdingbar. Aus der Leistungsbeschreibung geht deutlich hervor, dass zum einen alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses (HKP-RL) Leistungsinhalt sind, darunter jedoch auch die Symptomkontrolle sowie die Kriseninterventionen verstanden werden sollen. Die in dem Beschlusstext benannte Krisenintervention als eine 24-Stunden-Einsatzbereitschaft zu interpretieren, kann, muss jedoch nicht in jedem zu vereinbarenden Versorgungsvertrag so Eingang finden und bedingt eine 24-Stunden-Erreichbarkeit des delegierenden behandelnden Arztes. Auch dies sollte in den Umsetzungsvereinbarungen klar formuliert werden.

Patienten, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, die sich u.a. anhand einer krisenhaften Krankheits- und/oder Lebenssituation zeigt, sind über ihren Rechtsanspruch an SAPV aufzuklären. Die SAPV sollte in diesen Fällen unbedingt mit einbezogen werden. **Hierbei ist insbesondere die Rolle der additiv unterstützenden palliativpflegerischen Teilversorgung hervorzuheben, bei der die palliativpflegerische Versorgung nicht vollständig durch das SAPV-Team erbracht wird.**

In Bayern ist es bislang noch zu keinem uns bekannten letztgenannten Einsatz von SAPV-Teams gekommen. Die Möglichkeit eines solchen Einsatzes muss, unserer Meinung nach, benannt werden.

2) Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV)

Die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Patienten mit einem besonderen Versorgungsaufwand⁸, der eine entsprechend qualifizierte palliativmedizinische Betreuung nach dieser Vereinbarung durch mehrere Leistungserbringer erfordert, ist fachlich, organisatorisch und zeitlich sehr anspruchsvoll und aufwändig. **Schon jetzt zeigen erste Rückmeldungen, dass die Anforderungen neben dem normalen Praxisalltag auch mit zusätzlicher Qualifikation nicht zu bewältigen ist. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben bedarf nach unserer Einschätzung und Erfahrung in der Palliativversorgung der Unterstützung der verantwortlichen Ärzte durch kompetente und qualifizierte Pflegenden sowohl in den ambulanten Pflegediensten wie auch in den ambulanten Hospizdiensten. Für die zusätzliche Qualifikation der Pflegedienste in der Palliativversorgung gibt es jedoch keine Anreize (s. Punkt 1.a dieser Stellungnahme). Die Einbindung der Pflegenden und die Aufgabenteilung in den Bereichen Koordination und Organisation führt zur Entlastung der Ärzte, Sicherstellung der Umsetzung des Therapiekonzeptes und der Therapieziele und somit der BQKPMV.**

a) Abgrenzung verschiedener palliativer Leistungsstufen:

Die Abgrenzung der palliativen Versorgungsstufen wird in der Praxis auch hier ein besonderes Augenmerk benötigen, da auch die Beschreibung der BQKPMV eine sichtbare Nähe zur SAPV aufweist und nur durch das komplexe Symptomgeschehen differenziert ist.

Als besondere Herausforderung für die Praxis erachten wir hierbei die Verordnungsfähigkeit der SAPV als ergänzende Leistung zur BQKPMV, die ausschließlich als Beratungsleistung erfolgen kann. Dies fördert Konkurrenzangst zwischen den Leistungserbringern, die für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung nicht förderlich sein kann. Für fließende und bedarfsgerechte Übergänge wird eine enge Abstimmung beider palliativen Versorgungsformen (BQKPMV-SAPV) von besonderer Bedeutung sein. **Dies sollte in verbindlichen Kooperationsvereinbarungen zwischen BQKPMV-Arzt und SAPV Teams geregelt werden.**

b) Sicherstellung der ärztlichen Behandlung in der Häuslichkeit bei schwerkranken Menschen in der Palliativsituation auch in sprechstundenfreien Zeiten:

Die Sicherheit der ärztlichen Erreichbarkeit des behandelnden BQKPMV Arztes über 24 Stunden ist für die Erreichung der Ziele nach § 1 der Vereinbarung zur BQKPMV unabdingbar. **Aus der Leistungsbeschreibung geht jedoch hervor, dass die Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten, an Wochenenden und an Feiertagen, auch unter Einbeziehung von an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegediensten und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erfolgen kann. Dies sehen wir äußerst kritisch und sehen dadurch die Qualität in der Versorgung gefährdet.**

⁸Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016, §2 Abs. 2

3) Abgrenzung verschiedener palliativer Leistungsstufen in der Pflege

Der Gesetzgeber hat in Deutschland durch die Einführung einer besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung (BQKPMV) mit dem Hospiz- und Palliativgesetz eine dreistufige Versorgungsstruktur in der ambulanten Palliativversorgung bewirkt: Palliative Basisversorgung – BQKPMV – SAPV. Mit der Einführung der Leistung Nr. 24a der HKP-RL hat der G-BA jedoch diese dreistufige Versorgungsstruktur im Bereich der ärztlich delegierten Leistungen durchbrochen. **Wir erachten es als inkonsequent sowie fachlich und sachlich nicht nachvollziehbar, dass für den pflegerischen Anteil der ärztlich delegierten Palliativversorgung, erst recht jedoch für die pflegfachlichen Perspektive in der Palliativversorgung, der G-BA keine dreistufige Versorgungsstruktur vorgibt.** Die Pflege hat, insbesondere in der Palliativversorgung, eine mit der Pflege des Menschen zusammenhängende Diagnosequalifikation hinsichtlich der pflegfachlichen Einschätzung der Pflegesituation. Bei den pflegerischen Diagnosequalifikationen ergeben sich in der Palliativversorgung Überschneidungen mit der ärztlichen Diagnosekompetenz. Diese Überschneidungen sind unter anderem bei der Wahl von Pflegemaßnahmen zu finden, die auf Ergebnisse abzielen, die im Verantwortungsbereich der Pflege liegen, sowie bei der Berücksichtigung der Beziehung zu Familie oder sozialer Gemeinschaft und sind einer der prägenden Aspekte in der Palliativversorgung. Anknüpfend daran ist darauf hinzuweisen, dass die pflegfachlichen Einschätzungen bzw. Pflegediagnosen die medizinischen Diagnosen (ICD-10 und DRG) durch individuelle Beschreibung der tatsächlichen Patientensituation ergänzen.

Mit dem Pflegeberufegesetz werden für die Pflege Vorbehaltsaufgaben festgeschrieben, die die Pflege, als Teilbereich der Heilkunde^{9, 10} bereits jetzt selbständig und eigenverantwortlich ausübt. Dies betrifft unter anderem die o.g. Wahl der pflegfachlich indizierten Pflegemaßnahmen.

Auch an dieser Stelle sei betont, dass auch eine dreistufige Versorgungsstruktur im Bereich der Pflege nur mit einer entsprechenden Finanzierung einhergehen kann.

4) Abgrenzung bzw. fließende Übergänge der verschiedenen palliativen Leistungsstufen - Empfehlung

Hinsichtlich einer differenzierten und diversifizierten Versorgungsstruktur, welche neben den stationären palliativen Leistungsstrukturen im ambulanten Sektor eine palliative Basisversorgung, eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung sowie eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung vorsieht, muss folglich die Struktur im Leistungsgeschehen schlüssig und homogen sein, um im Versorgungspfad des einzelnen betroffenen Menschen Fehlallokationen, Überversorgung und fehlende Versorgung zu vermeiden. Diese Ziele sehen wir mit der o.g. Änderung aus oben genannten Gründen nicht erreicht.

Um für den einzelnen Palliativpatienten eine individuelle und bedarfsgerechte Palliativversorgung fließend gewährleisten zu können, halten wir es für zwingend notwendig, die Verordnungsfähigkeit beider Versorgungsformen - SAPV als additiv unterstützende Teilversorgung und die neu eingeführte Leistung Nr. 24a der HKP-RL -

⁹Vgl. Igl G. (2008): Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit - Voraussetzungen und Anforderungen, München: Urban & Vogel; S. 56

¹⁰Vgl. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 24. Oktober 2002 - 2 BvF 1/01 - Rn. (1-392)

ergänzend und uneingeschränkt zu ermöglichen. Hierbei sollte zudem beachtet werden, dass gemäß §6 Absatz 1 Satz 1 der SAPV-RL im Rahmen der SAPV zu gewährleisten ist, „dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen.“ Es wäre somit sachlich und fachlich richtig, wenn in der Beschreibung zur Leistung Nr. 24a eine analoge Regelung, unabhängig der Abstufungen gemäß §5 Abs. 2 der SAPV-RL (Beratungsleistung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützende Teilversorgung, vollständige Versorgung) definiert werden würde.

München, 26.3.2018