

## **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Schiedsverfahren in Bayern nach § 132a SGB V vom 18.7.2019 zu den Voraussetzungen für die Abrechnung der Leistungen Nr. 24a der HKP-RL Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder -patienten**

Im Schiedsverfahren wurde festgesetzt, dass die personellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung durch Pflegekräfte mit Abschluss einer Ausbildung zur/zum

- a) Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
- b) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
- c) Altenpflegerin oder Altenpfleger

erfüllt sind, soweit diese nach der Ausbildung eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit in Vollzeitfähigkeit als Pflegefachkraft nachweisen können. Eine entsprechende Teilzeittätigkeit wird proportional berücksichtigt. Die Pflegedienste sind verpflichtet, die nach dem Rahmenvertrag für die HKP vorgesehene Fortbildungsverpflichtung von 10 Stunden je Kalenderjahr bei den in der Systemkontrolle eingesetzten Mitarbeiter schwerpunktmäßig für die Fortbildung im Bereich der Systemkontrolle zu verwenden. An der allgemeinen Verantwortung der Pflegedienste für die Fortbildung ihrer Mitarbeiter und der Priorisierung nach dem individuellen Förderbedarf des Mitarbeiters ändert sich hierdurch nichts.

(Protokolliert durch die Schiedsperson Dr. Maximilian Gaßner am 18.07.2019)

Zunächst möchte die DGP freundlich darauf hinweisen, dass es sich wohl um Symptomkontrolle handelt und nicht, wie geschrieben, um Systemkontrolle.

Wohlwollend hat die DGP zur Kenntnis genommen, dass in dem Schiedsverfahren die 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) vom 26.3.2019 mit in die Überlegungen eingeflossen ist, bedauert aber umso mehr, dass den vorgetragenen Argumenten keine Rechnung getragen wurde.

### **Bedenken hinsichtlich der Weiterentwicklung der Leistung 24a der HKP-RL**

Nochmals bekräftigt die DGP ihre großen Bedenken, dass durch fehlende palliativpflegerische Qualifikation die Palliativversorgung, insbesondere die Leistung 24a der HKP-RL, nicht in der Intention des Gesetzgebers weiterentwickelt wird. In der Gesetzesbegründung zu dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) schreibt der Gesetzgeber hinsichtlich der Beauftragung des G-BA, „Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung“ in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zu regeln:

„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<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Vgl. Begründung zum Gesetzentwurf HPG, BT-Drs. 18/5170, S. 28 f.

Im ambulanten Bereich ist dies für den ärztlichen Bereich durch die Regelungen zur „besonders koordinierten und qualifizierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV) erfolgt und im Bereich der Pflege durch die Schaffung der neuen Ziffer 24a in der HKP-RL. Umso irritierender ist aus Sicht der DGP nun Folgendes: Während für die BQKPMV erhebliche Qualifikationsanforderungen als Voraussetzung für die Leistungserbringung festgeschrieben wurden (vgl. [https://www.kbv.de/media/sp/Anlage\\_30\\_Palliativversorgung.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf)) – wie z.B. mindestens 40 Stunden Kursweiterbildung und Erfahrungen aus der Behandlung von mindestens 15 Palliativpatienten in den letzten drei Jahren – sollen nun für den analogen pflegerischen Bereich der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung keinerlei Qualifikationsanforderungen erforderlich sein. Dies widerspricht zudem den in der Bundesdrucksache 15/5858 getroffenen Feststellungen zur Situation der Qualifikation von Pflegefachkräften in der Palliativen Pflege.

## **Weiterhin Defizite in der Hospiz- und Palliativversorgung erkennbar**

Der Schiedsspruch konterkariert die Stärkung der Palliativversorgung insbesondere auch dadurch, dass er feststellt:

Zu Punkt I Absatz 3)

*Spiegelstrich 1: Der wesentliche Inhalt der Leistung „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Patienten“ werde bereits heute von den Pflegekräften erbracht, ohne dass Defizite in der Praxis erkennbar seien.*

Wäre es so, wie es der Schiedsspruch postuliert, bräuchte es keine Stärkung. Allein die Herstellung einer Abrechenbarkeit stellt keine Stärkung einer besonderen Versorgung dar. Sie schafft allenfalls, diese Leistung möglichst häufiger und kosteneffizient zu erbringen. Daraus eine Stärkung der Palliativversorgung abzuleiten, missachtet pflegefachliche Diversifikation, die parallel zur Diversifikation im ärztlichen Bereich stattfindet.

Geradezu die noch immer wahrnehmbaren Defizite in der Praxis haben zu der Einführung des Hospiz- und Palliativgesetzes geführt. Der Gesetzgeber führt dazu aus:

„Zwar sind in den letzten Jahren beim Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung bereits erhebliche Fortschritte erzielt worden. Insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen fehlt es jedoch noch an ausreichenden Angeboten. Ziel des Gesetzes ist deshalb, durch Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind.“

## **Bisherige Ausbildung reicht nicht aus, um Symptomlinderung zu gewährleisten**

*Weiterhin zu Spiegelstrich 4: Die von den Antragsgegnern geforderten zusätzlichen Fortbildungserfordernisse würden keine Verbesserung der Qualifikation erbringen, da sie inhaltlich nichts anderes vermitteln würden, was nicht bereits Gegenstand der Ausbildung sei.*

In diesem Punkt muss deutlich widersprochen werden. Die bisher angelegte Ausbildung zeigt sich in der Praxis als nicht ausreichend, um das Ziel Symptomlinderung bei Palliativpatienten zu gewährleisten (vgl. auch Begründung zu Spiegelstrich 1).

Gesetzgeberischer Auftrag aus dem HPG ist es, Leistungen der Palliativpflege zu entwickeln, 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 Palliativpatienten berücksichtigen sollen<sup>2</sup>.

Sowohl die Methode der fallbezogenen Vernetzung als auch das interprofessionelle Arbeiten als Ausprägung eines abgestimmten Zusammenwirkens der verschiedenen Akteure sind keine Lehrinhalte pflegerischer Ausbildung.

Darüber hinaus zeigen sich Inhalte, Qualität und Umfang hinsichtlich der Palliativversorgung in der bisherigen Ausbildung äußerst heterogen und nicht einheitlich geregelt.

Das Angebot unterscheidet sich von Ausbildungsstätte zu Ausbildungsstätte; welche Kompetenzen vermittelt werden sollen, ist bisher nicht einheitlich festgelegt. Eine Änderung ist im Rahmen der Umsetzung der Ausbildungsreform ab dem 01.01.2020 zu erwarten. Hier sind verbindlich Kompetenzen genannt, die curricular den Schülern vermittelt werden sollen. Erst dann kann von vergleichbaren Kompetenzen ausgegangen werden, die in der Praxis Anwendung finden. Bis diese in der Praxis ankommen, werden mindestens weitere 4-5 Jahre vergehen. Ob die dann in der Grundausbildung angelegten Kompetenzen ausreichen, um der 24a der HKP-RL ausreichend Rechnung zu tragen, bleibt abzuwarten und muss entsprechend evaluiert werden. Ohne weitere Qualifikation werden bis dahin sowohl die Erfassung und Beurteilung von Symptomlast als dann auch die Festlegung geeigneter Maßnahmen zur Linderung weiterhin Defizite aufweisen und damit den Rechtsanspruch des Patienten auf eine gesicherte qualitativ der Situation entsprechende Palliativversorgung in Frage stellen.

### **Große Herausforderung für Mitarbeitende in der Pflege: Zulassen des Sterbens**

Das Zulassen des Sterbens stellt die Mitarbeitenden in der Pflege, die nicht zusätzlich darauf vorbereitet sind, vor große Herausforderungen. Ihr kurativer und rehabilitativer Blick und ihre Grundhaltung sind durch ein palliativ ausgerichtetes Therapieziel zu ersetzen. Diese Widersprüche in der Praxis aufzulösen, wird ohne zusätzliche Qualifizierung nicht gelingen und Pflegekräfte weiterhin überfordern bzw. die gesetzlich intendierte Stärkung nicht eintreten lassen.

Inhalte und Qualität der Fortbildungen, die z.B. nach dem DGP-Curriculum erfolgen, können sich deutlich von Ausbildungsinhalten und -qualität in der Grundausbildung unterscheiden. Dem Argument, dass es keine Unterschiede gibt, kann die DGP nicht folgen. Schon alleine die Tatsache, dass die Zusatzqualifikation Palliative Care nach dem DGP-Curriculum von erfahrenen Dozenten/Referenten mit eigenem Praxisbezug erfolgt, stellt einen Unterschied dar zu zwar erfahrenen Lehrkräften, die aber wenig bis keinen Praxisbezug (mehr) haben und Inhalte z.T. nur theoretisch vermitteln können. Zudem werden in Zusatzqualifikationen neben den handwerklich-manuellen Fähigkeiten Kompetenzen für die in der Hospiz- und Palliativversorgung notwendigen Haltung und die ethisch-rechtliche Analyse hinsichtlich des Sterbenzulassen vermittelt. Aber auch die eigene Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben, Tod und Trauer sowie die Reflexion und Differenzierung zwischen der eigenen Sichtweise und der Ermittlung des Patientenwillens wird gefördert. Auch dass Fortbildungen nur „abgesehen“ werden, lässt sich in den meisten Fällen in der Praxis nicht wiedererkennen. Sehr wohl gibt es die Erfahrung, dass die Pflegekräfte nach dieser Qualifikation am Arbeitsplatz frustriert sind, da sie Erlerntes in der Praxis nicht umsetzen und anwenden können/dürfen.

---

<sup>2</sup> Vgl. Begründung zum Gesetzentwurf HPG, BT-Drs. 18/5170, S. 28 f.

## Praxisbezug muss auf Palliativversorgung bezogen werden

Aufgeführt wird weiter, dass eine Praxiserfahrung von *einer mindestens zweijährigen praktischen Tätigkeit in Vollzeittätigkeit als Pflegefachkraft* genügt, um die Nr. 24a der HKP-RL in ausreichender Qualität leisten zu können. Praxisbezug hat zweifelsohne eine große Bedeutung in der Ausführung dieser Leistung bei Palliativpatient/-innen, doch muss dieser Praxisbezug auf die Palliativversorgung bezogen werden. In zwei Berufsjahren als Pflegefachkraft ist es nicht zwingend sichergestellt, dass man mit der Betreuung von Palliativpatienten in Berührung kommt. Schon das Erkennen der Symptomlast bei Palliativpatienten und insbesondere die vorausschauende Krisenplanung braucht einen geübten Blick, der einer Zusatzqualifikation und Praxiserfahrung zwingend bedarf.

Nebenbei soll erwähnt werden, dass es die in Punkt I Absatz 4) Spiegelstrich 3 erwähnten Vereinbarungen über zusätzliche Qualifikationsanforderungen in den Ländern Schleswig-Holstein, Sachsen und Nordrhein-Westfalen auch in Hessen gibt.

Um für die Palliativpatientin oder den Palliativpatienten eine dem Patientenbedarf entsprechende gute Versorgung auch im Sinne des Hospiz- und Palliativgesetzes zu erreichen, ist es für die DGP, trotz der in der Begründung erwähnten Argumente, unerlässlich, dass Pflegefachkräfte, die die Leistungen Nr. 24a der HKP-RL erbringen, unter der ständigen fachlichen Anleitung einer Palliative Care-Pflegefachkraft (Qualifikation entsprechend 160h Curriculum nach Kern, Müller Aurnhammer) stehen und weitere 50% der Mitarbeiter, dazu gehören auch die Pflegehilfskräfte (Qualifikation analog dem multiprofessionellen Basiscurriculum Palliative Care und Hospizarbeit) der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin oder dem 40 Stunden-Curriculum Palliative Praxis geschult sein sollten, um eine entsprechende Qualität in der Versorgung und in Krisen zu allen Tageszeiten an 365 Tagen im Jahr sicherzustellen (siehe Punkt 1a der im Titel erwähnten Stellungnahme. Sie finden diese im Anhang).

Zu Punkt II 7: Der Schiedsspruch führt aus, dass es keinen medizinisch-pflegerischen Standard gäbe. Hierbei wird gänzlich unterschlagen, dass seit Mai 2015 die S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung veröffentlicht ist, die seit ihrer Veröffentlichung mit vielen Aspekten in andere Leitlinien Eingang gefunden hat. Die S3-Leitlinie ist ein auf höchstem Niveau erstellter Standard und richtet sich an alle an der Leitlinienerstellung beteiligten ärztliche Fachgruppen und nicht-ärztlichen Versorger im Gesundheitssystem, die Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung behandeln und betreuen, und dient zur Information für alle weiteren Fachgruppen<sup>3</sup>.

Die erweiterte Fassung, die acht weitere Kapitel aufweist, ist konsentiert und wurde Ende August 2019 veröffentlicht.

Da Bayern als erstes Bundesland zu den Voraussetzungen der Erbringung der Leistung Nr. 24a der HKP-RL eine Festsetzung gemacht hat, gilt es diese aus Sicht der DGP zu überdenken und ggf. das Fachwissen anderen Bundesländern an die Hand zu geben. In der SAPV hat der Gesetzgeber gerade die heterogene Versorgungsstruktur, die durch die unterschiedlichen Auslegungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in den vertraglichen Regelungen entstanden ist, zu Recht kritisiert und über die Gesetzgebung einen Bundesrahmenvertrag eingefordert. In der allgemeinen Palliativversorgung wird ebenso einer heterogenen Versorgungsstruktur Vorschub geleistet. Doch sollte hier vielmehr die Orientierung an entsprechend fachlicher Empfehlung sowie der Best Practice in den bestehenden Verträgen erfolgen, wie z.B. Bayern dies vorweisen kann.

---

<sup>3</sup> Vgl. Leitlinienprogramm Onkologie | S3-Leitlinie Palliativmedizin, Version 2.0

<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>