



Kommentierung der neu eingeführten Leistung Nr. 24a der HKP-RL

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 Hilfebedarf bei Palliativpatienten zu reagieren und die pflegerische Versorgung bedarfsgerecht zu gestalten, ohne mühevoll Einzelleistungen anführen und beantragen zu müssen.

Die DGP sieht sich als Träger der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ verpflichtet, die Leitsätze der Charta als Mindestanforderung an die Versorgung zu stellen.

Daraus resultierend und im Hinblick auf eine nachhaltige und bedarfsgerechte Palliativversorgung möchten wir auf einige Punkte kritisch hinweisen, die wir in Bezug auf die zukünftige Beachtung und Berücksichtigung der Belange von Palliativpatient(inn)en im Rahmen der häuslichen Krankenpflege aufmerksam beobachten und begleiten werden.

Besonders zu befürchten ist, dass sich in der Leistung nach Nr. 24a 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.

Hierzu gehören insbesondere:

1. 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.

So z.B.

- In der Spalte „Bemerkungen des Beschlusses zu Nr. 24 a der HKP-RL“: „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.

- Spalte „Leistungsbeschreibung“: „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt“,
- unter Punkt 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 und nicht im Sinne des 2. Leitsatzes¹ der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ umgesetzt werden und wird zu Störungen in der Umsetzung bedarfsgerechter ambulanter Palliativversorgung führen.

¹ Vgl. http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta_leitsaetze_2.html

2. 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 und Patientinnen nicht rechtzeitig zu der für sie so notwendigen Palliativversorgung gelangen werden. Gerade bei diesen Patientinnen und Patienten ist die Prognoseeinschätzung schwierig und wird häufig falsch und als zu lange eingeschätzt^{2 3 4}. 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 Grunderkrankung. Es ist davon auszugehen, dass viele dieser Patientinnen und 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.

Eine alternative Formulierung könnte deshalb sein: „Symptomkontrolle für die Palliativsituation bei unheilbarer und fortschreitender Erkrankung“

3. Umsetzung der Leistung HKP-RL 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

² „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

³ „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.

⁴ „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

eingeführten Leistung an anderer Stelle klar zu formulieren, wie beispielsweise in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V und in den einzelnen Versorgungsverträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V. Das Erkennen und Erfassen von belastenden Symptomen und ihrer mehrdimensionalen Genese in einer palliativen Erkrankungsphase benötigt, besonders bei kommunikationseingeschränkten Menschen sowie daraus ab- und einzuleitende palliativ ausgerichtete Maßnahmen, ergänzender Kompetenzen, die mit der pflegerischen Grundausbildung nicht erreicht werden. 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. Dadurch wird das im 2. Leitsatz der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ formulierte „... Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt“⁵ in Frage gestellt und vielerorts nicht eingehalten werden können. Die von den beteiligten Institutionen unterzeichnete Selbstverpflichtung sollte zu einer erneuten Prüfung des Sachverhaltes und der Reflektion unseres Anliegens Anlass geben.

4. I.V. Medikamentengabe weiterhin ausgeschlossen:

Besonders kritisch sehen wir als DGP, dass keine eindeutige Klarstellung bzgl. einer in der Palliativversorgung nicht seltenen i.V. Medikamentengabe in der Nr. 24a der HKP-RL für Palliativpatientinnen und -patienten vorgenommen wurde. So bleibt die Tatsache bestehen, dass in der HKP-RL über die Nr. 16, die i.V. Medikamentengabe, die venöse Blutentnahme sowie die arterielle und intrathekale Infusion als Leistungen der häuslichen Krankenpflege und über die Nr. 18, die i. v. Injektion als ärztliche Leistung nicht zur Anwendung kommen. Im Sinne einer Konkretisierung notwendiger behandlungspflegerischer Maßnahmen für die Umsetzung der Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege bleibt die Richtlinie eine Regelung dieser notwendigen Leistung zur Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen schuldig. Zusätzlich kennzeichnet die

⁵ Vgl. http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta_leitsaetze_2.html

Notwendigkeit einer i.V. Injektion bzw. Infusion mit Medikamentengaben nicht unbedingt ein komplexes Symptomgeschehen im Sinne der SAPV. Eine Versorgung dieser Patienten über die SAPV ist somit nicht automatisch sichergestellt. Die in der Palliativversorgung häufig, z.B. zur Schmerztherapie, eingesetzte PCA oder andere i.V. Medikamentengaben als Infusion oder als Injektion werden daher weiterhin die Praxis behindern und zu unnötigen Krankenhauseinweisungen führen. Die Möglichkeit der gesonderten Vergütungsmöglichkeit durch den Arzt (Fußnote 1, Seite 4 HKP-RL) erweist sich auch bereits in anderen Bereichen als äußerst praxisfremd (z.B. Portpunktion).

5. Abgrenzung verschiedener palliativer Leistungsstufen:

Die Abgrenzung der palliativen Versorgungsstufen wird in der Praxis ein besonderes Augenmerk benötigen, da die Beschreibung der Symptomkontrolle in der HKP-RL 24a 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.

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“.

In Deutschland hat der Gesetzgeber 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. Der Einführung der bqkpmV in den EBM, mit Wirkung ab 01.10.2017 im neuen Abschnitt 37.3, ging im Jahr 2007 die Einführung der SAPV mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) voraus. Es folgte mit der EBM-Reform zum 1. Oktober 2013 die allgemeine palliativmedizinische Versorgung als Kapitel 3.2.5 in den EBM.

Mit der Einführung der Nr. 24a der HKP-RL hat der G-BA 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^{6,7}, bereits jetzt selbständig und eigenverantwortlich ausübt. Dies betrifft unter anderem die o.g. Wahl der pflegfachlich indizierten Pflegemaßnahmen.

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

⁶ Vgl. Igl G. (2008): Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit - Voraussetzungen und Anforderungen, München: Urban & Vogel; S. 56

⁷ Vgl. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 24. Oktober 2002 - 2 BvF 1/01 - Rn. (1-392)

Versorgung zu vermeiden. Diese Ziele sehen wir mit der Änderung der HKP-RL 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 Nr. 24a der HKP-RL - 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 würde.

6. 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 sowohl die Symptomkontrolle als auch 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. Patientinnen und Patienten, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, die sich u.a. anhand krisenhafter 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.