



## Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V  
Unterausschuss  
Veranlasste Leistungen

Besuchsadresse:  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin



Internet:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

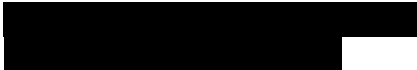
Unser Zeichen:  
DLE/MHe

Datum:  
03.07.2017

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit  
Herrn Dr. Christian Abt  
Friedrichstr. 108  
10117 Berlin

nachrichtlich  
Sprecherinnen und Sprecher im  
Unterausschuss Veranlasste Leistungen



### **Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 16. März 2017 über eine Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege hier: Ergänzende Stellungnahme**

Sehr geehrter Herr Dr. Abt,

wir danken für Ihr Schreiben vom 11. Mai 2017, in dem Sie uns im Rahmen Ihrer Rechtsaufsicht gem. § 94 SGB V um ergänzende Stellungnahme zum o.g. Beschluss des G-BA bitten. Ihrer Anfrage komme ich als Vorsitzender des fachlich zuständigen Unterausschusses Veranlasste Leistungen gerne nach.

In Ihrem Schreiben nehmen Sie Bezug auf die im Beschluss vorgesehenen Regelungen in der neuen Leistungsziffer 24a (Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten). Sie führen aus, dass die Formulierung in der Bemerkungsspalte zur neuen Leistungsziffer 24a, „...die Lebenserwartung auf Tage oder wenige Wochen limitiert ist...“ die Erbringbarkeit der Komplexleistung in einer Weise zeitlich zu begrenzen scheine, die im Gesetz nicht angelegt sei, da § 37 Absatz 2a Satz 2 SGB V für alle Leistungen der ambulanten Palliativpflege gelte.

Ferner legen Sie dar, dass es nicht ersichtlich sei, weshalb eine zeitliche Begrenzung zusätzlich zur ärztlich-medizinischen Therapieentscheidung über den Bedarf an Palliativpflege in Form der Komplexleistung aus medizinisch-therapeutischen Gründen einer weitergehenden Begrenzung im Sinne einer „Kaskade“ bedarf, die die Komplexleistung nur in der finalen Sterbephase erlaubt.

Sie verweisen weiterhin auf die Verordnungsvoraussetzung für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), welche in § 3 SAPV-RL im Wesentlichen gleichlautende Begriffsbestimmungen zu Art und Schwere der unheilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung als Verordnungsvoraussetzung für die ambulante Palliativversorgung enthält. Es erscheint nach Ihrer Auffassung nicht ersichtlich, weshalb die Komplexleistung SAPV bei im Übrigen gleichen Voraussetzungen länger bzw. früher verordnet werden kann als die Komplexleistung der HKP-RL.

Zudem bitten Sie um Stellungnahme, weshalb in der neuen Leistungsziffer 24a für die Palliativversorgung schwerstkranker und sterbender Kinder und Jugendlicher keine Regelung entsprechend der SAPV-RL oder Hospizversorgung getroffen wurde, wonach regelmäßig Leistungsansprüche auch bei länger prognostizierter Lebenserwartung gelten.

Nachfolgend gehe ich gerne auf Ihre o.g. Fragen ein:

Die häusliche Krankenpflege ist in der ambulanten Palliativversorgung von Menschen, die ihre letzte Lebensphase in der häuslichen Umgebung verbringen, von erheblicher Bedeutung. Mit der Beschlussfassung vom 16. März 2017 wurden in der HKP-RL – entsprechend dem gesetzlichen Auftrag – verschiedene Regelungen zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung aufgenommen. In § 1 Absatz 1 HKP-RL wurde klargestellt, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht nur kurativ, sondern auch palliativ indiziert sein können. Daneben wurde auch eine neue Komplexleistung Nr. 24a eingeführt.

### **Leistungsbeschreibung**

Mit der neuen Leistung nach Nr. 24a wurde das bisher bereits bestehende Leistungsangebot um eine Komplexleistung Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten erweitert mit dem Ziel, in der Regelversorgung den Hospiz- und Palliativgedanken stärker zu verankern und die ambulante Palliativversorgung weiter zu stärken. Die Komplexleistung fasst nicht nur die verordnungsfähigen Einzelleistungen der HKP-RL zu einer Leistung zusammen, sondern erfasst mit der umfassenden Symptomkontrolle die behandlungspflegerischen Leistungen, die typischerweise bei Palliativpatientinnen und -patienten in ihrer letzten Lebensphase aufgrund individueller Verläufe und dynamischer Prozesse notwendig sind und ein hohes Maß an Flexibilität erfordern. Hierzu gehört die Symptomkontrolle

- insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation,
- die Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden,
- die Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen.

Die Nr. 24a ergänzt somit den bereits sehr differenzierten Katalog der verordnungsfähigen Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege. Die neue Komplexleistung stellt sicher, dass in der häuslichen Versorgung in diesen besonderen individuellen Versorgungssituationen die notwendige Flexibilität gewährleistet ist. Die im Einzelfall erforderlichen und verordnungsfähigen Leistungen ergeben sich dabei nicht aus der Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten, sondern aus der Intensität des behandlungspflegerischen Versorgungsbedarfes.

### **Anwendungsbereich nach Nr. 24a**

Wie dargestellt, wurde die Komplexleistung eingeführt, um den individuellen Versorgungsbedarf und der notwendigen Flexibilität bei der Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten Rechnung zu tragen. Die Anknüpfung an die Lebenserwartung von Tagen oder wenigen Wochen in der Bemerkungsspalte des Leistungsverzeichnisses charakterisiert den Personenkreis, für den die Leistung nach Nr. 24a aus medizinischen Gründen regelhaft erforderlich sein kann.

Für Palliativpatienten in der letzten Lebensphase ist ein dynamisches Symptomgeschehen typisch. Bei diesen Patienten steht die Verbesserung der Symptomatik und Lebensqualität im Vordergrund. Die Lebenserwartung ist bei diesen Patienten voraussichtlich auf Tage bis wenige Wochen limitiert. Dabei sind durch die/den verordnende/n Ärztin/Arzt die in der Bemerkungsspalte genannten Beurteilungskriterien nicht isoliert, sondern in ihrer Gesamtheit zu berücksichtigen. Die Ärztin/der Arzt entscheidet im Einzelfall, ob

- - nach ihrer/seiner fachlichen Einschätzung die Lebenserwartung begrenzt ist und unter anderem die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität im Vordergrund stehen und
  - nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit ihr/ihm der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen.

Wie bereits ausgeführt, dient die Formulierung „Tage oder wenige Wochen“ der Charakterisierung des Personenkreises, für den in typisierender Form ein Versorgungsbedarf bestehen kann, der eine Verordnung der Komplexleistung nach Nr. 24a unter den genannten Voraussetzungen erfordert. Dies bedeutet im Umkehrschluss aber nicht, dass die Komplexleistung, sollte diese für längere Zeiträume erforderlich werden, nicht weiterverordnet werden kann. Darüber hinaus sind Fallgestaltungen nicht ausgeschlossen, in denen bei Stabilisierung des gesundheitlichen Zustandes ggf. die Komplexversorgung beendet und bei erneuten Krisensituationen wiederum aufgenommen werden kann. Regelungen zur Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen sieht die HKP-RL insoweit explizit nicht vor.

Im Ergebnis bleibt deshalb festzustellen, dass die vorgesehenen Regelungen zur Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sicherstellen, dass die entsprechend dem individuellen Bedarf erforderlichen Leistungen, sei es als Einzelleistungen oder als Komplexleistung, verordnet werden können.

Die von Ihnen angeführten Wertungswidersprüche im Hinblick auf die Regelungen in § 37 Absatz 2a Satz 2 SGB V sowie in der SAPV-Richtlinie können wir nicht erkennen. Aus der Regelung des § 37 Absatz 2a Satz 2 SGB V, wonach bei Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ein regelmäßig begründeter Ausnahmefall anzunehmen ist, in dem häusliche Krankenpflege im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 Absatz 1 SGB V auch ohne die Einschaltung des MDK für mehr als vier Wochen genehmigt werden kann, lässt sich in keiner Weise ableiten, in welchen Fallkonstellationen und für welche Zeiträume regelhaft eine Komplexleistung anstelle von Einzelleistungen erforderlich sein kann. Die Regelung

bezweckt lediglich, den Krankenkassen in Bezug auf alle verordnungsfähigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege für Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege einen Beurteilungsspielraum hinsichtlich der ansonsten verpflichtenden Einschaltung des MDK einzuräumen. Zudem ist dem unbestimmten Begriff „wenige“ Wochen keine Begrenzung auf eine bestimmte Anzahl von Wochen zu entnehmen.

### **Vergleich zur SAPV**

Die von Ihnen angeführte vergleichende Betrachtung zu den Regelungen der SAPV-Richtlinie vernachlässigt, dass der Personenkreis der Nr. 24a nur den Teil von Palliativpatientinnen und -patienten adressiert, der den besonderen Bedarf an der definierten Komplexleistung aufweist. Wie bereits ausgeführt, stehen die weiteren Leistungen der häuslichen Krankenpflege allen Palliativpatientinnen und -patienten, d.h. schwerstkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, zur Verfügung. Insoweit ist die Definition von Palliativpatientinnen und -patienten in der HKP-RL identisch mit der Definition der SAPV-RL. Es ist nicht erkennbar, dass die gesetzlichen Regelungen eine auf die Anspruchsvoraussetzungen für einzelne HKP-Leistungen wie der Nr. 24a bezogene definitorische Identität des anspruchsberechtigten Personenkreises mit dem Personenkreis von Palliativpatientinnen und -patienten erfordert, die Bedarf an SAPV-Leistungen haben. Die Abgrenzung zur SAPV ergibt sich ausschließlich anhand des jeweiligen Versorgungsbedarfes, der nach der SAPV-RL u.a. ein komplexes Symptomgeschehen erfordert.

Wenn Sie in Ihrem Schreiben anmerken, dass nicht ersichtlich ist, weshalb es einer Begrenzung im Sinne einer Kaskade bedarf, die die Komplexleistung nach Nr. 24a nur in der finalen Sterbephase erlaubt, liegt offensichtlich ein Missverständnis vor. Der Begriff „Finalphase“ bezieht sich nach allgemeinem Verständnis auf die eigentliche Sterbephase und umfasst die letzten Stunden bis wenige Tage vor dem Tod. Eine Engführung auf diese unmittelbar letzte Lebensphase vor dem Tod enthält die vorgesehene Regelung zur Nr. 24a mit der Anknüpfung an die Lebenserwartung von „Tagen oder wenigen Wochen“ erkennbar nicht. Der Begriff Finalphase wird in der HKP-RL explizit nicht verwendet, so dass sich eine Verordnung gerade nicht nur auf die Finalphase beschränken kann.

### **Berücksichtigung von besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen**

Die HKP-RL regelt in § 1 Absatz 1, dass die besonderen Belange kranker Kinder berücksichtigt werden müssen. Dieser Grundsatz gilt für alle Leistungen des Leistungsverzeichnisses, auch bei einer Versorgung mit palliativer Zielrichtung.

Wie dargestellt, kann die palliativpflegerische Versorgung durch Leistungen der häuslichen Krankenpflege entsprechend dem individuellen Bedarf über lange Zeiträume erfolgen und ist nicht auf Tage, Wochen oder Monate begrenzt. Dies gilt auch für Kinder, denn bei den Krankheitsverläufen von Kindern mit lebensverkürzenden Erkrankungen ist häufig davon auszugehen, dass sie über Monate oder auch Jahre andauern können und durch intermittierende Verläufe charakterisiert sind.

Vor diesem Hintergrund können HKP-Leistungen mit palliativer Ausrichtung als Einzelleistungen oder in Form der Komplexleistung nach Nr. 24a bedarfsabhängig auch mehrmals für verschiedene Zeiträume verordnet werden. Die vorgesehenen Regelungen enthalten insoweit keine Begrenzungen für Kinder und Jugendliche.

Unabhängig davon geht der G-BA davon aus, dass die palliativpflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen darüber hinaus von Fachkräften durchgeführt wird, die in der Regel über eine besondere Expertise in der pädiatrischen Palliativversorgung verfügen. Bei der Gruppe der Kinder und Jugendlichen handelt es sich um eine vergleichsweise zahlenmäßig kleine und sehr heterogene Patientengruppe. Aus den vorgenannten Gründen geht der G-BA davon aus, dass die Versorgung zumeist durch spezialisierte Strukturen (z. B. im Rahmen der SAPV-RL) erfolgt.

Die Patientenvertretung trägt das Schreiben nicht mit. Die Patientenvertretung hat zu den hier gegenständlichen Fragen sowohl in der AG Häusliche Krankenpflege als auch im Plenum eine eigene Position vorgelegt, an der sie unverändert festhält. Dies wird die Patientenvertretung auch in einem eigenen Schreiben dem Bundesministerium für Gesundheit darlegen.

Wir hoffen, Ihre Fragen mit diesen Auskünften ausreichend beantwortet zu haben und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Josef Hecken  
Vorsitzender des  
Unterausschusses Veranlasste Leistungen