

**Beschlussbegründung**  
**zur Änderung der Richtlinien über die**  
**Verordnung von häuslicher Krankenpflege**

vom 15. Februar 2005

**1. Hintergrund**

Die erste Fassung der Richtlinien für häusliche Krankenpflege gemäß Beschluss vom 25.10.1999 enthielt keine Regelung für die häusliche Krankenpflege von psychisch kranken Menschen (psychiatrische Krankenpflege). Aufgrund der Beanstandung der Richtlinien durch das damalige BMG mit Schreiben vom 22. Dezember 1999 wurde in Anlehnung an den Entwurf der Rahmenempfehlungen eine Übergangsregelung für derzeit bestehende Vereinbarungen über besondere Pflegeleistungen für psychisch Kranke in Ziffer 3 Absatz 2 der Richtlinien aufgenommen. Die "Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege" traten am 14. Mai 2000 in Kraft.

Zwar sahen diese Richtlinien Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege als Bestandschutzregelung für die vor Ort vereinbarten besonderen Maßnahmen für psychisch Kranke vor, kritisiert wurde jedoch, dass bislang eine Regelung fehle, welche die Versorgung psychisch Kranker mit häuslicher psychiatrischer Krankenpflege bundeseinheitlich regelt. Am 24. März 2003 beschloss der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen die Durchführung der gesetzlichen Anhörung zum Entwurf "Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke". Der Unterausschuss „Häusliche Krankenpflege“ beauftragte eine Arbeitsgruppe zur weiteren inhaltlichen Beratung.

**2. Sitzungen der AG „HKP für Psychisch Kranke“**

An folgenden Terminen fanden Sitzungen der AG „HKP für Psychisch Kranke“ statt:

- 10. September 2003
- 03. Dezember 2003
- 14. April 2004
- 23. Juni 2004
- 28. September 2004 (Literaturbewertung)
- 28. Oktober 2004 (Literaturbewertung)
- 09. November 2004
- 10. Dezember 2004

**3. Abgrenzung der Häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke von Leistungen der Soziotherapie**

Im Anhörungsentwurf wurde der Ausschluss zeitgleicher Leistungserbringung aus den Bereichen "Soziotherapie" und "Häusliche Krankenpflege" vorgesehen. Anhand der eingegangenen Stellungnahmen wurde jedoch deutlich, dass eine Verzahnung beider Leistungsarten in den Richtlinien unumgänglich ist.

**4. Indikationen und Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke**

Die im Anhörungsentwurf aufgeführte Auswahl der einbezogenen Indikationen und der Maßnahmen wurde seitens der Leistungserbringerverbände vielfach als zu restriktiv kritisiert. Wiederholt wurde in diesem Zusammenhang die Frage nach der zugrundeliegenden Evidenz für die getroffene Auswahl gestellt. Allerdings wurden die kritischen Stellungnahmen anhörungsberechtigter Or-

ganisationen nicht von wissenschaftlichen Belegen begleitet, welche die Wirksamkeit der geforderten Leistungserweiterungen evidenzbasiert dargelegt hätten.

Zur Klärung dieser Fragen wurde eine indikationsoffene Literaturrecherche durchgeführt, auf deren Grundlage festgestellt werden sollte, ob Evidenzen für Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege vorliegen, die im vorliegenden Anhörungsentwurf der Richtlinien noch nicht ausreichend berücksichtigt sind.

## **5. Recherche**

In einer umfassenden Recherche zum Thema "ambulante psychiatrische Krankenpflege" wurden 571 Zitate gefunden (Datenbanken umfassen Cochrane, Pubmed und PsycInfo, Psynindex, GeroLit, Heclinnet, SocialSciSearch). Durch eine orientierende Vorprüfung konnten 459 Zitate als thematisch nicht relevant identifiziert werden. Nach Beurteilung der Abstracts der verbleibenden 112 Quellen wurden für 41 Veröffentlichungen die Volltexte bestellt, die inhaltlich als relevant für die Fragestellung angesehen wurden.

## **6. Literatúrauswahl**

Ein Einschluss einer Publikation in die Literaturbewertung erfolgte, sobald in irgendeiner Form Informationen zur häuslichen Krankenpflege (HKP) für psychisch Kranke den Quellen zu entnehmen waren (u. a. ökonomische Aspekte, Angaben zu Indikationen, Zeitvorgaben, Inhalten der einzelnen Maßnahmen und Vorgehen zur Verordnung). Alle Quellen, die keine Inhalte aufwiesen, die als Aussage für die Richtlinie HKP für psychisch Kranke unmittelbar nutzbar waren, wurden als Hintergrundinformationen gesondert geführt und kommentiert. Quellen, die nicht beschaffbar, thematisch nicht relevant waren (dazu gehören u. a. isolierte Aussagen zum Casemanagement bzw. zu Managed Care Programmen oder politische Desiderate ohne Angaben, die für die Richtlinien HPK für psychisch Kranke inhaltlich nutzbar sind) oder deren Volltexte weder in Deutsch noch Englisch verfügbar waren, wurden ausgeschlossen. Gleiches galt, wenn eine ausführlichere Veröffentlichung zur gleichen Studie vorlag. Beim Durcharbeiten der Volltexte der Basisliste wurden weitere Quellen als so relevant erachtet, dass auch deren Volltext beurteilt wurde. Diese Quellen wurden im gleichen Sinne beurteilt, wie die der Basisliste. Die Volltexte der deutschen Projekte wurden unter den gleichen Kautelen gesondert ausgewertet. Auch hier wurden in der Handsuche weitere Literaturstellen aufgefunden. Zusammen wurden noch weitere 39, insgesamt also 70 Publikationen der Beurteilung im Volltext zugeführt.

## **7. Literaturbewertung**

Die Auswertung der Basisliste, der Handsuche und der deutschen Projekte erfolgte jeweils gesondert. In der Basisliste konnten vier Quellen identifiziert werden, die Aussagen für die Richtlinie zulassen, und in der Handsuche eine Quelle. Aus den deutschen Projekten konnte hierfür ein einzelner Abschlussbericht (Niedersachsen, 2002) und ein zusammenfassendes Gutachten des BMG (Außerstationäre psychiatrische Pflege, 1999), das sechs relevante Einzelprojekte beinhaltet, herangezogen werden. Die Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgt in einem ersten Teil, der die Auswertung von Basisliste und zugehöriger Handsuche umfasst (hier Internationale Studienlage genannt) und einem zweiten Teil mit den Ergebnissen aus den deutschen Projekten.

## **8. Ergebnisse 1. Teil : Internationale Studienlage**

Eine Übersichtsarbeit über internationale stationäre und ambulante gerontopsychiatrische Leistungsangebote enthält Aussagen für die Richtlinien in Hinblick auf die Indikationsstellung (Draper 2000). Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Studie auf den deutschen Versorgungskontext ist nur eingeschränkt möglich (Interdisziplinarität, Qualifikation der Krankenschwestern). Fenton et al. 1979 belegten in einer randomisierten kontrollierten Studie die Effektivität von ambulanter Versorgung in einem multidisziplinären Team v. a. bei Schizophrenie, daneben auch bei Psychosen

und Neurosen im Vergleich zu stationärer Behandlung; auch hier ist die Übertragbarkeit aus den eben genannten Gründen nur bedingt möglich. Eine gerontopsychiatrische Erhebung in Deutschland wies auf die Demenz als führende Indikation hin, die von „sonstigen“ psychischen Störungen gefolgt wird.

Für die Pflegeeinheit wird bei psychisch Kranken ein erhöhter Zeitaufwand von 62 Minuten gegenüber 52 Minuten bei rein somatisch Erkrankten konstatiert (Klostermann et al. 1998). Ebenfalls ein erhöhter Zeitaufwand bei der ambulanten Pflege von psychisch schwer gestörten Menschen wurde in einer deutschen Querschnittstudie aus Bielefeldt/Gütersloh ermittelt (Steinkamp 1999). Auch ergeben sich deutliche Hinweise darauf, dass im ambulanten Sektor hohe Schweregrade der psychiatrischen Symptomatik vorliegen. Der durchschnittliche Pflegebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens sei nach dieser Studie auf Grund von Defiziten bei der Beherrschung der Körperfunktionen im ambulanten Sektor höher als im stationären Sektor.

Die Studie von Steinkamp konnte auch zeigen, dass die Aufnahme in voll-, bzw. teilstationäre Behandlung in der ambulanten Pflege geringer war als bei Patienten mit psychischer Erkrankung, die über diese Möglichkeit nicht verfügten. Außerhalb der stationären Versorgung behandelte Patienten haben ein geringeres Nachbehandlungsrisiko im Vergleich zu stationär Behandelten. Die geringsten Zuwächse an Schwere der psychiatrischen Symptomatik, der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit haben die ambulant Versorgten mit funktionell-psychischen Diagnosen. Ältere Menschen mit organischer Psychose bleiben jedoch eher unbeeinflusst vom Setting der Behandlung. In den als Hintergrundliteratur aufgelisteten Studien finden sich jeweils einzelne Hinweise auf zu Grunde liegende Indikationen, Pflegemaßnahmen und ökonomische Aspekte (Steinkamp 1999).

Der Nachweis der Wirksamkeit ambulanter psychiatrischer Pflege wird durch eine randomisierte kontrollierte Studie erbracht, die allerdings ausschließlich Patienten mit der Diagnose einer sogenannten "major depression" untersuchte (Blanchart 1995; Intervention: ambulante Pflege, getestet gegen Nicht-Intervention).

## **9. Ergebnisse 2. Teil : Deutsche Projekte**

Die Auswertung der deutschen Projekte weist niedrige Evidenzniveaus auf, da im wesentlichen nur einarmige unkontrollierte Beobachtungen vorliegen. Es können Informationen zu den Indikationen entnommen werden, z. T. mit Zuordnung zur Altersklasse bzw. die epidemiologische Verteilung von bestimmten Indikationsgruppen.

Wesentlich erscheint u. a. die Aussage aus dem BMG Gutachten 1999, wonach für die pflegerische Intervention nicht so sehr die Diagnosen als vielmehr der Krankheitsverlauf und die individuelle Fähigkeit des Patienten und die Möglichkeiten seines Umfelds sich auf die Krankheit einzustellen von Relevanz sind.

Als essenziell über alle Projekte hinweg ist die Erstellung eines Behandlungsplanes mit zielorientierter Verordnung anzusehen. Auch lassen sich Aussagen entnehmen zu den Inhalten der Pflegemaßnahmen für psychisch Kranke, zur durchschnittlichen Gesamtdauer, zu deren Frequenz, zum zeitlichen Pflegeaufwand und zur Erstverordnung.

## **10. Schlussfolgerungen**

Die Auswertung der internationalen Studien erbrachte Teilinformationen, die in der Richtlinie berücksichtigt werden sollten. Die Evaluation der deutschen Projekte war inhaltlich ergiebiger. Als wesentliche Aussage kann festgehalten werden, dass Evidenzen bzw. übereinstimmende Informationen aus den Studien zu höherem Zeitaufwand für die Pflege psychisch Kranker als für die Pflege rein somatisch Kranker zu entnehmen sind. Das ist aber nach übereinstimmender Auffassung des Unterausschusses „Häusliche Krankenpflege“ eine vergütungspolitische und keine ordnungsrechtliche Feststellung.

Zu folgenden Indikationen liegen nach der Auswertung valide Studien vor: Psychosen insbesondere Schizophrenie und gerontopsychiatrische Erkrankungen insbesondere Demenz.

Insgesamt liegen nur zu einzelnen Untersuchungsaspekten höhere Evidenzniveaus vor. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse ausländischer Projekte auf das deutsche Gesundheitssystem ist nur bedingt möglich.

Nach Auswertung der internationalen Studienlage ergeben sich keine Hinweise darauf, dass die im Anhörungsentwurf vorgegebenen Angaben zur Dauer und Frequenz nicht sachgerecht sind. Ebenfalls lässt sich aus dem Ergebnis der Literaturbewertung keine Konkretisierung der im Anhörungsentwurf vorgegebenen Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege ableiten. Abgesehen davon würde man mit einer konkretisierenden Eingrenzung dem Wesen psychiatrischer Erkrankungen nicht gerecht werden, da diese der individuellen Situation angepasste Interventionen erfordern. Unter Berücksichtigung der Studienlage wurde der Diagnosenkatalog um die ICD 10 Ziffer F02.8 erweitert.

## **11. Streichung der Bestandschutzwahrung**

Mit der Ergänzung der HKP-Richtlinien um die psychiatrische Krankenpflege ist die Bestandsschutzregelung in Abschnitt I Ziffer 3 Absatz 2 "Soweit derzeit spezifische Leistungen der häuslichen Krankenpflege vertraglich vereinbart sind, sind diese spezifischen Leistungen ebenfalls verordnungsfähig" zu streichen. Diese Bestandschutzregelung ist auf Grund der Beanstandung des damaligen BMG in die Richtlinien aufgenommen worden, mit dem Ziel, den Leistungsanspruch der Versicherten im Hinblick auf diese besonderen Leistungen rechtsverbindlich auszugestalten und zu einem späteren Zeitpunkt durch eine sachgerechte, endgültige Regelung zu ersetzen, was nun der Fall ist.

Siegburg, den 15. Februar 2005

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Der Vorsitzende

Dr. jur. R. Hess