



**Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen
der häuslichen Krankenpflege**

Stand: 16. März 2017

Unterausschuss Veranlasste Leistungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

A	Tragende Gründe und Beschluss.....	4
A-1	Rechtsgrundlage.....	4
A-2	Eckpunkte der Entscheidung	4
A-3	Würdigung der Stellungnahmen.....	4
A-4	Bürokratiekostenermittlung	4
A-5	Verfahrensablauf	5
A-6	Beschluss	6
A-7	Anhang.....	7
A-7.1	Antrag zur Beratung.....	7
A-7.2	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V.....	2
B	Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA.....	3
B-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	3
B-2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	3
B-3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	3
B-4	Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen	4
B-5	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens	5
B-5.1	Beschlussentwurf.....	6
B-5.2	Tragende Gründe	11
B-6	Schriftliche Stellungnahmen.....	18
B-6.1	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen	18
B-6.1.1	Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen.....	18
B-6.1.2	Stellungnahmen zur Änderung des § 1 Absatz 1 HKP-RL.....	48
B-6.1.3	Stellungnahmen zur Änderung des § 5 Absatz 3 HKP-RL.....	51
B-6.1.4	Stellungnahmen zur Änderung des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL: Ergänzung Nummer 24a - Leistungsbeschreibung	62
B-6.1.5	Stellungnahmen zur Änderung des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL: Ergänzung Nummer 24a - Bemerkung.....	141
B-6.1.6	Stellungnahmen zur Änderung des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL: Ergänzung Nummer 24a – Dauer und Häufigkeit d.M.....	183
B-6.1.7	Stellungnahmen zur Änderung des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL: Ergänzung Nummer 24a – Sachverzeichnis	198
B-7	Mündliche Stellungnahmen.....	200
B-7.1	Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten	200
B-7.2	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen	203
B-8	Würdigung der Stellungnahmen.....	204
B-9	Anhang: Stellungnahmen.....	206
B-9.1	Schriftliche Stellungnahmen	206
B-9.2	Mündliche Stellungnahmen.....	286

B-9.2.1	Wortprotokoll der Anhörung	286
C	Bürokratiekostenermittlung.....	297

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
Abs.	Absatz
BÄK	Bundesärztekammer
BAnz	Bundesanzeiger
BfDI	Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
Erst-VO	Erstverordnung
Folge-VO	Folgeverordnung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HKP-RL	Häusliche Krankenpflege Richtlinie
i. v.	intravenös
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Lfd. Nr.	Laufende Nummer
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

A Tragende Gründe und Beschluss

A-1 Rechtsgrundlage

[wird in finaler Fassung ergänzt]

A-2 Eckpunkte der Entscheidung

[wird in finaler Fassung ergänzt]

A-3 Würdigung der Stellungnahmen

[wird in finaler Fassung ergänzt]

A-4 Bürokratiekostenermittlung

[wird in finaler Fassung ergänzt]

A-5 Verfahrensablauf

[wird in finaler Fassung ergänzt]

A-6 Beschluss

Veröffentlicht im BAnz am T. Monat JJJJ, AT ...

Hier Beschluss im Wordformat (nicht im BAnz-Veröffentlichungsformat) einstellen.

A-7 Anhang

A-7.1 Antrag zur Beratung

19

18. DEZ. 2014

3237



Spitzenverband

GKV-Spitzenverband · Reinhardtstraße 28 · 10117 Berlin
 Gemeinsamer Bundesausschuss
 Unterausschuss Veranlasste Leistungen
 Frau Dr. Edith Pfenning
 Wegelystr. 8
 10623 Berlin

Dr. Monika Kücking
 Leiterin der Abteilung Gesundheit
 Ansprechpartner/-in: Marcus Schneider
 Ref. Leistungsrecht/Rehabilitation/Prävention/Selbsthilfe
 Tel.: 030 206288-3175
 Fax: 030 206288-83175

Marcus.Schneider@
 gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband
 Postfach 04 05 65 · 10063 Berlin
 Reinhardtstraße 28 · 10117 Berlin
 www.gkv-spitzenverband.de

16.12.2014

Gemeinsamer Bundesausschuss			
Original:	Iwasch		
Kopie:	Grieshammer		
Eingang:	18. Dez. 2014		UP
CF	M-VL	QS-V	AM
P/O	Recht	FD-Med.	Verw.

**Beratung über eine Ergänzung der Richtlinie Häusliche Krankenpflege;
 Belange von Palliativpatienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege**

Sehr geehrte Frau Dr. Pfenning,

am 04.07.2013 fand bekanntlich die konstituierende Sitzung des Forums Hospiz- und Palliativversorgung des Bundesministeriums für Gesundheit statt, an der auch eine Vertreterin des G-BA beteiligt war. Das Forum Hospiz- und Palliativversorgung wurde eingerichtet, um in regelmäßigen Abständen Themen der Hospiz- und Palliativversorgung zu beraten. U.a. wurde in der Sitzung des Forums am 04.07.2013 auch die häusliche Krankenpflege unter dem Aspekt der Palliativversorgung thematisiert. Wir haben in der Sitzung des Forums in Aussicht gestellt, gemeinsam mit einigen Pflegeorganisationen in einen Beratungsprozess zur Prüfung eines möglichen Änderungsbedarfs der Richtlinie Häusliche Krankenpflege im Hinblick auf die Versorgung von Palliativpatienten einzusteigen. Diese zwischenzeitlichen Beratungen haben nunmehr einen Konkretisierungsgrad erreicht, der u. E. eine gute Grundlage für Beratungen in den zuständigen Gremien des G-BA bietet. Beiliegend übersenden wir einen entsprechenden Vorschlag zur Ergänzung der Richtlinie Häusliche Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V (s. Anlagen).

Zum einen schlagen wir eine Änderung des § 1 Abs. 1 der Richtlinie Häusliche Krankenpflege vor, um zum Ausdruck zu bringen, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht nur kurativ, sondern auch palliativ indiziert sein können. Zum anderen schlagen wir die Einfügung einer neuen Leistung für Palliativpatienten in das Leistungsverzeichnis in der Anlage zur Richtlinie Häusliche Krankenpflege vor, um der notwendigen Versorgung von Palliativpatienten am Ende des termina-

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a SGB V · Institutionskennzeichen (IK) 109911114
 Commerzbank BLZ 120 800 00 Konto 4102 030 405 IBAN DE56 1208 0000 4102 0304 05 BIC DRESDEFF120
 SEB Bank BLZ 100 101 11 Konto 1702 863 200 IBAN DE59 1001 0111 1702 8632 00 BIC ESSEDE5F100

Seite 2/2 des Schreibens vom 16.12.2014

len Stadiums der Erkrankung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege noch stärker gerecht werden zu können.

Wir bitten um Weiterleitung der Vorschläge an den Unterausschuss Veranlasste Leistungen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Monika Kücking

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
24a	<p>Symptomkontrolle bei Palliativpatienten in enger Abstimmung mit dem verordnenden Arzt</p> <ul style="list-style-type: none"> • insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation • Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden • Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen 	<p>Die Leistung soll am Ende des terminalen Stadiums der Erkrankung der Patientin oder des Patienten den Verbleib in der Häuslichkeit gewährleisten.</p> <p>Die Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL ist für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter ordnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage oder Wochen limitiert ist. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann.</p> <p>Der grundsätzliche Anspruch eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37b SGB V wird durch die Verordnung der Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL nicht berührt. Die Nr. 24a ist jedoch nicht bei Patienten ordnungsfähig, die eine Vollversorgung oder eine additiv unterstützende palliativpflegerische</p>	Bis zu 14 Tage

	<p>Diese Leistung umfasst alle entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL im Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen.</p>	<p>Teilversorgung nach § 5 Abs. 2 der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V erhalten.</p> <p>Neben der Leistung Nr. 24a können andere behandlungspflegerische Leistungen nur dann zusätzlich verordnet werden, wenn diese Leistungen aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht zeitgleich im Rahmen der Nr. 24a erbracht werden können. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>Die konkreten behandlungspflegerischen Interventionen sind nach Möglichkeit auf der Verordnung anzugeben.</p> <p>Die Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumentation zu vermerken.</p> <p>Sofern ein ambulanter Hospizdienst eingebunden ist, ist der erforderliche Informationsaustausch unter den Beteiligten sicherzustellen.</p>	
--	--	--	--

§ 1 Abs. 1 HKP-RL

Die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit. **Diese kann sowohl kurativ als auch palliativ indiziert sein.** Dabei sind der Eigenverantwortungsbereich der oder des Versicherten (siehe Absatz 5) sowie die besonderen Belange kranker Kinder und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu berücksichtigen. So kann z. B. die Verordnung eines teuren Arznei-, Verband- oder Hilfsmittels wirtschaftlich sein, wenn der finanzielle Aufwand für diese Maßnahmen bei gleicher Wirksamkeit geringer ist als der für die sonst notwendigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege.

A-7.2 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V

[wird in finaler Fassung ergänzt]

B Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Arbeitsgemeinschaft der Kammer auf Bundesebene gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
 - Bundesärztekammer (BÄK)

- Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V:
 - Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)
 - Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)
 - Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V. (APH)
 - Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)
 - Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.)
 - Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V. (BHK)
 - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
 - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V. (DBfK)
 - Deutscher Caritasverband e. V (Caritas)
 - Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.
 - Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)
 - Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V (Diakonie)
 - Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)
 - Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)

- Organisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung gemäß § 92 Absatz 7 Satz 1 Nr. 5 i. V. m Absatz 7 Satz 2 SGB V:
 - Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)
 - Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.
 - Deutscher Kinderhospizverein e.V.

- Organisationen, denen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):
 - Deutscher Pflegerat e.V.
 - Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)

B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen beschloss in seiner Sitzung am 29. Juni 2016 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 4. Juli 2016 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von 5 Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,

- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

B-4 Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
--------------------------	------------	-------------

Arbeitsgemeinschaft der Kammer auf Bundesebene gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:

Bundesärztekammer (BÄK)	05.08.2016	
-------------------------	------------	--

Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V:

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)	29.07.2016	
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)		Verzicht
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V. (APH)	08.07.2016	
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)		Verzicht
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.)	05.08.2016	
Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V. (BHK)	07.08.2016	
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	02.08.2016	
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V. (DBfK)	05.08.2016	
Deutscher Caritasverband e. V (Caritas)	05.08.2016	
Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.	05.08.2016	
Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)	08.08.2016	
Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V (Diakonie)	07.08.2016	
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)	02.08.2016	
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)		Verzicht

Organisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung gemäß § 92 Absatz 7 Satz 1 Nr. 5 i. V. m Absatz 7 Satz 2 SGB V:

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)	08.08.2016	
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.	03.08.2016	
Deutscher Kinderhospizverein e.V.	22.07.2016	

Organisationen 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a der Verfahrensordnung des G-BA

Deutscher Pflegerat e.V.	22.07.2016	
Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)		Verzicht

Organisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung gemäß § 92 Absatz 7 Satz 1 Nr. 5 i. V. m Absatz 7 Satz 2 SGB V:

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)	8. August 2016	
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.	3. August 2016	
Deutscher Kinderhospizverein e.V.	22. Juli 2016	

Organisationen 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a der Verfahrensordnung des G-BA

Deutscher Pflegerat e.V.	22. Juli 2016	
Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)		Verzicht

B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Neben dem Beschlussentwurf wurden den Stellungnehmern die Tragenden Gründe (Stand: 01. Juli 2016) übermittelt.

B-5.1 Beschlussentwurf

Stand: 01.07.2016

Beschlussentwurf



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Vom **T. Monat JJJJ**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ** beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Fassung vom 17. September 2009 (BAnz. Nr. 21a vom 9. Februar 2010, zuletzt geändert am 17. Dezember 2015 (BAnz AT 18.03.2016 B3), wie folgt zu ändern:

- I. Nach § 1 Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Diese kann sowohl kurativ als auch palliativ indiziert sein.“
- II. Nach § 5 Absatz 3 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:
Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von § 37 Absatz 1 Satz 5 SGB V anzunehmen.“
- III. Im Leistungsverzeichnis der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie wird nach der Nummer „24.“ eine neue Nummer 24a wie folgt eingefügt:

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme				
24a	<table border="1" data-bbox="365 371 902 491"> <tr> <td data-bbox="365 371 633 419">GKV-SV</td> <td data-bbox="633 371 902 419">KBV ,DKG und PatV</td> </tr> <tr> <td data-bbox="365 419 633 491">Komplexleistung zur Palliativpflege</td> <td data-bbox="633 419 902 491">Palliativpflege</td> </tr> </table> <p data-bbox="365 507 902 619">Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt</p> <ul data-bbox="365 635 902 866" style="list-style-type: none"> - insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation - Wundkontrolle und –behandlung bei exulzierenden Wunden - Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen <p data-bbox="365 882 902 994">Diese Leistung umfasst alle entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses im Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen.</p>	GKV-SV	KBV ,DKG und PatV	Komplexleistung zur Palliativpflege	Palliativpflege	<p data-bbox="925 368 1574 655">Die Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL ist für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen oder Patienten in jedem Alter verordnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage oder wenige Wochen limitiert ist und unter anderem die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität, im Vordergrund stehen.</p> <p data-bbox="925 671 1574 871">Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann.</p> <p data-bbox="925 887 1574 1118">Diese Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen.</p> <p data-bbox="925 1134 1574 1294">Ziel dieser Leistung ist die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung in der Häuslichkeit bei sterbenden Menschen mit einem palliativen Versorgungsbedarf, der nicht die spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)</p>	<p data-bbox="1597 368 1886 448">Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage</p>
GKV-SV	KBV ,DKG und PatV						
Komplexleistung zur Palliativpflege	Palliativpflege						

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme				
		<p>gemäß § 37b SGB V erfordert.</p> <p>Sofern durch Patientinnen oder Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst unterstützt werden.</p> <p>Der grundsätzliche Anspruch einer Patientin oder eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V wird durch die Verordnung der Nr. 24a nicht berührt. Die Nr. 24a ist 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 (siehe auch § 5 Abs. 2 der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14. SGB V).</p> <p>Die konkreten behandlungspflegerischen Interventionen sollen auf der Verordnung angegeben werden.</p> <table border="1" data-bbox="936 1070 1572 1331"> <thead> <tr> <th data-bbox="936 1070 1256 1118">PatV und GKV-SV</th> <th data-bbox="1256 1070 1572 1118">DKG, KBV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="936 1118 1256 1331">Die Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumentation zu vermerken.</td> <td data-bbox="1256 1118 1572 1331"></td> </tr> </tbody> </table>	PatV und GKV-SV	DKG, KBV	Die Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumentation zu vermerken.		
PatV und GKV-SV	DKG, KBV						
Die Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumentation zu vermerken.							

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		<p>Sofern ein ambulanter Hospizdienst eingebunden ist, ist der erforderliche Informationsaustausch unter den Beteiligten sicherzustellen.</p> <p>Neben der Leistung Nr. 24a können andere behandlungspflegerische Leistungen nur dann zusätzlich verordnet werden, wenn diese Leistungen aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht zeitgleich im Rahmen der Nr. 24a erbracht werden können. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p>	

- IV. Im Sachverzeichnis wird nach der Zeile „Orthesen, An- und ablegen Siehe Körperpflege Nr. 4“ eine neue Zeile eingefügt. In der linken Spalte der neuen Zeile werden die Wörter

GKV-SV	KBV, DKG und PatV
„Palliativpflege, Komplexleistung zur“	„Palliativpflege“

eingefügt. In der rechten Spalte der neuen Zeile wird die Angabe „Nr. 24a“ eingefügt.

- V. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-5.2 Tragende Gründe

Stand: 29.06.2016

Tragende Gründe



zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Vom **Beschlussdatum**

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Änderung in § 1 Abs. 1 HKP-RL.....	3
2.2	Änderung in § 5 Abs. 3 HKP-RL.....	3
2.3	Aufnahme der Leistungsziffer 24a in das Leistungsverzeichnis der HKP-RL.....	4
2.3.1	Verordnungsvoraussetzungen.....	4
2.3.2	Durchführung der Maßnahmen.....	4
2.3.3	Leistungsbeschreibung.....	4
2.3.3.1	Leistungsumfang.....	4
2.3.3.2	Begriffsbestimmung.....	5
	In enger Abstimmung:.....	5
	Symptomkontrolle:.....	5
	Krisenintervention.....	6
2.3.4	Bemerkung.....	6
2.3.5	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme.....	6
3	Würdigung der Stellungnahmen.....	6
4	Bürokratiekostenermittlung.....	6
5	Verfahrensablauf.....	7
5.1.1.1	Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens.....	8

1 Rechtsgrundlagen

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dient der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Als Anlage ist der HKP-RL ein Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) beigefügt.

Darüber hinaus ist der G-BA durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) beauftragt worden, in der HKP-RL Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zu regeln. Durch die Änderung des § 92 Abs. 7 SGB V beabsichtigt der Gesetzgeber, die Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege weiterzuentwickeln und das Nähere zur ambulanten Palliativversorgung festzulegen. Dies betrifft insbesondere eine Konkretisierung behandlungspflegerischer Maßnahmen sowie Leistungen der Palliativpflege, 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 Palliativpatientinnen und -patienten berücksichtigen sollen. Dabei sind insbesondere auch die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen. 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 (vgl. Begründung zum Gesetzentwurf HPG, BT-Drs. 18/5170, S. 28f).

2 Eckpunkte der Entscheidung

Die häusliche Krankenpflege ist in der ambulanten Palliativversorgung von Menschen, die ihre letzte Lebensphase in der häuslichen Umgebung verbringen, von erheblicher Bedeutung. Dies findet bislang im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege keine ausdrückliche Erwähnung. Lediglich die Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege standen auch bisher Palliativpatientinnen und -patienten zur Verfügung. Diese Möglichkeit ist auch weiterhin gegeben. Leistungen nach Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses sind nicht bei allen Palliativpatientinnen und -patienten erforderlich.

Patientinnen und Patienten mit einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen und zum Tode führenden Erkrankung sind dynamischen Krankheitsentwicklungen ausgesetzt. Hierbei schwanken körperliche und psychische Symptome innerhalb des Krankheitsverlaufes. Gerade in den letzten Tagen und Wochen vor Eintritt des Todes können sich die Symptome beträchtlich intensivieren. Die bisherige Ausrichtung der HKP-Richtlinie mit verordnungsfähigen Einzelleistungen trug dem nur eingeschränkt Rechnung.

Daher besteht die Notwendigkeit, ergänzend zu den bereits verordnungsfähigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, eine neue Komplexleistung zur spezifischen palliativpflegerischen Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten deren Lebenserwartung auf Tage oder wenige Wochen limitiert ist einzuführen, da der Hilfebedarf in dieser Zeit unvorhersehbar steigen kann und besonders dynamisch ist.

Sofern die Lebenserwartung nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes nicht auf Tage oder wenige Wochen limitiert ist, sind die Leistungen nach Nr. 24a nicht verordnungsfähig.

Durch die Einführung der Nummer 24a in das Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie schafft der G-BA eine Regelung, um der notwendigen Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten, deren Lebenserwartung auf Tage oder wenige Wochen limitiert ist, im Rahmen der häuslichen Krankenpflege noch stärker gerecht werden zu können.

Durch die Weiterentwicklung der HKP-Richtlinie (Klarstellung in der HKP-RL und Einführung der Leistungsziffer Nr. 24a im Leistungsverzeichnis) mit Blick auf die besonderen Belange von Palliativpatientinnen und -patienten wird ergänzend zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), die auf ein komplexes Symptomgeschehen abzielt, auch die allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der sogenannten Regelversorgung gestärkt.

2.1 Änderung in § 1 Abs. 1 HKP-RL

Die Ergänzung in § 1 HKP-RL stellt klar, dass die im Leistungsverzeichnis der HKP-RL genannten Leistungen eine kurative aber auch eine palliative Zielsetzung haben können.

2.2 Änderung in § 5 Abs. 3 HKP-RL

GKV-SV	KBV	PatV und DKG
Wie die übrigen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL können Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur palliativpflegerischen Versorgung (auch Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL) auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V verordnet werden. Dies ist abhängig von der im Einzelfall vorzunehmenden Beurteilung, ob dem Grunde nach Krankenhausbehandlung geboten ist (siehe auch BSG-Urteil Az. B 3 KR 4/98 R vom 28. Januar 1999 sowie B 1 KR 8/13 vom 18.11.2014).	Wie die übrigen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL können Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur palliativpflegerischen Versorgung (auch Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL) auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V verordnet werden. Dies ist abhängig von der im Einzelfall vorzunehmenden Beurteilung, ob dem Grunde nach Krankenhausbehandlung geboten ist.	

PatV	GKV-SV, DKG, KBV
Um die häusliche Pflegesituation von Palliativpatienten nicht zusätzlich zu belasten, soll – bei einer Verordnung gem. § 37 Abs. 1 SGB V – regelhaft auf eine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V verzichtet werden. Davon unbenommen gilt in begründeten Ausnahmefällen § 275 SGB V	Werden Leistungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 SGB V verordnet, so ist in Bezug auf die gesetzliche Befristung der Leistungsdauer auf vier Wochen regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall für einen erforderlichen längeren Leistungsbezug anzunehmen.

2.3 Aufnahme der Leistungsziffer 24a in das Leistungsverzeichnis der HKP-RL

2.3.1 Verordnungsvoraussetzungen

Die Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen.

Um Doppelleistungen auszuschließen, ist eine klare Abgrenzung zu den Leistungen der SAPV erforderlich. Die Leistung nach Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL kann nicht verordnet werden, wenn die Patientin oder der Patient bereits Leistungen der SAPV nach § 37b SGB V in der Form der SAPV-Vollversorgung oder der additiv unterstützenden palliativpflegerischen Teilversorgung im Sinne der Richtlinie des G-BA zur Verordnung von SAPV nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V erhält. In diesem Fall werden die erforderlichen palliativpflegerischen Leistungen aufgrund des Vorliegens eines komplexen Symptomgeschehens bereits im Rahmen der SAPV durchgeführt.

Auf der ärztlichen Verordnung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sollen durch die Ärztin oder den Arzt die konkreten behandlungspflegerischen Interventionen angegeben werden.

2.3.2 Durchführung der Maßnahmen

Im Rahmen der Leistungen nach Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie sind die Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegefachkräfte zur engen Abstimmung (siehe 2.3.3.2) verpflichtet.

Die Koordinationsverantwortung liegt nach § 7 Abs. 2 der HKP-Richtlinie in Verbindung mit den Leistungen der allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung bei der Ärztin oder dem Arzt.

GKV-SV/DKG	PatV/KBV
Es gibt einige grundlegende Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende. Die Grundsätze hierfür müssen den Pflegekräften bekannt sein. Sofern das nicht der Fall ist, sollten diese fachlichen Inhalte durch Fort- und Weiterbildung vermittelt werden.	

2.3.3 Leistungsbeschreibung

2.3.3.1 Leistungsumfang

Schwerkranke und sterbende Menschen benötigen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung.

Da Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, deren Lebenserwartung auf Tage oder wenige Wochen limitiert ist, oftmals eine sich dynamisch verändernde Krankheitsentwicklung erleben, die auch mit unvorhersehbar stark schwankendem Hilfebedarf einhergehen, können Verordnungen, die nur bestimmte Leistungen in einer bestimmten Frequenz beschreiben, problematisch sein.

Deshalb handelt es sich bei der Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses um eine Komplexleistung, die flexibel - ggf. situativ auch mehrfach täglich- die Symptomkontrolle

Krisenintervention

Eine Krisenintervention beinhaltet eine Abfolge von medizinischen und pflegerischen Handlungen bei plötzlich auftretenden Symptomverschlechterungen oder plötzlich auftretenden neuen Krankheitsreaktionen (z.B. Krampfanfälle, Blutungen). Die Handlungsanweisungen sollen zuvor von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt in einem Notfallplan festgelegt werden.

DKG/GKV-SV	PatV/KBV
Hierbei handelt es sich allerdings um die im konkreten Behandlungsfall typischerweise möglichen und damit um vorhersehbare Krisensituationen, deren Behandlungsmaßnahmen im Notfallplan festgehalten sind und deren Behandlung durch ein Pflegeteam ausführbar ist. Beim Vorliegen einer Krisensituation, die z.B. durch einen instabilen Zustand des der Patientin oder des Patienten, Auftreten neuer unerwarteten Probleme oder starker Verschlechterung der Symptomatik charakterisiert ist, ist vom Pflegedienst umgehend Kontakt mit der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt aufzunehmen, um das weitere Vorgehen abzustimmen.	Beim Auftreten einer Krise im Rahmen eines komplexen Symptomgeschehens ist die Weiterbehandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie zu prüfen.

2.3.4 Bemerkung

Sofern durch Patientinnen und Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung, wie z.B. die Einbindung eines ambulanten Hospizdienstes, unterstützt werden. Dies kann durch den Pflegedienst im Rahmen seiner Netzwerkpartner oder durch die Krankenkassen im Rahmen des Beratungsangebotes nach § 39b SGB V erfolgen.

2.3.5 Dauer und Häufigkeit der Maßnahme

Erstverordnung und Folgeverordnungen sind bis zu 14 Tage verordnungsfähig. Wie bei den übrigen Leistungen des Leistungsverzeichnisses, handelt es sich bei den Angaben zur Dauer und Häufigkeit von Leistungen um Empfehlungen für den Regelfall, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann.

3 Würdigung der Stellungnahmen

[Kapitel wird nach Durchführung des Stellungnahmeverfahrens erstellt]

4 Bürokratiekostenermittlung

Es ist davon auszugehen, dass sich durch die vorgesehene Änderung der Richtlinie die Anzahl von HKP-Verordnungen erhöht. Aufgrund der erwarteten höheren Fallzahlen kann mit einem leichten Anstieg der Bürokratiekosten gerechnet werden. Auf eine Ausweisung der Bürokratiekosten wurde verzichtet.

PatV und GKV-SV	KBV und DKG
Es wird davon ausgegangen, dass die Vorgabe, wonach die Feststellungen bei der	

<p>Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen in der Pflegedokumentation zu vermerken sind, einen ohnehin obligatorischen Bestandteil der Pflegedokumentation beschreibt und insofern hieraus keine zusätzlichen Bürokratiekosten resultieren. Dies gilt insbesondere für die Fälle, in denen Leistungen nach Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses künftig andere verordnete HKP-Leistungen ersetzen. In den Fällen, in denen Leistungen nach Nr. 24a ergänzend zu anderen Leistungen verordnet und erbracht werden, ist nicht auszuschließen, dass für das Führen der Pflegedokumentation durch den Pflegedienst künftig ein höherer zeitlicher Aufwand erforderlich ist.</p>	
---	--

5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
16.12.2014		Schreiben GKV-SV : Antrag zur Aufnahme der Beratung über eine Ergänzung der Häusliche Krankenpflege Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege
16.04.2015	G-BA	Aufnahme der Beratungen gemäß 1. Kapitel § 5 Abs. 1 VerFO
11.03.2015	UA VL	<i>Beauftragung der AG HKP mit der Erstellung eines Beschlussentwurfs zur Verortung der Palliativversorgung in der HKP-RL</i>
29.06.2016	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) / zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten über eine Änderung der Richtlinie XY
TT.MM.JJJJ	Wählen Sie ein Gremium aus.	Auswertung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	Wählen Sie ein Gremium aus.	<i>Anhörung</i>
TT.MM.JJJJ	Wählen Sie ein Gremium aus.	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe, ZD)
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Richtlinie XY

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / <i>Auflage</i>
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

5.1.1.1 Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

[Ergänzung nach Auswertung der Stellungnahmen]

B-6 Schriftliche Stellungnahmen

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind im Kapitel B-9 abgebildet. In den nachstehenden Tabellen sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

B-6.1 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

B-6.1.1 Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
1.	bpa	<p>Der bpa, der bundesweit über 9.000 Pflegeeinrichtungen vertritt, bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme.</p> <p>Voranstellen möchten wir die schwierige Abgrenzungsfrage zwischen der allgemeinen Palliativpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die allgemeine Palliativpflege stellt die Regelversorgung für sterbende Menschen dar, die einen Unterstützungsbedarf in der letzten Lebensphase haben. Die Abgrenzung bzw. Unterscheidung zur SAPV liegt, neben</p>		Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>der Diagnose, in der Intensität bzw. dem Umfang des Unterstützungsbedarfes. Die erforderlichen Leistungsinhalte der palliativen Versorgung sind jedoch deckungsgleich. Anlehnend an die SAPV müssen daher auch in der allgemeinen Palliativpflege die Koordination und die psychosoziale Begleitung Berücksichtigung finden. Wenn diese fehlen handelt es sich lediglich um bereits bestehende und separate Einzelleistungen, die unter einer neuen Positionsnummer zusammengefasst werden.</p> <p>Die allgemeine Palliativversorgung muss als Bestandteil der häuslichen Krankenpflege neben den klassischen behandlungspflegerischen Einrichtungen die Maßnahmen, die in der Gesetzesbegründung im Rahmen der Sterbegleitung aufgeführt sind – wie im Hospizbereich und der spezialisierten Palliativversorgung auch – umfassen, d.h.:</p>			

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> - die psychosoziale Betreuung (zeitlicher Mehraufwand bei der Durchführung der einzelnen Leistungen der häuslichen Krankenpflege), - die Sterbebegleitung sowie - die Einbeziehung der Angehörigen. <p>In Abgrenzung zu den kurativen Leistungen liegt der Unterschied in der palliativen Versorgung darin, dass eine umfassende Begleitung aus einer Hand stattfinden soll. Um die Betroffenen und Angehörigen in der schwierigen Situation am Lebensende nicht zusätzlich zu belasten, muss die Versorgung koordiniert und leistungserbringerübergreifend stattfinden. Die Koordination der Leistungen sowie die Einbeziehung der Angehörigen sind dabei ein wesentlicher Bestandteil der palliativen Versorgung – vgl. SAPV – und zeichnen die</p>			

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Versorgung am Lebensende aus.</p> <p>Dem gesetzlichen Auftrag zur Verbesserung der Versorgung am Lebensende trägt die vorgenommene Änderung der Richtlinie nur unzureichend Rechnung. Die Ausgestaltung der allgemeinen Palliativversorgung erfolgt hier vorrangig auf der Basis der Zusammenfassung der unterschiedlichen Behandlungspflegeleistungen, als sogenannte Komplexleistung. Der palliative Mehrwert ist nicht erkennbar.</p> <p>Zu den einzelnen vorgeschlagenen Neuerungen vertritt der bpa folgende Positionen:</p>			
2.	DPWV		<p><u>Grundsätzliches:</u> Der Deutsche Paritätische Gesamtverband begrüßt das Anliegen des G-BA den besonderen Versorgungsbedürfnissen von unheilbar kranken Menschen durch</p>	Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Aufnahme gesonderter Leistungen in die HKP-RL gerecht zu werden. Die geplante Komplexleistung Nr. 24a reicht jedoch in der Form nicht aus um den Anforderungen an eine angemessene allgemeine ambulante Palliativversorgung gerecht zu werden.</p>		
3.	DGP	<p>Nach § 4 sollte ein neuer § 4a „Besonderheiten der Verordnung der Palliativpflege“ eingefügt werden. Unser Vorschlag:</p> <p>(1) Für die Verordnung von Leistungen nach Nr. 24a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Leistungen (Allgemeine Palliativpflege) gelten nachfolgende Besonderheiten.*</p>	<p>* Die Anpassung bzw. Änderung der HKP-RL soll, gem. Punkt 1 und 2 der Tragenden Gründe (Stand: 29.06.2016) des Beschlussentwurfes des Gemeinsamen Bundesausschusses zur HKP-RL, den besonderen Versorgungsbedarf von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten einschließlich deren dynamischer Krankheitsverläufe mit schwankenden körperlichen und psychischen Symptomen berücksichtigen. Es ist zudem eine als spezifisch allgemeine palliativpflegerische Versorgung von Pallia-</p>	<p>Einer eigenen Formulierung in einem § 4a HKP-RL bedarf es nicht, da die Leistungen im vorgelegten Beschlussentwurf bereits abgebildet sind. Auf die konkreten Änderungsvorschläge wird im Folgenden eingegangen.</p> <p>Zu Beschränkung der VO auf Lebenstage / wenige Wochen: siehe lfd. Nr. 55 und 80</p> <p>Zu vermehrte Aufklärung, Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und Kooperationspartner: siehe lfd. Nr. 32 und 68</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 4, 32, 41, 51, 55, 68, 89, 94 und 109</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>tivpatientinnen und Palliativpatienten vorgesehen (s. Punkt 2 „Eckpunkte der Entscheidung“ der Tragen den Gründe zur HKP-RL).“ Dieser Spezifität sollte in der Anpassung der Richtlinie auch auf fachlicher Ebene Rechnung getragen werden. Um dies zum Ausdruck zu bringen erachten wir eine eindeutige Klarstellung zwischen der kurativ als auch palliativ indizierten Behandlungspflege und der spezifisch „allgemeinen palliativpflegerischen“ Versorgung sowohl inhaltlich als auch fachlich für dringend erforderlich.</p> <p>Analog zum §4 „Besonderheiten der Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege“ sollten daher auch die „Besonderheiten der Verordnung der allgemeinen Palliativpflege“ durch Hinzufügen eines § 4a deutlich herausgestellt werden. Dgl. sollte auch die Klarstellung</p>	<p>Zu Qualifikationsanforderungen: siehe lfd. Nr. 41</p> <p>Zu VO-Zeitraum der Leistung: siehe lfd. Nr. 80, 94 und 109</p> <p>Zu Besonderheiten und Umfang der Leistung: siehe lfd. Nr. 51</p> <p>ärztlichen Vorbehaltsaufgaben: siehe lfd. Nr. 4 und 5</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>(2) 1 Bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten ist Voraussetzung für die Verordnung von Maßnahmen und Leistungen der „allgemeinen Palliativpflege“, dass die oder der Versicherte über eine unheilbare fortgeschrittene und fortschreitende Erkrankung verfügt und deren Lebenszeit nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes auf Tage, Wochen oder Monate** limitiert ist und zu erwarten ist, dass das mit der Behandlung verfolgte Therapieziel (Linderung von Krankheitssymptomen, Erhalt und Verbesserung der Lebensqualität) manifest umgesetzt werden kann.</p>	<p>im § 3 Absatz 2 Satz 1 der HKP-RL betreffen.</p> <p>** Die Beschränkung auf die letzten Lebenstage/Wochen wird den Anforderungen einer „allgemeinen Palliativpflege“ nicht gerecht, da diese bereits zu einem deutlich früheren Zeitpunkt einsetzen und erforderlich sein kann. Eine Begrenzung auf wenige Tage und Wochen widerspricht dem Willen des Gesetzgebers und den fachlichen Grundsätzen palliativer Versorgung. Der Gesetzgeber hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Palliativversorgung über mehrere Wochen und Monate notwendig sein kann (siehe BT Drs. 18/5170, S. 24, B. Besonderer Teil, zu Nummer 2 (§ 37)).</p> <p>Voraussetzung für die Symptomkontrolle ist das primäre Vorliegen belastender Symptome und nicht der</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>ohnehin schwer einschätzbare Zeitraum vor dem Lebensende. Gerade bei den nicht-onkologischen Erkrankungen ist der Krankheitsverlauf oft sehr fluktuierend, dabei können sich längere stabile Phasen mit plötzlich und zeitlich kaum vorhersehbaren auftretenden Phasen akuter Verschlechterungen abwechseln (vgl. Bükki, J.; Bausewein, C. (2013): Palliativmedizin bei nicht malignen Erkrankungen: Herzinsuffizienz, COPD, Leberversagen, terminale Niereninsuffizienz; in: Z Palliativmed 2013; 14: 257-267; Thieme Verlag und Bausewein, C. (2005): Bislang unterschätzt, Palliativmedizin für Nicht-Tumorpatienten, in Klinikart; 34 (1+2); S. 19-23.</p>		
		<p>2 *** Der Versorgungsbedarf von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten einschließlich deren dynamischer Krankheitsverläufe mit schwankenden körperlichen</p>	<p>*** Die Erbringung von Leistung der „allgemeinen“ ambulanten Palliativpflege bei Patientinnen und Patienten,</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>und psychischen Symptomen ist zu berücksichtigen.</p> <p>(3) 1 Können die in Absatz 2 genannten Voraussetzungen bei erstmaliger Verordnung von Leistungen der Palliativversorgung nicht eingeschätzt werden, ist zunächst eine Erstverordnung über einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen möglich. 2 Dabei kann auch die Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein.</p>	<p>die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, benötigt neben einer besonderen Qualifikation (Palliative Care) auch einen erhöhten Zeitaufwand, da eine nicht vordergründig kurativ ausgerichtete Pflege (mit dem Ziel der Symptomkontrolle und Förderung der Lebensqualität) auch einen erhöhten Aufklärungs- und Kommunikationsbedarf mit Patienten UND Angehörigen, sowie Kooperationspartnern (HausärztInnen, Hospizdienste, u.A.) zur Folge hat.</p> <p>*** Die Leistung kann im Bedarfsfall ab dem Zeitpunkt der Feststellung der Unumkehrbarkeit der zum Tode führenden Erkrankung verordnet/erbracht werden.</p>		
		<p>**** (4)¹Diese Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten nur durch die</p>	<p>**** Eine Beschränkung der Verordnungsdauer auf 14 Tage entspricht aus Sicht der DGP nicht dem Neuen</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Symptomkontrolle in Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt die unter (2) genannten Therapieziele gewährleistet werden können und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen. 2 Ziel dieser Leistung ist die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung bei lebenslimitiert erkrankten Menschen mit einem palliativen Versorgungsbedarf, der nicht die spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V erfordert. 3 Der grundsätzliche Anspruch einer Patientin oder eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V wird durch die Verordnung der Nr. 24a nicht berührt. 4 Neben der Leistung Nr. 24a können andere behandlungspflegeri-</p>	<p>HPG und ist nicht zielführend. Gemäß des neuen HPG gilt §5 Abs. 3: „Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von § 37 Absatz 1 Satz 5 SGB V anzunehmen.“</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>sche Leistungen nur dann zusätzlich verordnet werden, wenn diese Leistungen nach medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen nicht den unter (2) genannten Gründen und Zielen erbracht werden. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p>			
		<p>**** (5) 1 Maßnahmen der „allgemeinen Palliativpflege“ können – sofern die jeweiligen individuellen Verordnungsvoraussetzungen erfüllt sind – auch für nacheinander folgende, nicht zusammenhängende Zeiträume verordnet werden. Dabei kann auch die Beratung und Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung, die bei Bedarf auch wiederholt erbracht werden kann, Gegenstand der Leistung sein.</p>	<p>**** Dieser Absatz stärkt zudem die Versorgungsqualität, insbesondere bei den Krankheitsverläufen, bei denen durch intermittierende Phasen eine fortlaufende Palliativpflege ggf. nicht erforderlich ist. Zugleich werden die in Abs. 2 benannten Besonderheiten konkretisiert.</p> <p>*****Mit dieser Formulierung wird der Vorgabe des Gesetzgebers Rechnung getragen, dass der G-BA den</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>*****² Die Leistung der „allgemeinen Palliativpflege“ umfasst auch alle im Rahmen des Pflegeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen</p>	<p>Auftrag erhält, in seiner RL über die Verordnung der Häuslichen Krankenpflege die behandlungspflegerischen Maßnahmen <u>UND</u> Leistungen der Palliativpflege näher zu konkretisieren. Zudem wird klargestellt, dass die spezifische Symptomkontrolle eine eigenständige Leistung neben den im Leistungskatalog beschriebenen Einzelleistungen darstellt. Die „allgemeine Palliativpflege“ umfasst die Krankenbeobachtung, Einschätzung, Erfassung und Behandlung (inkl. komplementärer Methoden) bestehender und zu erwartender Symptombelastungen, wie z.B. Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Luftnot, Unruhe, Angst und Niedergeschlagenheit.</p>		
		<p>***** (6) I.V. Injektionen und I.V. Infusionen können als Bestandteil der „allgemeinen</p>	<p>***** Für die Leistung der „allgemeinen Palliativpflege“ gilt entsprechend die Anlage</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		Palliativpflege“ erbracht werden	24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä " Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V“ vom 1. Oktober 2013). Eine Ungleichbehandlung der Palliativpflege zur Nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPa) ist nicht nachvollziehbar und unbegründet. Zur Wirksamkeit der Leistung der „allgemeinen Palliativpflege“ ist die vorgeschlagene Änderung unabdingbar.		
4.	Diakonie Deutschland	Änderungsvorschlag bei Nr. 16 Infusionen i. v. Nach zweitem Absatz ist einzufügen: „Dies gilt nicht für die ambulante palliativpflegerische Versorgung“.	Hierzu gehören das Anlegen von Kurzinfusionen bei liegenden Zugängen und die Überwachung einer Infusionstherapie. Darüber hinaus gehört auch die Punktion eines Port-a-cath für entsprechend nachweislich qualifizierte Dienste zu den HKP-Leistungen.	KBV, DKG und GKV-SV: Die intravenöse Infusion sowie die i.v. Injektion sind ärztliche Vorbehaltsaufgaben und können entsprechend der Festlegung der Bundesärztekammer im genannten Kontext nicht delegiert werden	PatV: Ergänzung in Nr. 16 Leistungsverzeichnis, Spalte Leistungsbeschreibung: „Bei palliativ indizierter Versorgung die i.v. Medikamentengabe, die venöse Blutent-

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Schmerzmittel, Antiemetika, etc. werden häufig als Dauerinfusion, bzw. über eine PCA-Pumpe verabreicht. Hierzu ist diese Anpassung unverzichtbar.</p>	<p>PatV. Die PatV stimmt dem Vorschlag zu, aufgrund des besonderen Leistungsgeschehens in der Palliativversorgung.</p>	<p>nahme sowie die arterielle und intrathekale Infusion“</p> <p>In der Spalte „Bemerkung“ werden vor den Wörtern „keine Leistungen“ die Wörter „bei kurativ indizierter Versorgung.“ eingefügt.</p> <p>KBV, DKG und GKV-SV: keine Änderung</p>
5.	<p>Diakonie Deutschland</p>	<p>Ergänzungsvorschlag zu Nr. 18 Injektionen, i. v./ Bemerkung:</p> <p>Nach dem Satz <i>"Die i.v. Injektion ist eine ärztliche Leistung."</i> Ist der folgende Satz einzufügen: <i>"Für die ambulante palliativpflegerische Versorgung gilt entsprechend die Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä " Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches</i></p>	<p>Eine Ungleichbehandlung der Palliativpflege zur Nicht-ärztlichen Praxisassistentin (NäPa) ist nicht nachvollziehbar und unbegründet. Zur Wirksamkeit der Leistung Palliativpflege im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung ist die vorgeschlagene Änderung unabdingbar.</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 4</p>	<p>PatV: In Nr. 18 Leistungsverzeichnis, Bemerkungsspalte nach dem Satz „Die i.v. Injektion ist eine ärztliche Leistung.“ Wird folgender Satz angefügt: „Dies gilt nicht für die ambulante palliativpflegerische Versorgung.“</p> <p>KBV, DKG und GKV-SV: keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<i>Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013“.</i>			
6.	DCV	<p>Änderungsvorschlag bei Nr. 16 Infusionen i. v. Nach zweitem Absatz ist einzufügen: <i>„Dies gilt nicht für die ambulante palliativpflegerische Versorgung“.</i></p>	<p>Schmerzmittel, Antiemetika, etc. werden häufig als Dauerinfusion, bzw. über eine PCA-Pumpe verabreicht. Hierzu ist diese Anpassung unverzichtbar.</p> <p>Hierzu gehören das Anlegen von Kurzinfusionen bei liegenden Zugängen und die Überwachung einer Infusionstherapie. Darüber hinaus gehört auch die Punktion eines Port-a-cath für entsprechend nachweislich qualifizierte Dienste zu den HKP-Leistungen.</p> <p>Des Weiteren gehören dazu die Vorbereitung der Medikation, die Einstellung und Überwachung der Medikation mittels Schmerzpumpe einschließlich Kassettenwechsel, die Überwachung einer symptomlindernden</p>	Siehe lfd. Nr. 4	Siehe lfd. Nr. 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			Behandlung und/ oder Hilfestellung bei der Anwendung von symptomlindernden Medikamenten sowie die Überwachung von apparativen palliativmedizinischen Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe).		
7.	DCV	<p>Ergänzungsvorschlag zu Nr. 18 Injektionen, i. v./ Bemerkung:</p> <p>Nach dem Satz <i>"Die i.v. Injektion ist eine ärztliche Leistung."</i> Ist der folgende Satz einzufügen: <i>"Für die ambulante palliativ-pflegerische Versorgung gilt entsprechend die Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä " Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013"</i></p>	Eine Ungleichbehandlung der Palliativpflege zur nicht-ärztlichen Praxisassistent(in) (NäPa) ist nicht nachvollziehbar und unbegründet. Zur Wirksamkeit der Leistung Palliativpflege im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung ist die vorgeschlagene Änderung unabdingbar.	Siehe lfd. Nr. 4	Siehe lfd. Nr. 5

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
8.	AWO	<p>Tragende Gründe 2.3.2 Durchführung der Maßnahmen Dissens – Darstellung in der Tabelle Streichung des Textvorschlags von GKV-SV und DKG</p>	<p>Unter „Durchführung von Maßnahmen“ weisen der GKV-SV und die DKG auf Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende hin. Es wird ausgeführt, dass diese Grundsätze den Pflegekräften bekannt sein müssen und sofern nicht, hierzu Fort- und Weiterbildungsangebote zu nutzen sind. Diesen Passus halten wir für unangemessen. Es bedarf keiner Aufnahme von Hinweisen zur Sicherstellung der Fachlichkeit von Pflegekräften! Wir stellen die Fachlichkeit von Ärzten im Rahmen von Regelungen auf der Bundesebene auch nicht in Frage. Die Ausführungen der HKP-Richtlinie haben zum Ziel die Verordnung häuslicher Krankenpflege, deren Dauer und deren Genehmigung durch die Krankenkassen sowie die Zusammenarbeit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit den die</p>	<p>Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. KBV, PatV: zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV, DKG: Kenntnisnahme</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>häusliche Krankenpflege durchführenden ambulanten Pflegediensten und den Krankenhäusern zu regeln. Festlegungen zu Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung sind für alle beteiligten Berufsgruppen an anderen Stellen verortet. In diesem Zusammenhang scheint es aber notwendig, auf die Berufsausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflege als auch in der Altenpflege hinzuweisen. Die Betreuung von Menschen am Lebensende sind in beiden Ausbildungsrichtungen Bestandteil der dreijährigen Ausbildung.</p>		
9.	DPWV	<p>Tragende Gründe 2.3.2. Durchführung der Maßnahme Lösungsvorschlag: Streichung des in der Tabelle aufgeführten Vorschlags des GKV-SV und der DKG</p>	<p>Der GKV-SV und die DKG verweisen hier auf Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende und stellen fest, dass diese Grundsätze den Pflegekräften bekannt sein müssen und sofern nicht, hierzu Fort- und Weiterbildungsangebote zu nutzen sind.</p>	Siehe lfd. Nr. 8	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Der Paritätische fordert die Streichung dieses Hinweises, da im Rahmen der HKP-RL keine Hinweise zur Sicherstellung der Fachlichkeit von Pflegekräften gegeben werden sollten. Inhalt der HKP-RL ist die Verordnung häuslicher Krankenpflege, deren Dauer und deren Genehmigung durch die Krankenkassen sowie die Zusammenarbeit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit den die häusliche Krankenpflege durchführenden ambulanten Pflegediensten und den Krankenhäusern. Festlegungen über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung sind für alle beteiligten Berufsgruppen an anderen Stellen verortet.</p>		
10.	Diakonie	<p>Tragende Gründe 2.3.2 Durchführung der Maßnahmen</p> <p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p>	<p>Unter „ Durchführung von Maßnahmen“ weisen der GKV-SV und die DKG auf Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende hin. Es wird</p>	Siehe lfd. Nr. 8	Siehe lfd. Nr. 8

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Die Diakonie Deutschland spricht sich für eine Streichung des Textvorschlags von GKV-SV und DKG aus.</p>	<p>ausgeführt, dass diese Grundsätze den Pflegekräften bekannt sein müssen und sofern nicht, hierzu Fort- und Weiterbildungsangebote zu nutzen sind. Diesen Passus halten wir für unangemessen. Es bedarf keiner Aufnahme von Hinweisen zur Sicherstellung der Fachlichkeit von Pflegefachkräften. Die Pflege von Menschen am Lebensende ist Bestandteil der Pflegefachkraftausbildungen.</p>		
11.	bpa	<p>Tagende Gründe 2.3.2 Durchführung der Maßnahmen und 2.3.3.2 Begriffsbestimmung „in enger Abstimmung“</p>	<p>Im Abschnitt 2.3.2 der tragenden Gründe wird angeführt: „Im Rahmen der Leistungen nach § 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie sind die Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegefachkräfte zur engen Abstimmung verpflichtet. Die Koordinationsverantwortung liegt nach § 7 Abs. 2 der HKP-Richtlinie in Verbindung mit den Leistungen der allgemeinen ambulanten</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 8 Siehe lfd. Nr. 32 zu Koordination der Versorgung</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 8 und 32</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>palliativmedizinischen Versorgung bei der Ärztin oder dem Arzt.“ Die Abstimmung mit den weiteren Beteiligten muss aus Sicht des bpa in die Positionsnummer mit einfließen, vgl. hierzu auch die Ausführungen zu Bemerkung, Absatz 5, ergänzende psychosoziale Begleitung. Die Koordination der Leistung kann nicht allein beim behandelnden Arzt liegen, sondern muss – wie in der SAPV – auch von den Pflegefachkräften übernommen werden können. In der Praxis zeigt sich, dass viele (Haus-)Ärzte nicht über die notwendigen zeitlichen Kapazitäten hierfür verfügen. GKV-SV und DKG schlagen folgende Ergänzung vor: „Es gibt einige grundlegende Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende. Die Grundsätze hierfür müssen den Pflegekräften bekannt sein. Sofern das nicht der Fall ist,</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>sollten diese fachlichen Inhalte durch Fort- und Weiterbildung vermittelt werden.“</p> <p>Der bpa teilt die Auffassung der Patientenvertretung und der KBV – der vom GKV-SV und der DKG vorgeschlagene Absatz ist nicht zu berücksichtigen. Die Betreuung von Menschen am Lebensende ist Bestandteil der pflegerischen Ausbildung und allen Pflegefachkräften in ihren Grundsätzen vertraut. Dies wird auch im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes deutlich, welches keine zusätzliche Qualifizierung der Pflegefachkräfte vorsieht. Vielmehr sind die Hausärzte in die Lage zu versetzen, die schwierige Abgrenzung zwischen SAPV und allgemeiner Palliativpflege und entsprechende Verordnungen vornehmen zu können. Hierfür sieht das Hospiz- und</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Palliativgesetz eine Weiterbildung der Ärzte von 40 Stunden vor.</p> <p>Die im Abschnitt 2.3.2 geforderte „enge Abstimmung“ wird unter dem Punkt 2.3.3.2 konkretisiert: „Die Leistung ist anhand des Behandlungsplanes der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes durchzuführen. Aufgrund des zu erwartenden dynamischen Krankheitsprozesses und des fluktuierenden Hilfebedarfes ist auch im weiteren Verlauf der Leistungserbringung eine enge Abstimmung zwischen den Pflegediensten mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erforderlich. Der Pflegedienst hat außerdem über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation nach § 7 Abs. 1 der HKP-Richtlinie der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt zu berichten.“</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Trotz der in den tragenden Gründen angeführten Erfordernisse und Pflichten der Koordination fehlt es an dieser Leistung in der Leistungsbeschreibung. Die Koordination und Abstimmung werden in der Leistungsbeschreibung der Positionsnummer 24a nicht ausreichend berücksichtigt, vgl. hierzu unseren Änderungsvorschlag bei den Ausführungen zur Bemerkung, Absatz 5 (ergänzende psychosoziale Begleitung).</p> <p>[Anmerkung GS G-BA: siehe lfd. Nr. 93]</p> <p>Die Koordination / Abstimmung mit den weiteren Beteiligten muss als Leistungsbestandteil der Palliativpflege anerkannt werden. Sie stellt gerade das Plus gegenüber der Verordnung von separaten Einzelleistungen dar.</p>		
12.	DRK	Tragende Gründe	Unter „Durchführung von Maßnahmen“ weisen der	Siehe lfd. Nr. 8	Siehe lfd. Nr. 8

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>2.3.2 Durchführung der Maßnahmen Dissens – Darstellung in der Tabelle Das Deutsche Rote Kreuz spricht sich für die Streichung des Textvorschlags von GKV-SV und DKG aus</p>	<p>GKV-SV und die DKG auf Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende hin. Es wird ausgeführt, dass diese Grundsätze den Pflegekräften bekannt sein müssen und sofern nicht, hierzu Fort- und Weiterbildungsangebote zu nutzen sind. Dieser von GKV und DKG gewünschte Texteintrag wird zurückgewiesen.</p> <p>a) Der GBA ist nicht das Gremium, in dem solche Festlegungen, u.a. mit Auswirkungen auf die Leistungsvergütung, getroffen werden können. Diese Fragen sind in den Vergütungsverhandlungen auf Landesebene zu klären.</p> <p>b) Was aus Sicht von GKV und DKG „einige grundlegenden Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende“ sind, wird nicht näher spezifiziert und bleibt damit unklar. Weder eine kritische Auseinandersetzung mit den</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>fachlichen Inhalten, noch eine Umsetzung ist damit möglich.</p> <p>c) Aus „Empfehlungen“ im ersten Satz „Grundsätze“ im zweiten Satz zu machen und ihnen damit einen verbindlicheren Charakter zu verleihen, ist eine nicht nachvollziehbare Steigerung.</p> <p>d) Wir möchten auf (fach-) politischen Folgen hinweisen, die es hätte, wenn eine Berufsgruppe „von außen“ darüber belehrt wird, auf welchen Grundsätzen ihre Arbeit beruht.</p> <p>Zusammenfassend bittet das Deutsche Rote Kreuz darum, dass sich der GBA mit den ihm übertragenden Kernaufgaben beschäftigt und Grenzüberschreitungen vermeidet.</p> <p>Langjährige Forderung des Deutschen Roten Kreuzes ist es, dass die HKP-Leis-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>tungserbringer im GBA vertreten sind. Diese Forderung ist Anfang der 2000er Jahre entstanden, als der GBA versucht hat die Prophylaxen in diesem Gremium zu regeln.</p> <p>Der o.g. GKV/DKG- Textvorschlag zeigt, dass die Umsetzung dieser Forderung mehr als notwendig ist.</p>		
13.	DHPV		<p>[Hinweis aus Anschreiben:]</p> <p>Im Rahmen der HKP-Richtlinie ist den Belangen von Kindern besonders Rechnung zu tragen. Daher möchten wir Sie bitten, Ihr Augenmerk insbesondere auch auf die Stellungnahme des Deutschen Kinderhospizverein e.V. zu richten, der wir uns hiermit anschließen möchten.</p>	Kenntnisnahme	Keine Änderung
14.	DCV	Tragende Gründe 2.3.2 Durchführung der Maßnahmen	Nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes be-	Siehe lfd. Nr. 8	Siehe lfd. Nr. 8

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Streichung des Textvorschlags von GKV-SV und DKG</p>	<p>darf es an dieser Stelle keiner Ausführungen zur Fachlichkeit von Pflegekräften. Die Ausführungen der HKP-Richtlinie regeln die Verordnung häuslicher Krankenpflege, deren Dauer und deren Genehmigung durch die Krankenkassen sowie die Zusammenarbeit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit den die häusliche Krankenpflege durchführenden ambulanten Pflegediensten und den Krankenhäusern. Festlegungen zu Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung sind für alle beteiligten Berufsgruppen an anderer Stelle geregelt. Abgesehen davon ist sowohl in der Gesundheits- und Krankenpflege, als auch in der Altenpflege, die spezielle Pflege sterbender Menschen Bestandteil der Ausbildung.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
15.	DBfK	<p>HKP-RL § 5 Abs. 2</p> <p>Wir weisen darauf hin, dass die Frist die Folgeverordnung in den letzten drei Arbeitstagen (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen, deutlich zu kurz ist und sehen hier eine Anpassung, vor allem für die Versorgung chronisch Kranker, auf eine Frist von 7 Arbeitstagen (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) als dringend notwendig an.</p>	<p>Vor allem zum Quartalsende werden die Haus- und Fachärzte durch einen enormen Arbeitsanfall durch die Anforderungen von Folgeverordnungen für chronisch Kranke belastet. Dies führt dazu, dass die Pflegedienste (nach Aufforderung des Patienten zum Erhalt einer neuen Verordnung, nach ggf. weiterer Untersuchung durch den verordnenden Arzt ob eine Folgeverordnung nötig ist, dem Einholen der Unterschrift von Patient oder Betreuer und der Versendung an die Krankenkasse) die Frist von 3 Tage nach Verordnungsbeginn zur Einreichung der Folgeverordnung oftmals unverschuldet nicht einhalten können. Wir bitten dies zu berücksichtigen und vor allem bei der Versorgung von chronisch kranken Patienten eine entsprechende Regelung zu finden.</p>	<p>Kenntnisnahme. Regelung ist nicht Gegenstand dieses Beschlussvorhabens. Die bestehende Regelung dient der Sicherstellung einer lückenlosen Anschlussversorgung. Daher wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p> <p>Bezüglich der Bearbeitungsfrist besteht keine Regelungskompetenz des G-BA.</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Zudem bitten wir dringend darum, eine Bearbeitungsfrist für die Kassen einzuführen. Derzeit kann es aufgrund des quartalsweisen Bearbeitungsstatus Monate dauern, bis das Genehmigungsverfahren abgeschlossen ist und der Pflegedienst mangels Genehmigungsnummer die erbrachten Leistungen trotz § 6 Abs. 6 der HKP-Richtlinie nicht in Rechnung stellen kann.</p>		

B-6.1.2 Stellungnahmen zur Änderung des § 1 Absatz 1 HKP-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
16.	bpa	(1) ¹ Die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit. „Diese kann sowohl kurativ als auch palliativ indiziert sein.“	<p>Der bpa hat in seinem Grundsatzpapier „Notwendige Weiterentwicklung der allgemeinen Palliativversorgung – Anpassung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) zur Berücksichtigung der Bedürfnisse unheilbar kranker Menschen“ gefordert, den Satz: „Diese kann sowohl kurativ als auch palliativ indiziert sein.“ im § 1 nach Satz 1 einzufügen. Wir begrüßen, dass dieser Vorschlag aufgenommen wurde.</p> <p>Im Rahmen des Hospiz und Palliativgesetzes hat der Gesetzgeber in § 37 Absatz 2a SGB V festgeschrieben, dass die häusliche Krankenpflege auch die ambulante Palliativversorgung umfasst. Die Ergänzung in § 1 Satz 2 (neu) greift diese Änderung auf.</p>	Kenntnisnahme	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
17.	DPR	<p>[Tragende Gründe:]</p> <p>Bei einer Verordnung gem. § 37 Abs. 1 SGB V erfolgt keine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V.</p>	<p>Der DPR befürwortet diese Regelung, weil sie der Situation schwer erkrankter Menschen angemessen ist.</p>	Kenntnisnahme	keine Änderung
18.	DPR	<p>[Tragende Gründe:]</p> <p>Zu GKV-SV/DKG. Die Grundsätze der Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende müssen den Pflegekräften bekannt sein bzw. durch Fort- und Weiterbildung vermittelt werden.</p>	<p>Die fachliche Qualifikation von Pflegediensten, die palliative, pflegerische Versorgung erbringen, muss gegeben sein. Die Regelungen der üblichen Verträge nach §132 a Absatz 2 SGB V sollten nicht unterschritten werden. Demnach muss die leitende Pflegefachperson eines Pflegedienstes, der die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten erbringt, proportional zur Anzahl der zu versorgenden Palliativpatientinnen und -patienten über eine Mindestanzahl von Pflegefachpersonen (Vollkraftäquivalenz) mit anerkannter Zusatzqualifikation im Bereich „Palliative-Care“ verfügen. Anerkannte Qualifikationen</p>	Kenntnisnahme	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			entsprechend den Regelungen der jeweiligen Landespflegekammer oder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Über die Schulung der Pflegefachpersonen ohne diese Zusatzqualifikation ist ein Nachweis zu führen.		

B-6.1.3 Stellungnahmen zur Änderung des § 5 Absatz 3 HKP-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
19.	bpa	<p>Nach § 5 Absatz 3 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt: „Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von § 37 Absatz 1 Satz 5 SGB XI anzunehmen.“</p>	<p>§ 37 Absatz 1 Satz 5 SGB V besagt, dass die Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen kann, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist. Bei Leistungen der ambulanten Palliativversorgung hat der Gesetzgeber klargestellt, ist dies regelmäßig der Fall, vgl. § 37 Abs. 2a SGB V. Bei dem Beschluss zur Aufnahme des Satzes in die HKP-Richtlinie handelt es sich um die Umsetzung dieser Maßgabe.</p> <p>Die Patientenvertreter setzen sich laut den tragenden Beschlussgründen dafür ein, die häusliche Pflegesituation von Palliativpatienten nicht zusätzlich zu belasten und daher bei einer Verordnung nach § 37 Abs. 1 SGB V regelmäßig auf eine Prüfung</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.</p>	<p>keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V zu verzichten. Der bpa teilt diese Auffassung. Durch die Verordnung des Arztes wird attestiert, dass es sich um einen Patienten am Lebensende handelt, der nur noch einige Tage bis wenige Wochen zu leben hat. Den Betroffenen ist nicht zuzumuten, dass in der Sterbephase noch eine Begutachtung durch den MDK erfolgt. Die Begutachtung würde sich durch den MDK auch nur schwer realisieren lassen, da nach der Verordnung des Arztes eine unmittelbare Überprüfung erfolgen müsste. Dies dürfte auch logistisch schwierig sein.</p> <p>In den tragenden Gründen wird unter Punkt 2.2 seitens des GKV-Spitzenverbandes und der KBV angeführt (Änderung in § 5 Abs. 3 der Richtlinie): „Wie die übrigen Leistungen des Leistungsver-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf
			<p>zeichnisses der HKP-RL kön- nen Leistungen der häusli- chen Krankenpflege zur palli- ativpflegerischen Versorgung (auch Nr. 24a des Leistungs- verzeichnisses der HKP-RL) auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V verordnet werden. Dies ist abhängig von der im Einzel- fall vorzunehmenden Beurtei- lung, ob dem Grunde nach Krankenhausbehandlung ge- boten ist.“ Der bpa schließt sich der Auffassung der Patientenvertretung und der DKG an und hält den Absatz von GKV-SV und KBV für nicht erforderlich und darüber hinaus sogar für rechtlich bedenklich.</p> <p>Die Leistung nach § 37 Abs. 1 SGB V dient dem Zweck der Krankenhausvermeidung oder Verkürzung, die Leis- tung nach § 37 Abs. 2 SGB V hingegen dient der Unterstüt- zung der ärztlichen Behand- lung in der Häuslichkeit. Die Krankenhausvermeidung zur Leistungsvoraussetzung für</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf
			<p>eine Verordnung der allge- meinen Palliativversorgung zu machen ist gesetzlich nicht legitimiert und stellt eine zusätzliche Anforderung an den Leistungsempfänger dar. Daher bedarf es der Klarstel- lung, dass die Leistung als Positionsnummer der HKP- Richtlinie verordnet werden kann, auch ohne die Vermeidung eines Krankenhausauf- enthaltes.</p>		
20.	<p>AWO Tragende Gründe Kapitel 2.2 Ände- rung in § 5 Abs. 3 HKP- RL</p>	<p>Kapitel 2.2 Änderung in § 5 Abs. 3 HKP-RL <u>Änderungsvorschlag:</u> Werden Leistungen im Rah- men der ambulanten Palliativ- versorgung auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 SGB V ver- ordnet, so ist in Bezug auf die gesetzliche Befristung der Leistungsdauer auf vier Wo- chen regelmäßig ein begrün- deter Ausnahmefall für einen erforderlichen längeren Lei- stungsbezug anzunehmen. Bei intermittierenden Verläufen über mehrere Monate ist wie- derholt die Leistung verord- nungsfähig.</p>	<p>In den Ausführungen in den Tragenden Gründen zur Lei- stungsdauer der Palliativpflege ist der Sachverhalt des regel- mäßig begründeten Ausnah- mefalls aufzunehmen. Aus Sicht der AWO sollten die Ausführungen der zweiten Tabelle miteinander kombi- niert werden. Zum einen ist es richtig, in den Tragenden Gründen die gesetzlichen Bestimmungen aufzuneh- men. Zum anderen unterstüt- zen wir den Formulierungs- vorschlag der Patientenver- tretung ausdrücklich.</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Tra- genden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellung- nahmeverfahrens.</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Um die häusliche Pflegesituation von Palliativpatienten nicht zusätzlich zu belasten, soll – bei einer Verordnung von Nr.24a der HKP-RL gem. § 37 Abs. 1 SGB V – regelhaft auf eine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V verzichtet werden. Davon unbenommen gilt in begründeten Ausnahmefällen § 275 SGB V.</p>	<p>Aus unserer Sicht ist darauf hinzuweisen, dass auf eine regelhafte Prüfung durch den MDK bei Palliativpatienten verzichtet werden sollte. Unser Vorschlag zieht beide Aussagen zusammen. Bei der Verordnung haben wir den direkten Bezug zur neuen Leistung Palliativpflege hergestellt (im Vorschlag rot gekennzeichnet). Des Weiteren sehen wir es als erforderlich an, an dieser Stelle weitere Ausführungen zu intermittierenden Verläufen im Sterbeprozess aufzunehmen.</p>		
21.	VDAB	<p>Nach § 5 Absatz 3 Satz 3 soll folgender Satz eingefügt werden: „Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von § 37 Absatz 1 Satz 5 SGB V anzunehmen“.</p>	<p>Der VDAB begrüßt grundsätzlich diesen Zusatz, denn er könnte dazu führen, dass Menschen in dieser Lebensphase nicht mit bürokratischen Antrags- und Genehmigungsverfahren belastet werden.</p>	Kenntnisnahme	keine Änderung .
22.	DPWV	Tragende Gründe	<p>In den Tragenden Gründen sind die Ausführungen zum</p>	Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe sind nicht	keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>2.2. Änderung in § 5 Abs.3 HKP-RL Änderungsvorschlag: Werden Leistungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 SGB V verordnet, so ist in Bezug auf die gesetzliche Befristung der Leistungsdauer auf vier Wochen regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall für einen erforderlichen längeren Leistungsbezug anzunehmen. Um die häusliche Pflegesituation von Palliativpatienten nicht zusätzlich zu belasten, soll – bei einer Verordnung von Nr.24a der HKP-RL gem. § 37 Abs. 1 SGB V – regelhaft auf eine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V verzichtet werden. Davon unbenommen gilt in begründeten Ausnahmefällen § 275 SGB V.</p>	<p>Vorliegen eines begründeten Ausnahmefalls zwingend vorzunehmen. Nach Auffassung des Paritätischen ergänzen sich die beiden Textvorschläge und sind daher beide aufzunehmen. Insbesondere den Hinweis der Patientenvertretung, dass auf eine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 bei ambulanter Palliativversorgung regelhaft zu verzichten ist, halten wir für notwendig.</p>	<p>Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.</p>	
23.	DRK	<p>Tragende Gründe 2.2. Änderung in § 5 Abs.3 HKP-RL Änderungsvorschlag:</p>	<p>Beim ersten Textblock halten wir den Textvorschlag der KBV für angemessen. Die Nennung des BSG-Urteils ist</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Werden Leistungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 SGB V verordnet, so ist in Bezug auf die gesetzliche Befristung der Leistungsdauer auf vier Wochen regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall für einen erforderlichen längeren Leistungsbezug anzunehmen. Bei intermittierenden Verläufen über mehrere Monate ist wiederholt die Leistung verordnungsfähig.</p> <p>Um die häusliche Pflegesituation von Palliativpatienten nicht zusätzlich zu belasten, soll – bei einer Verordnung von Nr.24a der HKP-RL gem. § 37 Abs. 1 SGB V – regelhaft auf eine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V verzichtet werden. Davon unbenommen gilt in begründeten Ausnahmefällen § 275 SGB V.</p>	<p>überflüssig, evt. sogar kontraproduktiv. Kontraproduktiv in dem Fall, wenn dortige weitergehende Aussagen fälschlicherweise auf die Richtlinie übertragen werden.</p> <p>Beim zweiten Textblock befürworten wir den Formulierungsvorschlag der Patientenvertreter.</p> <p>Der alternative Formulierungsentwurf von GKV,KBV und DKG ist schwer verständlich und kann daher in der Praxis zu unterschiedlichen Auslegungen führen.</p> <p>In rot sind bereit a.a.O. genannte Änderungsvorschläge zur Klarstellung eingefügt worden.</p>		
24.	Diakonie	<p>Tragende Gründe 2.2. Änderung in § 5 Abs. 3 HKP-RL</p>	<p>In den Ausführungen in den Tragenden Gründen zur Leistungsdauer der Palliativpflege</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Änderungsvorschlag: <i>„Werden Leistungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 SGB V verordnet, so ist in Bezug auf die gesetzliche Befristung der Leistungsdauer auf vier Wochen regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall für einen erforderlichen längeren Leistungsbezug anzunehmen. Um die häusliche Pflegesituation von Palliativpatienten nicht zusätzlich zu belasten, soll – bei einer Verordnung von Nr. 24a der HKP-RL gem. § 37 Abs. 1 SGB V – regelmäßig auf eine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V verzichtet werden. Davon unbenommen gilt in begründeten Ausnahmefällen § 275 SGB V.“</i></p>	<p>ist der Sachverhalt des regelmäßig begründeten Ausnahmefalls aufzunehmen. Aus Sicht der Diakonie Deutschland sollten die Ausführungen der zweiten Tabelle miteinander kombiniert werden. Zum einen ist es richtig, in den Tragenden Gründen die gesetzlichen Bestimmungen aufzunehmen. Zum anderen unterstützen wir den Formulierungsvorschlag der Patientenvertretung ausdrücklich. Aus unserer Sicht ist darauf hinzuweisen, dass auf eine regelhafte Prüfung durch den MDK bei Palliativpatienten verzichtet werden sollte. Des Weiteren sehen wir es als erforderlich an, an dieser Stelle weitere Ausführungen zu intermittierenden Verläufen im Sterbeprozess aufzunehmen.</p>		
25.	DCV	<p>Tragende Gründe 2.2. Änderung in §5 Abs.3 HKP-RL</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p>	<p>Der Deutsche Caritasverband unterstützt nachdrücklich den Formulierungsvorschlag der Patientenvertretung. Eine regelhafte Prüfung durch den MDK führt unserer Erfahrung</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Werden Leistungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 SGB V verordnet, so ist in Bezug auf die gesetzliche Befristung der Leistungsdauer auf vier Wochen regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall für einen erforderlichen längeren Leistungsbezug anzunehmen. <i>„Bei intermittierenden Verläufen über mehrere Monate ist wiederholt die Leistung verordnungsfähig.“</i></p> <p>Um die häusliche Pflegesituation von Palliativpatienten nicht zusätzlich zu belasten, soll – bei einer Verordnung von Nr.24a der HKP-RL gem. § 37 Abs. 1 SGB V – regelhaft auf eine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V verzichtet werden. Davon unbenommen gilt in begründeten Ausnahmefällen § 275 SGB V.</p>	<p>nach zu unnötigen Verzögerungen im Genehmigungsprozess dieser Unterstützungsleistung für sterbende Menschen. Schon heute gibt es Genehmigungsprozesse im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung, die unserer Erfahrung nach bei einzelnen Krankenkassen z. T. über drei bis vier Wochen dauern. Vielfach treten die Einrichtungen und Dienste der Palliativversorgung deshalb vorab einer Genehmigung durch die Krankenkasse im Sinne des Patienten bereits in Vorleistung. Deshalb sollte hier explizit darauf hingewiesen werden, dass auf eine regelhafte Prüfung der Verordnung durch den MDK bei Palliativpatienten verzichtet werden sollte.</p> <p>Des Weiteren sollte an dieser Stelle auch unsere Ergänzung zu intermittierenden Verläufen im Sterbeprozess aufgenommen werden.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
26.	DBfK	<p>Tragende Gründe 2.2. Änderung in § 5 Abs. 3 HKP-RL Eine Prüfung, ob dem Grunde nach eine Krankenhausbehandlung geboten ist, ist aus Sicht des DBfK nicht notwendig.</p> <p>Der DBfK befürwortet die Entscheidung, für die Leistungsdauer regelmäßig einen begründeten Ausnahmefall anzunehmen.</p> <p>Wir empfehlen den Vorschlag von GKV-SV, DKG, KBV um den Verzicht der regelhaften Prüfung durch den MDK zu ergänzen.</p>	<p>Aus Sicht des DBfK muss das Ziel der AAPV sein, dem Patienten auch in kritischen Lebenssituationen einen Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Es entspricht daher nicht dem Zweck im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zu prüfen, ob dem Grunde nach eine Krankenhausbehandlung geboten ist.</p> <p>Zur Schaffung bürokratiearmer Rahmenbedingungen und zur Entlastung von Patienten und Angehörigen sieht der DBfK eine uneingeschränkte Leistungsdauer als angemessenen Weg. Dies gibt auch den Patienten und ihren Angehörigen die notwendige Sicherheit in dieser besonderen Lebenssituation über einen längeren Zeitraum angemessen betreut zu sein. Davon unberührt bleibt die Forderung des DBfK, die Patienten am Lebensende nicht durch regelhafte Prüfungen durch den MDK zusätzlich zu belasten.</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf

B-6.1.4 Stellungnahmen zur Änderung des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL: Ergänzung Nummer 24a - Leistungsbeschreibung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
27.	AWO	Der AWO Bundesverband spricht sich bei der Benennung der neuen Leistung Nr. 24a im Leistungsverzeichnis unter Leistungsbeschreibung für den Begriff „Palliativpflege“ aus. Die Position des GKV-SV wird abgelehnt.	Wir sehen den Zusatz „Komplexleistung“ als nicht erforderlich an. Im Titel wird die Leistung benannt. Eine weitere inhaltliche Information im Titel ist nicht erforderlich. Zudem geben die Ausführungen in der Leistungsbeschreibung unmissverständlich wieder, dass diese Leistung alle entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses im Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen umfasst. Weitere Ausführungen hierzu sind unter „Bemerkungen“.	Kenntnisnahme. Zur Klärstellung erfolgt eine Änderung des Namens der Leistung in „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten.“	Ja Name der Leistung wird geändert in: „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten.“ Entsprechend wird auch die Bezeichnung im Sachverzeichnis angepasst.
28.	bad	Die Überschrift der Leistungsbeschreibung ist zu ändern in „Palliativversorgung“	Dies entspricht dem gesetzlichen Terminus aus § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V. Durch Verwendung anderer Begrifflichkeiten würde impliziert werden, dass es in der o.g. Vorschrift einen gesetzlichen Anspruch gibt, der durch Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinien	Siehe lfd. Nr. 27 Die Formulierung „Palliativversorgung“ geht über die pflegerische Versorgung hinaus und ist daher als Name für die Leistungsziffer ungeeignet.	siehe lfd. Nr. 27

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>nicht bzw. nicht vollständig erfasst wird.</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV ist zudem abzulehnen, weil der Terminus der „Komplexleistungen“ systematisch nicht angebracht ist, da er in den Leistungsbezeichnungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinien auch dort keine Verwendung findet, wo derartige Leistungen geregelt werden. Im Übrigen sollen durch diese Bezeichnung scheinbar Regelungen der Vergütung vorweg genommen werden, die bekanntermaßen nicht Gegenstand der Richtlinien sind. Inwiefern die Vergütungssystematik eine Abgeltung der Leistung als Komplexleistung vorgesehen wird, sollte der Selbstverwaltung überlassen bleiben.</p>		
29.	bad	In Satz 1 der Leistungsbeschreibung ist das Wort „Symptomkontrolle“ zu ergänzen um die Worte „und –linderung“.	Der Gesetzgeber hat mit § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V einen Anspruch auf Palliativversorgung geschaffen, der laut Gesetzesbegründung „die	Die „Symptomkontrolle“ umfasst grundsätzlich auch die Symptomlinderung. Eine Ergänzung ist an dieser Stelle nicht erforderlich. Siehe	Siehe lfd. Nr. 84.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf
			<p>notwendige palliative Pflege“ umfasst, „soweit kein An- spruch auf SAPV nach § 37b“ besteht. Während Letzteres in der Rubrik „Bemerkung“ zum Ausdruck gebracht wird, lässt die „Leistungsbeschrei- bung“ notwendige Interven- tionen zur Linderung von Symptomen ungenannt. Eine reine Symptomkontrolle ver- mag lediglich den Hilfebedarf festzustellen, ihn jedoch nicht zu beheben. Somit ist die vorliegende Entwurfsfassung nicht geeignet, dem gesetz- geberischen Willen (vollum- fänglich) zu entsprechen.</p> <p>Hieran ändert auch Satz 2 der Entwurfsfassung nichts, da er – entgegen der § 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V und der Gesetzesbegründung zu § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V – alle erforderlichen palliativ- pflegerischen Maßnahmen unberücksichtigt lässt, die nicht unter die bestehenden Regelungen des Leistungs- verzeichnisses der HKP- Richtlinien zu subsumieren</p>	<p>hierzu auch Erläuterungen in den Tragenden Gründen zur Symptomkontrolle, Ab- schnitt 2.3.3.2 (siehe auch ldf. Nr. 84)</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>ist. Solche Maßnahmen sind in der Praxis aber sehr wohl denkbar und gemäß der eindeutigen gesetzgeberischen Intention zweifelsfrei vom Leistungsanspruch des § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V erfasst.</p>		
30.	bad	<p>In Satz 2 der Leistungsbeschreibung ist nach den Worten „Diese Leistung umfasst alle ...“ folgender Passus einzufügen: „... notwendigen Maßnahmen der palliativen Pflege, soweit kein Anspruch auf SAPV nach § 37b besteht, insbesondere alle ...“</p>	<p>Der Gesetzgeber hat mit § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V einen Anspruch auf Palliativversorgung geschaffen, der laut Gesetzesbegründung „die notwendige palliative Pflege“ umfasst, „soweit kein Anspruch auf SAPV nach § 37b“ besteht. Der Änderungsvorschlag greift diese Formulierung 1 zu 1 auf und stellt aus Gründen der Rechtssicherheit die eindeutige gesetzgeberische Intention zum Umfang des Leistungsanspruchs nach § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V klar. Die bisherige Entwurfsfassung zu Satz 2 hingegen impliziert fälschlicherweise, dass sich der Anspruch des Versicherten – neben der</p>	<p>Die Abgrenzung von HKP und SAPV ist in der Bemerkungsspalte bereits definiert:</p> <p>„[...] Ziel dieser Leistung ist die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung in der Häuslichkeit bei sterbenden Menschen mit einem palliativen Versorgungsbedarf, der nicht die spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V erfordert. [...]</p> <p>Der grundsätzliche Anspruch einer Patientin oder eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Symptomkontrolle aus Satz 1 – auf die bis dato bereits bestehenden Regelungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinien beschränkt. Sofern jedoch im Einzelfall Maßnahmen der palliativen Pflege erforderlich sind und kein Anspruch auf SAPV nach § 37b SGB V besteht, sieht die Regelung des § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V das Bestehen des Anspruchs vor, was in der Leistungsbeschreibung des Nr. 24a angemessen berücksichtigt werden muss.</p>	<p>Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V wird durch die Verordnung der Nr. 24a nicht berührt. [...]“</p>	
31.	<p>Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege (BHK e.V.)</p>	<p>Die Leistungsbeschreibung ist um folgenden Satz zu ergänzen: „Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen mit lebenslimitierenden Erkrankungen ist Rechnung zu tragen.“</p>	<p>Auf die besonderen Belange von Kindern wird (nur) in den tragenden Gründen auf Seite 2 (1 Rechtsgrundlagen) eingegangen. Kinder und Jugendliche mit lebenslimitierenden Erkrankungen (z.B. genetischen Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Hirnfehlbildungen, Muskelerkrankungen sowie neurologischen Erkrankungen) können an sehr komplexen Symptomen, wie</p>	<p>Die HKP-RL regelt in § 1 Absatz 1, dass die besonderen Belange kranker Kinder berücksichtigt werden müssen.</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Unruhe- und Angstzuständen, Schmerzen, Schlafstörungen, Schluckstörungen, Krampfanfällen sowie weiteren Problemen, die im Zusammenhang mit einer Beatmung auftreten können, leiden. Die Symptome unterscheiden sich dabei oft deutlich von denen erwachsener Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, was vor allem im Rahmen der Leistungsbeschreibung bereits deutlich hervorgehoben werden muss. Nur so kann den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen ausreichend Rechnung getragen werden.</p>		
32.	bpa	<p>Die Leistung umfasst:</p> <p>Die palliativpflegerischen Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palliativpflegerische Basisanamnese, d.h. die Ermittlung der Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen 	<p>In der Leistungsbeschreibung wird angeführt, dass der GKV-Spitzenverband eine „Komplexleistung zur Palliativpflege“ einführen möchte. Bisher kennt die HKP- Richtlinie keine Komplexleistungen. Wie in der Vorbemerkung</p>	<p>Kenntnisnahme.</p> <p><u>Zu dem Aspekt „Palliativpflegerische Maßnahmen“:</u></p> <p>Alle: Die Leistungsbeschreibung in Nr. 24a ist bewusst offengehalten, damit</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>und die Bestimmung der entsprechenden Versorgung und Begleitung,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feststellung der medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarfe: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mundpflege ➤ Ernährung / Flüssigkeit ➤ Übelkeit / Erbrechen ➤ Obstipation ➤ Respiratorische Symptome ➤ Juckreiz und Ikterus ➤ Neurologische Symptome ➤ Lymphödem ➤ Dekubitus und (ex)ulcerierende Tumore / entstellende Tumore ➤ Wahrnehmung und Berührung - Umfeldanalyse zur Erfassung der komplexen individuellen Lebenssituation und Symptomintensität - Schmerzmanagement / Erfassung, Überwachung, Evaluation) - Symptomkontrolle - Bei Bedarf Versorgung mit einer Schmerzpumpe 	<p>ausgeführt verfolgt der Gesetzgeber mit der Einführung der allgemeinen Palliativversorgung die Verbesserung der Versorgung von sterbenden Menschen. In dem Richtlinienentwurf werden die Symptomkontrolle bei Schmerzen und Wunden genannt. Diese pflegerischen Leistungen sind jedoch bereits verordnungsfähig und Gegenstand der HKP-Richtlinie. Wie durch dieselben Leistungen die Versorgung von sterbenden Menschen verbessert und die notwendige Koordination der medizinisch-pflegerischen Leistungen erfolgen soll, bleibt offen. Einzig die Organisation von Hospizdiensten – die jedoch weder flächen- noch bedarfsdeckend existent sind – zur Übernahme der psychosozialen Begleitung wurde aufgenommen. Der bpa ist der Auffassung, dass damit weder der Zielsetzung des Gesetzes zur deutlichen Verbesserung</p>	<p>dem spezifischen Symptomgeschehen des betroffenen Personenkreises flexibel begegnet werden kann. Eine einzelleistungsbezogene Darstellung in dem vorgeschlagenen Umfang ist nicht zielführend und könnte zu einer ungewollten Eingrenzung führen.</p> <p>KBV, DKG und GKV-SV: Bei einigen der genannten Ergänzungsvorschläge handelt es sich um ärztliche Vorbehaltsaufgaben, die entsprechend der Festlegung der Bundesärztekammer im genannten Kontext nicht delegiert werden können.</p> <p><u>Zu dem Aspekt Koordination der Versorgung:</u></p> <p>GKV-SV, DKG und KBV: Die Koordination im Rahmen der Palliativversorgung mit anderen Leistungserbringern ist grundsätzlich Aufgabe des Arztes und im Leistungsumfang des EBM enthalten.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> - Bei Bedarf Medikamentengabe über eine Infusionslösung - Bei Bedarf Portpunktion - Versorgung nach dem Ableben <p>Die Koordination der Versorgung bei unheilbar kranken, sterbenden Menschen. Hierzu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verfügbarkeit und Erreichbarkeit des Pflegedienstes - Beratung und Kontrolle der Versorgungssituation der Patientin oder des Patienten, Angehöriger oder anderer Personen in der Häuslichkeit bei Vorliegen einer unheilbaren Erkrankung. Bei Bedarf Abstimmung und Hinzuziehung weiterer Leistungserbringer wie Hospizdienste, Seelsorger etc., - Gemeinsame Konsultationsgespräche von Arzt / Pflegedienst und 	<p> rung der palliativen Versorgung noch dem Erfordernis der Einführung einer allgemeinen Palliativversorgung ausreichend Rechnung getragen wurde.</p> <p>Vor dem Hintergrund der haftungsrechtlichen Vorschriften, ist die Einführung einer Komplexleistung problematisch. Die häusliche Krankenpflege erfolgt auf Anordnung des Arztes; für jede durchzuführende Leistung muss eine jeweilige Verordnung vorliegen. Eine pauschalierte Anordnung ist nicht möglich. Dies wird auch in der Zeile „Bemerkung“ auf Seite 3 im 4. Absatz deutlich, in der angeführt wird, dass die konkreten behandlungspflegerischen Interventionen auf der Verordnung anzugeben sind. Es ist daher der Auffassung von KBV, DKG und der Patientenvertretung zu folgen und die Positionsnummer als „Palliativpflege“ zu fassen.</p>	<p>In den Tragenden Gründen erfolgte zur Klarstellung eine entsprechende Ergänzung.</p> <p>Siehe auch lfd. Nr. 41</p> <p><u>Zu dem Aspekt Anleitung zur Pflege:</u></p> <p>Vgl. lfd. Nr. 41 zu behandlungspflegerischen Leistungen</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>weiteren Leistungserbringern</p> <p>Die Anleitung zur Pflege, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes, Gesprächs- und Entlastungsangebote gegenüber der Bezugsperson / den Bezugspersonen 			
33.	bpa	<p>Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden</p> <p>Schmerzsymptomatik</p>	<p>In der Leistungsbeschreibung wird bei den Symptomaten u.a. angeführt: „Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden“. Hier besteht eine Abgrenzungsproblematik zur bestehenden spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Laut SAPV-Richtlinie vom 20. Dezember 2007, geändert am 15. April 2010, in Kraft getreten am 25. Juni 2010, sind ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore ein Indikator für eine besonders aufwändige Versorgung, welche einen Leis-</p>	<p>Eine scharfe Abgrenzung zwischen SAPV und HKP wird in der Praxis nicht immer möglich sein. SAPV wird immer dann notwendig sein, wenn der Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 der SAPV-RL zu erreichen.</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf
			<p>tungsanspruch auf speziali- sierte ambulante Palliativver- sorgung begründen.</p> <p>Auch bei der „Schmerzsymp- tomatik“ gibt es Abgren- zungsschwierigkeiten. In der Positionsnummer 24a wird formuliert, dass die Symp- tomkontrolle insbesondere beim Vorliegen einer Schmerzsymptomatik erfol- gen muss. Für eine beson- ders aufwändige Versorgung im Sinne der SAPV muss es sich um eine <u>ausgeprägte</u> Schmerzsymptomatik han- deln.</p> <p>Die Abgrenzung und Ent- scheidung, ob es sich um eine SAPV oder eine allge- meine Palliativpflege begrün- dende Schmerzsymptomatik handelt ist nicht eindeutig und fällt in die jeweilige Ent- scheidung des Arztes. Dies kann zu einer Ungleichbe- handlung der Patienten füh- ren.</p>	<p>Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, des- sen Behandlung spezifische palliativmedizinische und / oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrun- gen sowie ein interdiszipli- när, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abge- stimmtes Konzept voraus- setzt.</p> <p>Zusätzlich GKV-SV und KBV: Zur Klarstellung wird der Position der PatV und DKG in den Tragenden Gründen zugestimmt.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>In den tragenden Gründen sprechen sich die Patientenvertretung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft dafür aus: „Beim Vorliegen eines komplexen Symptomeschehens mit einer ausgeprägten Symptomatik, deren Kontrolle/Kompensation wahrscheinlich einer speziellen palliativmedizinischen bzw. palliativpflegerischen Kompetenz und Erfahrung bedarf, oder aber bei der Notwendigkeit einer häufigen Anpassung und Überprüfung des Behandlungsplanes aufgrund dynamischer Veränderungen im Krankheitsverlauf, erfolgt die Behandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie.“ Der bpa schließt sich den Ausführungen der PatV und der DGK an. Hiermit wird den Ärzten eine Orientierung gegeben, in welchen Fällen eine SAPV-Versorgung erforderlich ist. Es liegt dann immer noch im Ermessen des (Haus-)Arztes, wann er das Symptomge-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			schehen als komplex mit ausgeprägter Symptomatik einstuft.		
34.	bpa	Krisenintervention	<p>In den tragenden Gründen wird unter 2.3.3.2 definiert: „Eine Krisenintervention beinhaltet eine Abfolge von medizinischen und pflegerischen Handlungen bei plötzlich auftretenden Symptomverschlechterungen oder plötzlich auftretenden neuen Krankheitsreaktionen (z.B. Krampfanfälle, Blutungen). Die Handlungsweisungen sollen zuvor von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt in einem Notfallplan festgelegt werden.“</p> <p>DKG und GKV-SV führen dazu aus: „Hierbei handelt es sich um die im konkreten Behandlungsfall typischerweise möglichen und damit um vorhersehbare Krisensituationen, deren Behandlungsmaßnahmen im Notfallplan festgehalten sind und deren</p>	<p>Kenntnisnahme, siehe auch Ausführung zur lfd. Nr. 32</p> <p>In den Tragenden Gründen wird der Begriff „Pflegeteam“ in „Pflegedienst“ geändert.</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Behandlung durch ein Pflege-team ausführbar ist. Beim Vorliegen einer Krisensituation, die z.B. durch einen instabilen Zustand der Patientin oder des Patienten, das Auftreten neuer unerwarteter Probleme oder starker Verschlechterung der Symptomatik charakterisiert ist, ist vom Pflegedienst umgehend Kontakt mit der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt aufzunehmen, um das weitere Vorgehen abzustimmen.“</p> <p>Es stellt sich die Frage, warum hier von einem Pflege-team ausgegangen wird. Dies ist im Positionsverzeichnis nicht hinterlegt und es stellen sich hierzu Fragen der praktischen Umsetzung: Wer stellt fest, dass eine Krise vorliegt? Fällt dies in die Zuständigkeit des Pflegedienstes oder des Arztes?</p> <p>Eine unmittelbare Intervention in Krisenfällen würde eine 24stündige Anwesenheit</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>einer Pflegefachkraft voraussetzen. Aus Sicht des bpa muss die Leistung der Palliativpflege konkreter gefasst werden. Wir verweisen hierzu auf unseren Formulierungsvorschlag; siehe Ausführungen zu III (Einführung der neuen Positionsnummer 24a) – (Komplexleistung zur) Palliativpflege.</p>		
35.	bpa	<p>Tragende Gründe Kapitel 2.3.3.1 (Komplexleistung zur) Palliativpflege</p>	<p>In den tragenden Gründen wird unter dem Punkt 2.3.3.1 ausgeführt, dass in der (Komplex-)Leistung alle behandlungspflegerischen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie, die im Rahmen eines Pflegeeinsatzes erforderlich werden, in der Positionsnummer 24a enthalten sind. Zusätzlich hierzu sollen nur Leistungen verordnet werden können, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht zeitgleich zur Palliativpflege nach § 24a erbracht werden können. Als Beispiel werden von der DKG Insulingaben</p>	<p>KBV, DKG, GKV-SV Zur Umsetzung wurde eine Änderung in BE Leistungsbeschreibung Satz 2 vorgenommen. Zur Vereinfachung der Verordnungsweise soll die Leistungsziffer Nr. 24a alle notwendigen Leistungen im Rahmen der palliativpflege erfassen, unabhängig vom Zeitpunkt der Durchführung. Durch diese Klarstellung muss der verordnende Arzt nicht mehr pflegeeinsatzbezogen differenziert verordnen. Mit dieser Änderung wird den Bedenken der</p>	<p>KBV, DKG, GKV-SV In der Spalte Leistungsbeschreibung wird Satz 2 wie folgt neu gefasst: „Die Leistung Nr. 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben dieses Leistungsverzeichnisses“</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>angeführt, die z.B. zu anderen Zeiten als die Palliativpflege erfolgen müssen. Der Arzt muss also entscheiden, ob er weiterhin einzelne Leistungen verordnet oder ob er die Palliativpflege plus eventuell weitere benötigte Leistungen anordnet. Bei der Verordnung der Palliativpflege entsteht für ihn ein zusätzlicher Begründungsaufwand. Wie oben ausgeführt ist die Palliativpflege aus Sicht des bpa als Komplexleistung haftungsrechtlich problematisch und als pauschale Verordnung, ohne die erforderlichen ärztlichen Ver- oder Anordnungen bezogen auf die konkrete Leistung und deren Delegation, unzulässig. Die einzelnen behandlungspflegerischen Leistungen müssen hinterlegt und mit einer Angabe zur jeweiligen Häufigkeit und Dauer versehen sein.</p> <p>Die Anführung, dass hiermit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V Rechnung</p>	<p>Stellungnehmer bezüglich eines zusätzlichen Begründungsaufwandes Rechnung getragen.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p>	<p>In der Spalte Bemerkung werden folgende Sätze gestrichen:</p> <p>„Neben der Leistung Nr. 24a können andere behandlungspflegerische Leistungen nur dann zusätzlich verordnet werden, wenn diese Leistungen aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht zeitgleich im Rahmen der Nr. 24a erbracht werden können. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.“</p> <p>PatV: keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf
			<p>getragen wird ist nicht nachvollziehbar. Dieses Gebot galt auch bisher bei den Einzelverordnungen der Behandlungspflege und war damit bereits in der Vergangenheit zu berücksichtigen. Wie die bisherigen Einzelleistungen, die in einem pauschalierten und gedeckelten Vergütungssystem erbracht werden, zukünftig zu einer Leistung werden, die den besonderen Bedarfen sterbender Menschen Rechnung trägt, erschließt sich nicht. Bestehende Leistungen der Behandlungspflege werden mit Hinweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot zusammengefasst, Leistungen, wie sie in der SAPV oder der Hospizarbeit enthalten sind und Gegenstand der Palliativversorgung sind, fehlen jedoch.</p>		
36.	DRK	Tragende Gründe 2.3.3.1 Leistungsumfang Dissens – Darstellung in der Tabelle	Den von der DKG eingefügten Satz mit einer beispielhaften Darstellung halten wir für nicht notwendig.	Kenntnisnahme. Die beispielhafte Darstellung der DKG in den TrGr wird gestrichen.	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		Das Deutsche Rote Kreuz unterstützt die Textvariante des GKV-SV / KBV sowie der Patientenvertretung.			
37.	Diakonie	<p>Tragende Gründe 2.3.3.1 Leistungsumfang</p> <p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p> <p>Die Diakonie Deutschland unterstützt die Textvariante von GKV-SV/KBV sowie der Patientenvertretung.</p>	Den von der DKG eingefügten Satz mit einer beispielhaften Darstellung halten wir für nicht notwendig.	Siehe lfd. Nr. 36	keine Änderung
38.	DRK	<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Hier: Krisenintervention Dissens – Darstellung in der Tabelle Das Deutsche Rote Kreuz unterstützt die Haltung der Patientenvertretung und KBV.</p>	Bei eintretenden Krisen in der letzten Lebensphase ist die Weiterbehandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie zu prüfen. Allein auf den Vertragsarzt zu verweisen, um das weitere Vorgehen abzustimmen, greift aus unserer Sicht zu kurz.	Zustimmung. Siehe lfd. Nr. 32 (palliativpflegerische Maßnahmen)	Siehe lfd. Nr. 32
39.	DPWV	Um die AAPV im Sinne der Anforderungen der Patientenbedarfe und –bedürfnisse durchführen zu können, emp-	Um im Rahmen der AAPV eine angemessene Versorgung der Patienten zu ermöglichen, bedarf es zwingend der Aufnahme weiterer Maßnahmen in die HKP-RL.	Kenntnisnahme. KBV, DKG und GKV-SV: Bei einigen der genannten Ergänzungsvorschläge handelt es sich um ärztliche	KBV, DKG und GKV-SV: keine Änderung PatV: siehe lfd. Nr. 4 und 5

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>fehlt der Paritätische die Aufnahme folgender Punkte in die HKP-RL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schmerztherapie mittels s. c. Infusion über PCA-Pumpen - Symptomkontrolle mittels i. v. Infusion - Versorgung von onkologischen und Exulzierenden Tumoren - Komplementäre Pflegemethoden zur Schmerzlinderung, Beruhigung und Entspannung z.B. Wickel, Auflagen, Einreibungen, Atemübungen 	<p>So können häufig auftretende Symptommatiken wie bspw. Übelkeit mit einer entsprechenden i.v. Infusion gelindert werden ohne den Patienten zusätzlich durch die Verabreichung von oraler Medikation weiter zu belasten. Ein weiteres Fehlen dieser Leistungen in der HKP-RL führt vielfach zu unnötigen Verzögerungen in der Linderung von palliativtypischen Symptomen und gefährdet in manchen Situationen durchaus den Verbleib in der Häuslichkeit. Der Beschlussentwurf sieht vor, dass die Leistung alle im Leistungsverzeichnis der HKP-RL genannten Maßnahmen umfasst. Bleibt es jedoch bei den bisherigen behandlungspflegerischen Leistungen, werden viele alltäglich auftretende Problematiken weiterhin unberücksichtigt bleiben.</p> <p>Vor allem die komplementären Pflegemethoden tragen erheblich zur Verbesserung des Wohlbefindens des Patienten bei und dürfen daher</p>	<p>Vorbehaltsaufgaben, die entsprechend der Festlegung der Bundesärztekammer im genannten Kontext nicht delegiert werden können.</p> <p>PatV: siehe lfd. Nr. 4 und 5</p> <p><u>Zu komplementären Pflegemethoden:</u></p> <p>KBV, GKV-SV und PatV:</p> <p>Komplementäre Pflegemethoden können im Einzelfall bei Palliativpatienten durchaus hilfreich sein, sind aber nicht Bestandteil des Leistungsverzeichnisses, denn insgesamt „fehlt es noch an fundiertem Wissen über Wirkung und Praktikabilität komplementärer Konzepte und Methoden in der Pflege. Dabei ist es besonders wichtig, dass ausschließlich Anwendungen genutzt werden, zu denen ein guter Kenntnisstand über Wirkweisen und Risiken vorliegt – denn ein unangemessener Einsatz ist nicht nur vergebene Mühe,</p>	<p><u>Zu komplementären Pflegemethoden:</u></p> <p>KBV, GKV-SV und PatV: keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			nicht unberücksichtigt bleiben.	sondern kann sogar schaden.“ ¹ Dem Ergänzungsvorschlag bezüglich komplementärer Pflegemethoden wird nicht gefolgt.	
40.	DPVV	Der Paritätische spricht sich bei der Benennung der neuen Leistung Nr. 24a im Leistungsverzeichnis unter Leistungsbeschreibung für den Begriff „Palliativpflege“ aus. Die Position des GKV-SV wird abgelehnt.	Der Paritätische spricht sich für den Titel Palliativpflege aus, da der Zusatz "Komplexleistung" für nicht notwendig erachtet wird und zu Missverständnissen führt. Während in der palliativpflegerischen Versorgung bei der Komplexleistung einzelne an die Bedürfnisse des Patienten ausgerichtete Verrichtungen ausgewählt werden können, bestehen Komplexleistungen in der häuslichen Krankenpflege aus mehreren Einzelverrichtungen, die zwingend erbracht werden müssen.	Siehe lfd. Nr. 27	Siehe lfd. Nr. 27
41.	DGP	Vorzuziehen ist die Bezeichnung „allgemeine Palliativpflege“	Die Leistung kann ausweislich der Tragenden Gründe flexibel - ggf. situativ auch mehrfach täglich - die Symptomkontrolle ermöglichen und	Zu den Qualifikationsanforderungen: Gehört nicht zur Regelungskompetenz des G-BA.	Zur Bezeichnung der Leistung: Siehe lfd. Nr. 27.

¹ Zentrum für Qualität in der Pflege. [Zugriff: 09.09.2016]. URL: <https://www.zqp.de/index.php?pn=care&id=487>.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Auf den Zusatz „Komplexleistung“ ist zu verzichten.</p>	<p>alle behandlungspflegerischen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie, die im Rahmen eines Palliativpflegeeinsatzes der „allgemeinen Palliativpflege“ erforderlich werden, beinhalten.</p> <p>Zusätzlich können zur Nr. 24a weitere behandlungspflegerische Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet werden, wenn diese aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht gleichzeitig im Rahmen der Nr. 24a zu erbringen sind oder erbracht werden können.</p> <p>Um dies zu ermöglichen und auch eine Abgrenzung (inhaltlich und auch sprachlich) zur SAPV darzustellen, halten wir es für zwingend erforderlich auf den Zusatz „Komplexleistung“ zu verzichten.</p> <p>Der Begriff Komplexleistung ist in der bereits bestehenden spezialisierten Palliativversorgung besetzt, sowohl mit der</p>	<p>Zur Bezeichnung der Leistung: Siehe lfd. Nr. 27.</p> <p>Der Begriff Komplexleistung ist nicht durch eine Formulierung in der SAPV-RL belegt. In der SAPV-RL wird unterschieden zwischen den „Leistungsstufen“ Beratungsleistung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützende Teilversorgung, vollständige Versorgung. In der SAPV Richtlinie wird das komplexe Symptomgeschehen als Leistungsvoraussetzung definiert. Eine Verwechslungsgefahr besteht nicht.</p> <p>Eingrenzung auf behandlungspflegerischen Leistungen:</p> <p>Die leistungsrechtliche Grundausrichtung (Behandlungspflege) wurde durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) nicht verändert.</p> <p>Grundsätzlich ist die Koordination Teil der palliativen Versorgung. In Hinblick auf die allgemeine ambulante</p>	<p>Zu weiteren Anmerkungen: keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>ärztlich-pflegerischen Komplexleistung in der SAPV als auch im stationären Bereich mit der (spezialisierten stationären) palliativmedizinischen Komplexleistung (OPS 8.98e; 8.982). Beide Komplexleistungen definieren, dass alle Leistungen des Palliativteams, unabhängig der Berufszugehörigkeit eingeschlossen sind.</p> <p>Für eine klare Abgrenzung und Differenzierung ist hier daher die Bezeichnung <u>„allgemeine Palliativpflege“</u> vorzuziehen. Damit wird deutlich, dass in der HKP-RL ausschließlich die pflegerischen Anteile der „allgemeinen Palliativversorgung“ zu verstehen sind.</p> <p>Analog zur „Psychiatrischen Krankenpflege“ sollte auf eine Aufzählung von technisch-manuellen Einzelleistungen jedoch verzichtet werden. Die Eingrenzung der Leistungen auf die im Leistungsverzeichnis entspre-</p>	<p>Palliativversorgung ist die Koordinationsverantwortung – insbesondere durch den § 87 Abs. 1b SGB V – beim Arzt verortet. Ein Änderungsbedarf wird daher nicht gesehen.</p> <p>Die bereits bestehenden Abrechnungsziffern im EBM vergüten die Koordination – auch mit Pflegekräften (vgl. EBM-Ziffer 03371). Darin heißt es:</p> <p>Fakultativer Leistungsinhalt:</p> <p><i>„- Koordinierung der palliativmedizinischen und –pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen,</i></p> <p><i>- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen“.</i></p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>chenden Vorgaben ist zu eingeeignet und wird dem Anspruch der „allgemeinen Palliativpflege“ und seinen Möglichkeiten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft sowie der sozialgerichtlichen Rechtsprechung¹ nicht gerecht. „Allgemeine Palliativpflege“ bezeichnet ein spezifisches Handlungsfeld, das komplementäre Handlungskompetenzen zu der medizinischen Tätigkeit entwickelt hat. Dabei orientiert sich palliative Pflege an den symptomverstärkenden bzw. symptomlindernden Faktoren bei den alltäglichen Anforderungen, die der lebenslimitierend erkrankte Mensch mit eingeschränkten körperlichen und/oder psychischen Funktionen nicht mehr sicher oder selbständig ausführen kann. Hierdurch kann ein hohes Maß an Lebensqualität und eigenen Ressourcen im Alltag zurückgewonnen werden.</p> <p>Eine palliativpflegerisch verantwortliche Tätigkeit in der</p>	<p>Um Mehrfachzuständigkeiten zu vermeiden und um eine klare Aufgabenzuordnung sicherzustellen, bedarf es eines Verantwortlichen und nicht einer Vielzahl von Akteuren mit Koordinationsverantwortung. Daher werden die Änderungsvorschläge nicht übernommen.</p> <p>In der Leistungsbeschreibungsspalte werden Leistungen aufgeführt, die im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet werden können. Die Beratung (Gespräche) zwischen Pflegedienst und Patient/Patientin sind ein wichtiger Aspekt bei der Leistungserbringung und grundsätzlicher Bestandteil der Leistung, die nicht gesondert verordnungsfähig ist (ergänzend siehe lfd. Nr. 32)</p> <p>Die Beratung von Palliativpatienten gehört außerdem zu den ärztlichen Aufgaben und wird entsprechend ver-</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>„allgemeinen Palliativpflege“ erfordert die Möglichkeit, therapiebezogene Beobachtungen und die im Gespräch mit dem Patienten und seinen Zugehörigen gewonnenen Erkenntnisse von Werten und Vorstellungen sowie Vorbehalten zu Therapieoptionen (Selbstbestimmungsrecht) aufzugreifen und mit dem verordnenden Arzt oder der verordnenden Ärztin zu erörtern, um so die „allgemeine Palliativversorgung“ an die Besonderheiten und den Bedarf des Einzelfalls anzupassen. Hierzu gehört auch die Patientenedukation zur Sicherstellung und Verbesserung der Therapieadhärenz, insbesondere bei verordneten Therapien, bei denen in der Gesellschaft große Vorbehalte herrschen, wie beispielsweise die Angst vor Abhängigkeit oder Lebensverkürzung bei Einsatz von Opiaten sowie Fehlinterpretationen des Patienten bei Einsatz von Psychopharmaka als Co-Medikation u.v.a.m..</p>	<p>gütet. So sieht beispielsweise die EBM-Ziffer 03370 u.a. folgende Leistungsinhalte vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> „- Beratung und Aufklärung des Patienten und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens und ggf. Erfassung des Patientenwillens, - Erstellung und Dokumentation eines palliativmedizinischen Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Patientenwillens“ 	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Weitere Professionen im Netzwerk (ambulanter Hospizdienst, ambulante Psychologie, Sozialdienst, etc.) sind auf Wunsch und Bedarf des Patienten oder der Patientin fallbezogen einzubeziehen.</p> <p>Hierin liegt auch die Notwendigkeit einer zusätzlichen Qualifikationsanforderung an den Leistungserbringer begründet. Die Leistung der „allgemeinen Palliativpflege“ ist daher von qualifizierten Pflegefachkräften (mindestens Palliative-Care Basisqualifikation 40 Stunden), die unter der fachlichen Leitung einer Pflegefachkraft mit der Zusatzqualifikation Palliative Care stehen (160 Std. nach dem Curriculum Palliativpflege von Kern, Müller, Aurnhammer), zu erbringen. Weiteres Qualitätskriterium, das eine Weitergabe des Fach- und Methodenwissens der „allgemeinen Palliativpflege“ an die mitwirkenden Pflegefachpersonen und die</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Sicherung der lösungsorientierten Betrachtung des Einzelfalls sicherstellt, sollte die regelmäßige Durchführung einer strukturierten kollegialen Fallberatung, wie z.B. nach dem Heilsbronner Modell, bilden.</p> <p>¹ <i>Behandlungspflege umfasst nach der sozialgerichtlichen Rechtsprechung die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, das heißt alle Pflegemaßnahmen, die nur durch eine bestimmte Krankheit verursacht werden, speziell auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese Maßnahmen typischerweise nicht von einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von Laien erbracht werden. (Bundessozialgericht, Urteil vom 19. 2. 1998 - B 3 P 3/97</i></p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<i>R; Urteil vom 17. 3. 2005 - B 3 KR 9/04 R</i>		
42.	DGP	dritter Spiegelstrich: Ergänzen von „Angstzuständen“	Notwendige Ergänzung. Die Ergänzung korrespondiert mit den Symptomen der vorgehenden Spiegelstriche und ist aus unserer Sicht notwendig, um symptomverstärkenden Faktoren sowie psychischen/emotionalen Problemlagen (z.B. Luftnot - Erstickungsangst; Blutungen - Angst zu verbluten) ressourcenfokussiert begegnen zu können.	siehe lfd. Nr. 46	siehe lfd. Nr. 46
43.	DGP	Koordination als Leistung sollte Teil der 24a Leistung sein	In der HKP-RL wird lediglich auf die Koordinationsverantwortung des Arztes verwiesen. Die „allgemeine Palliativpflege“ wird jedoch bei der Erbringung der Leistung nach 24a einen wesentlichen Teil der Koordination zu leisten haben (z.B. kollegiale Fallberatung, Fallbesprechungen, Einbeziehung der beteiligten Dienste, Abstimmung mit und Anleitung von Angehörigen, Organisation von Hilfsmitteln, etc.)	siehe lfd. Nr. 32	siehe lfd. Nr. 32

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
44.	DCV	<p>Der DCV plädiert bei der Benennung der neuen Leistung Nr. 24a im Leistungsverzeichnis unter Leistungsbeschreibung für den Begriff „<i>Palliativpflege</i>“ und folgt damit dem Vorschlag der Patientenvertretung.</p> <p>Auf den Zusatz „Komplexleistung“ ist zu verzichten.</p>	<p>Der Titel „Palliativpflege“ ist analog zu den Titeln anderer Leistungen im Leistungsverzeichnis, die z. T. ebenfalls komplexe Leistungen umfassen (vgl. z. B. die Leistung Nr. 27a „Psychiatrische Krankenpflege“).</p> <p>Nähere Ausführungen zu der Leistung erfolgen im nachfolgenden Text. Dies halten wir für ausreichend.</p>	siehe lfd. Nr. 27	siehe lfd. Nr. 27
45.	DCV	<p><u>Änderungsvorschlag:</u> Wundbehandlung exulzierender Wunden ist zu streichen und unter Nr. 31 zu ergänzen.</p>	<p>Palliativpflege wird in diesem Vorschlag des G-BA als Symptomkontrolle beschrieben. In einem Spiegelstrich wird jedoch eine behandlungspflegerische Maßnahme aufgeführt, für die es bereits eine Positionsnummer im Leistungsverzeichnis Häusliche Krankenpflege gibt (vgl. Nr. 31). Nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes ist die Behandlung exulzierender Wunden unter der Nr. 31 „Anlegen und Wechseln von Wundverbänden“ zu ergänzen. Patient(inn)en, die</p>	Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da die Wundbehandlung exulzierender Wunden eine besondere Bedeutung bei der Palliativversorgung haben kann. In Abhängigkeit der dynamischen Verläufe, ist die Leistung nicht regelhaft planbar.	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Palliativpflege erhalten, sollen - wie in Kapitel 2 Abs.1 der tragenden Gründe bereits ausgeführt wird - auch weiterhin die ggf. notwendigen Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege zur Verfügung stehen.</p>		
46.	DCV	<p><u>Ergänzungsvorschlag:</u> nach dem Wort Blutungen sind als ein weiteres Beispiel „akute Angstzustände“ aufzuführen</p>	<p>Die in der Palliativversorgung durchgeführten Leistungen dürfen und können nicht allein auf die Durchführung von Behandlungspflege als technisch-manuelle Handlung beschränkt werden, da sie sonst ihre Wirkung nicht voll entfalten kann. In der Leistungsbeschreibung bzw. den Spiegelstrichen sind bisher nur Leistungen bei körperlichen Symptomen beschrieben. In der Palliativpflege geht es nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes jedoch nicht nur um körperliche Symptome, sondern auch um psychische, psychosoziale und spirituelle Begleiterscheinungen und Prozesse, die z. T. pflegerischen Sachverstand benötigen.</p>	<p>Zustimmung zur Ergänzung „akute Angstzustände“. Akute Angstzustände können im Zusammenhang mit der Symptomatik auftreten.</p>	<p>Ja, Ergänzung „akuten Angstzuständen“ in der Spalte „Leistungsbeschreibung“, 3. Spiegelstriche nach dem Wort Blutungen“</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>In der Palliativpflege haben die sterbenden Menschen zwar i.d.R. einen - im Vergleich zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung - geringeren palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgungsbedarf, häufig aber den gleichen psychosozialen Betreuungsbedarf, wie SAPV Patient(inn)en. Das Zugehen auf das Lebensende kann manchen Menschen in bestimmten Situationen - zusätzlich zu den körperlichen Symptomen, manchmal gerade aber auch bedingt durch die körperlichen Symptome - große Angst machen. Luftnot kann Erstickungsangst machen; Blutungen können die Angst, zu verbluten, auslösen, Flüssigkeitsmangel kann zu Verwirrtheit/aggressivem Verhalten führen etc.. Gerade hier kann Palliativpflege hilfreich sein, damit unnötige Krankenhauseinweisungen aufgrund von akuten Angstzuständen, die im Sterbeprozess auftauchen, vermieden</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>werden. Zumal eine psychosoziale Begleitung durch ehrenamtliche Mitarbeiter ambulanter Hospizdienste nicht unbedingt rund um die Uhr verfügbar ist und nicht alle Patient(innen) eine Begleitung durch ambulante Hospizdienste erhalten oder wünschen.</p> <p>Deshalb sollten „akute Angstzustände“ in die Reihe der aufgeführten Beispiele aufgenommen werden.</p>		
47.	DCV	<p><u>Ergänzungsvorschlag:</u> Nach den Spiegelstrichen wäre zu ergänzen: „<i>Dabei handelt es sich jeweils - im Gegensatz zur SAPV - um eine nicht aufwändige Versorgung und um ein nicht ausgeprägtes komplexes Symptomeschehen.</i>“</p>	<p>In Bezug auf die Bemerkungen zur neuen Richtlinie, sollte der G-BA ergänzend einen Passus hinzufügen bzw. die Abgrenzung zwischen der Palliativversorgung und der SAPV klarer ziehen. Im Bereich der Leistungsbeschreibung wird die Symptomkontrolle mit einzelnen Spiegelstrichen in Ergänzung näher ausgeführt. Hier wäre es sinnvoll zu ergänzen, dass es sich um eine „nicht aufwändige Versorgung“ handelt und dass es</p>	siehe lfd. Nr. 30 und 33	siehe lfd. Nr. 30 und 33

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf
			<p>sich um ein „nicht ausgepräg- tes komplexes Symptomge- schehen“ handelt. Die zu- sätzlichen Adjektive „nicht aufwändige“ und „nicht aus- geprägtes“ sind dringend in der HKP-Richtlinie erforder- lich, da sie einen ersten wich- tigen, begrenzenden Hinweis auf den Umfang der allgemei- nen Palliativversorgung ge- ben. Zusätzlich sollte der G- BA in seiner Richtlinie zu den hinzuzufügenden Adjektiven „nicht ausgeprägtes Symp- tomgeschehen“ und „nicht aufwändige Versorgung“ wei- tere, erklärende Kriterien be- nennen. Mittels dieser Ergänzung wäre es für die Leistungserbringer bzw. für den verordnenden Arzt / die verordnende Ärztin klarer, welche Leistungs- und Ver- sorgungsform (Palliativpflege oder SAPV) für den Versicherten verordnet werden kann und welche Be- handlung der Symptome so- mit in der letzten palliativen Lebensphase adäquat sicher</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf
			<p>zu stellen wäre. Der verordnende Arzt bzw. die verordnende Ärztin hätte damit auch klarere Kriterien, wann eine Umstellung auf die SAPV notwendig ist. Gleichzeitig würden dadurch gegenüber Krankenkassen und dem MDK ggf. auftretende Meinungsverschiedenheiten bei der Genehmigung der Leistung verhindert. Weiterer bürokratischer Aufwand für alle Seiten (Arzt, Pflegedienst, Krankenkasse, MDK) würde vermieden werden, Streit und mögliche Klagen würden vermutlich erheblich minimiert.</p>		
48.	DCV	<p><u>Änderungsvorschlag</u> <i>„Diese Leistung umfasst alle im Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses sowie alle weiteren notwendigen palliativpflegerischen Leistungen der Symptomlinderung sowie</i></p>	<p>Die Eingrenzung der Leistungen auf die im Leistungsverzeichnis entsprechenden Vorgaben ist zu eingeeengt und wird dem Anspruch der Palliativpflege und seinen Möglichkeiten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft sowie der sozialgerichtlichen Rechtsprechung nicht gerecht.</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 41 (zu Eingrenzung auf behandlungspflegerischen Leistungen).</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 41 (zu Eingrenzung auf behandlungspflegerischen Leistungen).</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p><i>therapiebezogene Besprechungen mit dem verordnenden Arzt, um so die Anpassung der Palliativversorgung in Anerkennung an den dynamischen Krankheitsverlauf und an die Besonderheiten des individuellen Einzelfalls, unter Einbeziehung der therapiebezogenen, palliativpflegerischen Beobachtungen, zu ermöglichen und sicher zu stellen.“</i></p>	<p>Die von der Pflegefachkraft in der Palliativversorgung durchgeführten Leistungen dürfen und können nicht allein auf die Durchführung von Behandlungspflege als technisch-manuelle Handlung beschränkt werden. Eine pflegerische/palliativpflegerische mitverantwortliche Tätigkeit, wie sie in der Palliativversorgung als interprofessionelle Leistung verankert ist, erfordert die Möglichkeit, therapiebezogene Beobachtungen und die im Gespräch mit dem Patienten und seinen Zugehörigen gewonnenen Erkenntnisse von Werten und Vorstellungen sowie Vorbehalte zu eingegangenen Therapieoptionen (Selbstbestimmungsrecht) aufzugreifen und mit dem verordnenden Arzt zu erörtern, um so die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu ermöglichen und regelmäßig bedarfsgerecht anzupassen. Hierzu gehört auch die Pati-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>entenedukation zur Herstellung und Verbesserung der Therapieadhärenz insbesondere bei verordneten Therapien, bei denen in der Gesellschaft große Vorbehalte herrschen, wie beispielsweise die Angst vor Abhängigkeit, Lebensverkürzung bei Einsatz von Opiaten oder Fehlinterpretationen des Patienten bei Einsatz von Psychopharmaka als Co-Medikation u.v.a.m.)</p>		
49.	DCV	<p><u>Ergänzungsvorschlag:</u> Nach den Spiegelstrichen ist folgender Satz zu ergänzen: <i>„ Diese Leistung umfasst ebenfalls ein Erstgespräch sowie die ggf. notwendige Beratung der sterbenden Menschen und ihrer Zugehörigen im Verlauf des Sterbeprozesses.“</i></p>	<p>Ein Erstgespräch mit Patienten und Zugehörigen kann in der Häuslichkeit oder auch im Krankenhaus vor der Übernahme der Palliativpflege stattfinden. Hierzu gehören ein Eingangsassessement, die persönliche Übernahme des Patienten, eine erste Einschätzung des Koordinierungsbedarfes, das Erstellen eines Pflege- und Krisenplans und dessen Dokumentation. Spezifische Beratungselemente im Rahmen der Palliativpflege ergeben sich aus</p>	siehe lfd. Nr. 41.	siehe lfd. Nr. 32 und 41 (zu Eingrenzung auf behandlungspflegerischen Leistungen).

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>der Notwendigkeit zu einer psychosozialen, spirituellen und palliativen Begleitung als auch der Beratung von sterbenskranken Menschen und ihren Zugehörigen aufgrund der typischer Weise auftretenden Symptome, wie z. B. Unsicherheit, Angst, Panik oder Störungen der Wahrnehmung sowie bei ihrer Auseinandersetzung mit Tod und Sterben. Dies benötigt einen erhöhten Zeitaufwand, da eine nicht vordergründig kurativ ausgerichtete Pflege (mit dem Ziel der Symptomkontrolle und Förderung der Lebensqualität) auch einen erhöhten Aufklärungs- und Kommunikationsbedarf mit Patienten und deren An- und Zugehörigen hat. Die An- und Zugehörigen benötigen daher oft eine edukative Beratung, um die häusliche Versorgung aufrechterhalten zu können. Deshalb ist neben der Symptomkontrolle auch ein Erstgespräch und die Beratung als Leistung der Palliativpflege aufzuführen.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
50.	DCV	<p><u>Ergänzungsvorschlag:</u> Nach dem o.a. Satz ist folgender Satz zu ergänzen: „<i>Dazu gehört auch der fallbezogene Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf.</i>“</p>	<p>In der Versorgung Sterbender muss gegenüber der normalen häuslichen Krankenpflege ein besonderes Augenmerk auf die Kommunikation, Abstimmung und Erreichbarkeit der beteiligten Leistungserbringer Wert gelegt werden. Für die ambulanten Pflegedienste entsteht zudem fallbezogen ein Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf bzgl. der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen. Ambulante Pflegedienste übernehmen hier bereits bisher einen großen Teil der Abstimmung der Versorgung. Sie sind meist täglich vor Ort und können dadurch Änderungen im Versorgungsbedarf wahrnehmen. Der Bedarf an Abstimmung kann insbesondere bei sterbenden Menschen sehr schnell ansteigen. Notwendig ist deshalb die enge Abstimmung mit dem Vertragsarzt durch ein Konzept, dass den aus ärztlicher</p>	<p>siehe lfd. Nr. 32 und 41 (zu Eingrenzung auf behandlungspflegerischen Leistungen).</p>	<p>siehe lfd. Nr. 32 und 41 (zu Eingrenzung auf behandlungspflegerischen Leistungen)</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>und aus pflegerischer Sicht erforderlichen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt, zukünftig ggf. auch mit dem ggf. vorhandenen besonders qualifizierten Arzt n. § 87b Abs.1b SGB V oder der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Notwendig ist ggf. auch die Einbeziehung und Abstimmung mit weiteren Berufsgruppen (z.B. Physiotherapeuten, Seelsorger, Psychologen, Apotheker,) und Hilfen (z.B. weitere Heil- und Hilfsmittelerbringer, Sanitätshäuser) und ambulanten Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit. Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung ist der von der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt mit der Pflegefachperson, gemeinsam erarbeitete und abgestimmte Be-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>handlungsplan, der die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsfrequenzen und –dauer) umfasst. Der Behandlungsplan ist regelmäßig im Rahmen von patientenbezogenen Fallbesprechungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern individuell anzupassen. Mit dem Vertragsarzt und anderen Leistungserbringern sind zudem ggf. patientenbezogene Fallbesprechungen zur Evaluation und Verbesserung der Leistungen durchzuführen. Deshalb sollte der fallbezogene Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf der ambulanten Pflegedienste Bestandteil der neuen Leistung „Palliativpflege“ sein. Die Koordinations- und Palliativberatungsleistung der ambulanten Hospizdienste bleibt hiervon unberührt.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
51.	DCV	<p><u>Änderungsvorschlag:</u> Diese Leistung umfasst alle entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses im Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen. <i>„Außerhalb der Leistung Palliativpflege ist die Verordnung von sämtlichen Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege auch für Palliativpatientinnen und -patienten weiterhin möglich.“</i></p>	<p>Die Leistungsbeschreibung im letzten Satz nach den Spiegelstrichen ist u.E. missverständlich. Man könnte den Satz- so wie er jetzt formuliert ist - so verstehen, dass alle behandlungspflegerischen Leistungen des Leistungsverzeichnisses häusliche Krankenpflege im Rahmen der Palliativpflege -Symptomkontrolle durchgeführt werden sollen.</p> <p>Nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes gibt es jedoch eine Fülle an behandlungspflegerischen Leistungen, die neben der Symptomkontrolle notwendig werden können, wie z.B. i.v.- Infusion zur Medikamentengabe, Versorgung der Schmerzpumpe/Kassettenwechsel, Versorgung exulzierender Wunden etc.. Das Leistungsverzeichnis der häuslichen Krankenpflege ist entsprechend zu ergänzen (s.u. Änderungen bei weiteren Leistungen der HKP- Richtlinie</p>	<p>PatV: Aufgrund der vom Stellungsnehmern angegebenen missverständlichen Darstellung wurde eine Klarstellung im Beschlussentwurf und in den Tragenden Gründen (hier in Kapitel „Eckpunkte der Entscheidung“) ergänzt.</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 35</p>	<p>PatV: Ja: In der Spalte Leistungsbeschreibung wird Satz zwei wie folgt neu gefasst: „Die Symptomkontrolle nach Satz 1 kann zusätzlich alle entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses im Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen umfassen.“</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 35</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>um palliative Pflege in der Häuslichkeit zu ermöglichen). Auch in Kapitel 2 Abs.1 der tragenden Gründe wird explizit darauf verwiesen, dass Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege auch Palliativpatient(inn)en weiterhin zur Verfügung stehen sollen.</p> <p>Um Missverständnisse zu vermeiden und Palliativpatient(inn)en nicht schlechter als alle anderen Patient(inn)en in der Häuslichen Krankenpflege zu stellen, ist der nebenstehende kursiv gesetzte Satz an dieser Stelle unbedingt zu ergänzen.</p>		
52.	DHPV	<p><i>Änderungsvorschlag:</i> „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt und den weiteren, an der Versorgung beteiligten Diensten und Leistungserbringern.“</p>	<p>Die Leistung der Palliativversorgung muss mit allen an der Versorgung beteiligten Diensten und Leistungserbringern abgestimmt werden. Die enge Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt ist zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedin-</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 32 und 41 (zu Eingrenzung auf behandlungspflegerischen Leistungen).</p> <p>Die Formulierung der Leistungsbeschreibung soll zum Ausdruck bringen, dass insbesondere bei der Nummer 24a eine enge Abstimmung zwischen dem Arzt und</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 32 und 41 (zu Eingrenzung auf behandlungspflegerischen Leistungen).</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>gung für die Leistungserbringung. Dazu exemplarisch: „Da der Hilfebedarf schwerkranker und sterbender Menschen von Fall zu Fall unterschiedlich ist und sich auch im Verlauf der letzten Lebensphase verändern kann, ist eine vernetzte Versorgung wichtig, die ein reibungsloses Ineinandergreifen verschiedener Hilfsangebote gewährleistet.“ (Gesetzesentwurf der Bundesregierung, BT-Drs. 18/5170, S.1)</p> <p>„Deshalb wird der Leistungsanspruch der häuslichen Krankenpflege im Hinblick auf ambulante Palliativversorgung gesetzlich klargestellt und der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, für den Bereich der Palliativpflege konkrete Festlegungen zu den Versorgungsanforderungen zu treffen. Diese sollen auch Regelungen zur Zusammenarbeit der Akteure an den Schnittstellen der hospizlichen und palliativen Versorgung umfassen und die be-</p>	<p>dem Pflegedienst erforderlich ist. Damit soll gewährleistet werden, dass mit der Symptomkontrolle flexibel auf ein sich änderndes Symptomgeschehen eingegangen werden kann. Die enge Abstimmung zwischen Arzt und Pflegedienst am Lebensende ist daher von besonderer Relevanz.</p> <p>Nach § 92 Abs. 7 S.1 Nr.2 SGB V hat der G-BA in der HKP-RL unter anderem Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer und dem Krankenhaus zu regeln. Die Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern bzw. die Netzwerkarbeit sind in der Palliativversorgung von besonderer Relevanz; dies liegt aber nicht in der Regelungskompetenz des G-BA.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			sonderen Belange von Kindern berücksichtigen. Durch die Konkretisierung behandlungspflegerischer Maßnahmen und Leistungen der Palliativpflege wird deren Bedeutung in der Regelversorgung weiter gestärkt und gleichzeitig die qualifizierte und koordinierte Versorgung gesichert.“ (Ebd. S. 16)		
53.	DHPV	<i>Die aktive Koordinierungsleistung des Pflegedienstes sollte Teil der 24a-Leistung sein.</i>	In der HKP-Richtlinie wird – anders als in § 87 SGB V – lediglich auf die Koordinationsverantwortung des Arztes verwiesen. Der Pflegedienst wird allerdings bei Erbringung der Leistung nach § 24a einen wesentlichen Teil der Koordinierungsarbeit zu leisten haben (Teilnahme an Fallbesprechungen, Organisation von Pflegehilfsmitteln, Anleitung von Angehörigen, Einbeziehung von anderweitigen Diensten etc.).	Siehe lfd. Nr.32 und 41 (zu Eingrenzung auf behandlungspflegerischen Leistungen).	Siehe lfd. Nr.32 und 41 (zu Eingrenzung auf behandlungspflegerischen Leistungen).
54.	DHPV	Ergänzung letzter Satz: <i>Änderungsvorschlag:</i> „Diese Leistung umfasst auch alle entsprechend den Vorgaben	Mit dieser Formulierung wird klargestellt, dass die Symptomkontrolle eine eigenständige Leistung neben den im	Siehe lfd. Nr.51	Siehe lfd. Nr.51

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		des Leistungsverzeichnisses im Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen“	Leistungsverzeichnis beschriebenen Einzelleistungen darstellt. Sie umfasst die Erfassung, Einschätzung und Behandlung bestehender und zu erwartender belastender Symptome, insbesondere Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, pulmonale oder kardi-ale Beschwerden, Obstipation, neurologisch-psychiatrische Beschwerden wie Unruhe, Angst, Niedergeschlagenheit, Beschwerden im Urogenitalbereich u.v.m. Mit dieser Formulierung wird der Vorgabe des Gesetzgebers Rechnung getragen, dass „der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag erhält, in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege die behandlungspflegerischen Maßnahmen <u>und</u> Leistungen der Palliativpflege näher zu konkretisieren.“ (ebd. S. 2).		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
55.	DHPV	<p><u>Absatz 3:</u> <i>Änderungsvorschlag:</i> „Diese Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten in den letzten Tagen, Wochen oder Monaten vor dem Lebensende nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder den verordnenden Arzt und den weiteren, an der Versorgung beteiligten Diensten und Leistungserbringern der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die Regelleistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen.“</p>	<p>Zum Zeitraum der Palliativversorgung: Eine Begrenzung auf wenige Tage oder Wochen widerspricht dem Willen des Gesetzgebers wie den fachlichen Gegebenheiten der Versorgung. Der Gesetzgeber hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Palliativversorgung über mehrere Wochen bis Monate notwendig sein kann (vgl. BT- Drs. 18/5170, S. 24). Voraussetzung für die Symptomkontrolle ist primär das Vorliegen belastender Symptome und nicht der ohnehin nur schwer abzuschätzende Zeitraum vor dem Lebensende.</p> <p>Von Seiten des DHPV wird ein Synchronisationsproblem zwischen HKP-Richtlinie und ärztlicher Versorgung gesehen: Die Indikation für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung liegt bei Tagen, Wochen oder Monaten,</p>	<p>PatV: Zustimmungse Kenntnisnahme. Eine Begrenzung auf wenige Tage oder Wochen wird ebenfalls kritisch gesehen. Daher erfolgt eine entsprechende Änderung im Beschlussentwurf.</p> <p>KBV, GKV-SV, DKG</p> <p>Die Nr. 24a definiert nicht die sog. allgemeine ambulante Palliativversorgung. Die allgemeine ambulante palliativpflegerische Versorgung erfolgt u.a. durch die häusliche Krankenpflege. Dazu gehören grundsätzlich alle Leistungen des Leistungsverzeichnisses. Sofern ein Palliativpatient im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung bestimmte Leistungen des Leistungsverzeichnisses benötigt, können diese unter palliativen Gesichtspunkten verordnet werden. Wenn ein Palliativpatient beispielsweise eine Schmerzmedikation benötigt und diese sich nicht selbstständig verabrei-</p>	<p>PatV: Ja: Im BE wird jeweils das Wort „wenige“ vor dem Wort „Wochen“ gestrichen.</p> <p>KBV, GKV-SV, DKG: keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>während die Indikation für die 24a-Leistung mit wenigen Tagen oder Wochen zu eng gefasst wird. Dies dürfte in der Praxis dazu führen, dass Verordnungen von an der Versorgung gem. § 87 Abs. 1b SGB V teilnehmenden Ärztinnen/Ärzten von der Kasse mit der Begründung abgelehnt werden, dass die Lebenserwartung länger ist als von der HKP- Richtlinie vorgegeben. Vor diesem Hintergrund ist eine Änderung der HKP-Richtlinie hier dringend geboten.</p> <p>Zur Vernetzung: Folgeänderung zu Nr. 1, siehe Begründung dort</p>	<p>chen kann, kann die Medikamentengabe nach Nr. 26 verordnet werden. Daher wurde nunmehr in § 1 Abs. 1 der Richtlinie klargestellt, dass die HKP auch palliativ indiziert sein kann. Dies gilt für die grundsätzliche Ausrichtung der häuslichen Krankenpflege und damit für alle Leistungen im Rahmen des Leistungsverzeichnisses.</p> <p>Aufgrund der in den letzten Tagen und Wochen vor Eintritt des Todes möglicherweise beträchtlichen Intensivierung der Symptomatik, wird ergänzend zu den bereits verordnungsfähigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege eine neue Komplexleistung zur spezifischen palliativpflegerischen Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten eingeführt. Diese Leistung mit ihrer besonderen Ausrichtung im Sinne einer Komplexleistung wird nur erforderlich sein, wenn die</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
				<p>Lebenserwartung auf Tage oder wenige Wochen limitiert ist, da der Hilfebedarf in dieser Zeit unvorhersehbar steigen kann und besonders dynamisch ist. Besteht dieser Bedarf nach einer Komplexleistung nicht, erhalten Patienten die Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Folglich muss man die Nr. 24a sowie die weiteren Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht isoliert, sondern gemeinsam betrachten, da es sich um eine abgestufte Versorgung im Sinne einer Kaskade handelt. Im Ergebnis kann häusliche Krankenpflege für Palliativpatienten über Tage, Wochen und Monate oder sogar Jahre verordnet werden.</p> <p>Ferner ist zu berücksichtigen, dass wenn im Einzelfall eine Symptomkontrolle entsprechend der besonderen Ausrichtung der Nr. 24a</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf
				erforderlich sein wird, die Notwendigkeit einer SAPV geprüft werden kann, da eine Versorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung nicht mehr möglich ist. Im Ergebnis muss die Nr. 24a sowohl im Kontext zu den übrigen verordnungsfähigen Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege als auch zur SAPV gesehen werden. Die angeregte Aufnahme mit Blick auf die zu erwartende Lebenserwartung auf „Monate“ ist aus den vorgeannten Gründen nicht sinnvoll.	
56.	Deutscher Kinderhospizverein e.V.	24a ergänzen um folgenden Satz: „ Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen. “	Die besonderen Belange sind in den tragenden Gründen unter 1 Rechtsgrundlagen auf Seite 2 benannt. Eine entsprechende Verankerung in der Richtlinie ist entsprechend vorzunehmen, um der Bedeutung der besonderen Belange von Kindern Rechnung zu tragen.	Siehe lfd. Nr. 31	Siehe lfd. Nr. 31

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
57.	DPR	Anstatt der Angabe des Zeitraums „letzte Tage bis wenige Wochen“, in dem palliativ induzierte, häusliche Krankenpflege verordnet werden kann, wäre „in der letzten Lebensphase“ sachgerechter.	Die Angabe des Zeitraums „letzte Tage bis wenige Wochen“ ist aus ökonomischer Sicht und zur Eingrenzung der zu betreuenden Palliativpatientinnen und -patienten nachvollziehbar. Allerdings zeigt die Erfahrung, dass sich die palliative Versorgung von wenigen Tagen bis zu Monaten ausdehnen kann. Es ist zu befürchten, dass die Angabe des Zeitraumes bestimmte Patientinnen und Patienten mit schweren, Leben begrenzenden Erkrankungen von einer qualifizierten Versorgung ausschließt. Patientinnen und Patienten, die im Rahmen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung nach §132 a Absatz 2 SGB V längerfristig (z.B. 3 - 6 Monate) gepflegt werden, hätten demnach möglicherweise keinen Zugang mehr zu einer qualifizierten Versorgung. Es handelt sich dabei um Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer progredienten Erkrankung eine umfassende pallia-	Siehe lfd. Nr. 55	Siehe lfd. Nr. 55

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>tive Versorgung mit notwendigen Symptomkontrollen und der Verabreichung hochwirksamer Medikamente (z.B. Kurzinfusionen über Portsysteme, Versorgung von Schmerzpumpen, überwachte Gabe von Antiemetika etc.) im häuslichen Umfeld erhalten. Die Verordnung von Behandlungspflege allein kann diesen Bereich nicht abdecken, da die Vergütungsrahmen dafür zu eng bemessen sind. Eine Unterversorgung wie auch vermehrte und unnötige Krankenhausaufenthalte sind die Folge. Zudem ist es ohne einen erweiterten Zeitrahmen nicht möglich zumindest eine psychosoziale Basisbetreuung zu leisten.</p> <p>Daher wäre eine begriffliche Abgrenzung, die sich an der letzten Lebensphase orientiert, sachgerechter als eine zeitliche Festlegung.</p> <p>Denkbar ist auch, eine flexible Zusammenarbeit zwischen der häuslichen Krankenpflege und einem SAPV-Team zu</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			gestalten, die sich am Verlauf und der Symptomkontrolle der Palliativpatientinnen und -patienten orientiert.		
58.	DPR	Inhaltlich unklare Abgrenzung zwischen häuslicher Krankenpflege und der SAPV	Aus der Richtlinie geht nicht klar hervor wie sich die häusliche Krankenpflege von der SAPV abgrenzt. Diese Abgrenzung wäre jedoch erforderlich, um den Übergang zwischen häuslicher Krankenpflege und SAPV dem Krankheitsverlauf bzw. den Symptomen entsprechend gestalten zu können. Eine klare Abgrenzung würde sicherstellen, dass Palliativpatientinnen und -patienten eine SAPV bekommen, wenn sie dieser ergänzend und in enger Verknüpfung zur weiterhin erbrachten Pflege bedürfen.	Siehe lfd. Nr. 33	Siehe lfd. Nr. 33
59.	DPR	Einbeziehung bzw. Abgrenzung von der AAPV	Die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten charakterisiert sich durch dynamische Krankheitsverläufe. In der Folge kann es dazu	Siehe lfd. Nr. 33 und 55 Die Grundsätze der Vergütung sind kein Bestandteil der Richtlinie.	Siehe lfd. Nr. 33 und 55 und lfd. Nr. 41 und lfd. Nr. 32

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>kommen, dass Palliativpatientinnen und -patienten verschiedene Versorgungsformen benötigen, die entsprechend dem Krankheitsverlauf einen flexiblen Übergang erforderlich machen.</p> <p>Daher wäre eine klare Abgrenzung auch zur Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) hilfreich. Sie würde zudem klarstellen, wodurch sich ein Übergang kennzeichnet und wie er stattfindet. Dabei wäre auch zu klären wie sich die Leistungsvergütung der zusätzlichen AAPV-Leistungen abgrenzt und wann die SAPV anstelle des AAPV zum Einsatz kommt.</p> <p>Zudem spricht sich der DPR dafür aus, dass Dienste, die AAPV anbieten, mindestens eine Pflegefachperson vorhalten, die eine Weiterbildung in Palliative Care absolviert hat. Für die Koordination und Moderation der komplexen Prozesse und zahlreichen Akteure bei der Versorgung von Palliativpatientinnen und</p>	<p>Zu Qualitätssicherungsanforderungen siehe lfd. Nr. 41</p> <p>Zur Koordination und Moderation der komplexen Prozesse und zahlreichen Akteure bei der Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten siehe lfd. Nr. 32.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>-patienten sind Pflegefachpersonen prädestiniert, weil dieser Aufgabenbereich ohnehin Teil des Berufsbilds der Profession Pflege ist.</p>		
60.	DRK	<p>Das Deutsche Rote Kreuz spricht sich bei der Benennung der neuen Leistung Nr. 24a im Leistungsverzeichnis unter Leistungsbeschreibung für den Begriff „Palliativpflege“ aus.</p> <p>Die Position des GKV-SV wird abgelehnt.</p>	<p>Die Bezeichnung „Komplexleistung“ ist aus unserer Sicht unangemessen.</p> <p>Bereits bestehende und auf den Landesebenen verhandelte Leistungskomplexe bestehen aus mehreren Einzelverrichtungen. Um die jeweiligen Leistungskomplexe abrechnen zu können, müssen alle Einzelleistungen erbracht worden sein.</p> <p>Bei der Palliativpflege werden aus dem Rahmen möglicher Verrichtungen einzelne für die individuelle Versorgungssituation notwendige Verrichtungen ausgewählt.</p> <p>Um Abrechnungsprobleme in der Praxis zu vermeiden,</p>	Siehe lfd. Nr. 27	Siehe lfd. Nr. 27

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			sollte eine Klarstellung bereits bei der Eingangsbenennung stattfinden.		
61.	Diakonie Deutschland	Zur Auswahl stehen „Komplexleistung zur Palliativpflege“ vs. „Palliativpflege“ Die Diakonie Deutschland spricht sich für den Begriff „Palliativpflege“ aus. Auf den Zusatz „Komplexleistung“ ist zu verzichten.	Ausweislich der tragenden Gründe kann die Leistung flexibel - ggf. situativ auch mehrfach täglich- die Symptomkontrolle ermöglichen und alle behandlungspflegerischen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie, die im Rahmen eines Pflegeeinsatzes erforderlich werden, beinhalten. Es können aber auch zusätzlich zur Nr. 24a weitere behandlungspflegerische Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet werden, wenn diese aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht gleichzeitig im Rahmen der Nr. 24a erbracht werden können. Um Letzteres zu ermöglichen und auch eine sprachliche und inhaltliche Abgrenzung zur SAPV zu ermöglichen, halten wir es für erforderlich auf den	Siehe lfd. Nr. 27 Der Begriff Komplexleistung ist nicht durch eine Formulierung in der SAPV-RL belegt. In der SAPV-RL wird unterschieden zwischen den „Leistungsstufen“ Beratungsleistung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützende Teilversorgung, vollständige Versorgung. In der SAPV Richtlinie wird das komplexe Symptomgeschehen als Leistungsvoraussetzung definiert. Eine Verwechslungsgefahr besteht nicht.	Siehe lfd. Nr. 27

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Zusatz Komplexleistung zu verzichten.</p> <p>Der Begriff Komplexleistung ist in der Palliativversorgung besetzt mit der ärztlich-pflegerischen Komplexleistung in der SAPV, die definiert, dass diese alle Leistungen des SAPV Teams, unabhängig der Berufszugehörigkeit umfasst. Für eine klare Abgrenzung zur SAPV ist hier deshalb die Bezeichnung Palliativpflege vorzuziehen, die damit deutlich ausdrückt, dass in der HKP-RL ausschließlich die pflegerischen Anteile der Palliativversorgung gemeint sind. Diese Leistung ist von Pflegefachkräften, die unter der fachlichen Leitung einer Pflegefachkraft mit der Zusatzqualifikation Palliative Care stehen, zu erbringen.</p>		
62.	Diakonie Deutschland	Der dritte Spiegelstrich ist um „ <i>Angstzustände, Delir, Verwirrtheit, Unruhe, Depression</i> “ zu ergänzen.	Dies stellt eine notwendige Ergänzung dar. Diese korrespondierend mit den Symptomen der vorgehenden Spiegelstriche, um Notsituationen, die aufgrund von psychi-	Bei dem dritten Spiegelstrich „Krisenintervention“ erfolgt eine beispielhafte Aufzählung. Für den Bereich psychisch/emotionalen Problemlagen wurde der	Ja: siehe lfd. Nr. 46

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			schen/emotionalen Problemlagen als Reaktion auf Symptome (z. B. Erstickungsangst aufgrund von Luftnot oder die Angst zu verbluten oder bei Verwirrtheit/Aggressives Verhalten oder bei Delir, Flüssigkeitsmangel, etc. u.v.a.m.) auftreten, entgegenwirken und ressourcenfokussiert stabilisieren zu können.	Begriff „Angstzustände“ beispielhaft aufgenommen (siehe lfd. Nr. 46)	
63.	Diakonie Deutschland	Nach den Spiegelstrichen ist folgender Satz zu ergänzen: <i>„Diese Leistung umfasst ebenfalls ein Erstgespräch sowie die ggf. notwendige Beratung der sterbenden Menschen und ihrer Zugehörigen.“</i>	Ein Erstgespräch mit Patienten und Zugehörigen kann in der Häuslichkeit oder auch im Krankenhaus vor der Übernahme der Palliativpflege stattfinden. Hierzu gehören unter anderem ein Eingangsassessment, die persönliche Übernahme des Patienten, eine erste Einschätzung des Koordinierungsbedarfes, das Erstellen eines Pflege- und Krisenplans und dessen Dokumentation. Spezifische Beratungselemente im Rahmen der Palliativpflege ergeben sich aus der Notwendigkeit zu einer psychosozialen, spirituellen und palliativen Begleitung als	Siehe lfd. Nr. 49	Siehe lfd. Nr. 49

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>auch der Beratung von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Zugehörigen aufgrund der typischer Weise auftretenden Symptome, wie z. B. Unsicherheit, Angst, Panik oder Störungen der Wahrnehmung sowie bei ihrer Auseinandersetzung mit Tod und Sterben. Hierbei geht es auch um die Wahrung der Selbstbestimmungsrechte des sterbenden Menschen. Dies benötigt einen erhöhten Zeitaufwand, da eine nicht vordergründig kurativ ausgerichtete Pflege (mit dem Ziel der Symptomkontrolle und Förderung der Lebensqualität) auch einen erhöhten Aufklärungs- und Kommunikationsbedarf mit Patienten und deren An- und Zugehörigen hat. Deshalb sind neben der Symptomkontrolle auch ein Erstgespräch und die Beratung als Leistung der Palliativpflege aufzuführen.</p>		
64.	Diakonie Deutschland	Nach dem o.a. Satz ist folgender Satz zu ergänzen: „Dazu	Für die ambulanten Pflegedienste entsteht fallbezogen	Siehe lfd. Nr. 32 und 41	Siehe lfd. Nr. 32 und 41

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p><i>gehört auch der fallbezogene Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf.“</i></p>	<p>ein Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf bzgl. der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen, da insbesondere in der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen auch der Fokus auf die Kommunikation, Abstimmung und Erreichbarkeit der beteiligten Leistungserbringer gelegt werden muss. Ambulante Pflegedienste übernehmen hier bereits bisher einen großen Teil der Abstimmung der Versorgung. Sie sind meist täglich vor Ort und können dadurch Änderungen im Versorgungsbedarf wahrnehmen. Der Bedarf an Abstimmung kann insbesondere bei sterbenden Menschen sehr schnell ansteigen. Notwendig ist deshalb die enge Abstimmung mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt durch ein Konzept, das den aus ärztlicher und aus pflegerischer Sicht erforderlichen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt, zukünftig auch mit dem ggf. vorhandenen besonders qualifizierten Arzt nach § 87b Absatz 1b SGB V. Notwendig ist ggf. auch die Einbeziehung und Abstimmung mit weiteren Berufsgruppen (z.B. Physiotherapeuten, Seelsorger, Psychologen, Apotheker,) und Hilfen (z.B. weitere Heil- und Hilfsmittelerbringer, Sanitätshäuser) und ambulanten Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit. Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung ist der von der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt mit der Pflegefachperson, gemeinsam erarbeitete und abgestimmte Behandlungsplan, der die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsfrequenzen und -</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>dauer) umfasst. Der Behandlungsplan ist regelmäßig im Rahmen von patientenbezogenen Fallbesprechungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern individuell anzupassen. Mit dem Vertragsarzt und anderen Leistungserbringern sind zudem ggf. patientenbezogene Fallbesprechungen zur Evaluation und Verbesserung der Leistungen durchzuführen. Deshalb sollte der fallbezogene Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf der ambulanten Pflegedienste Bestandteil der neuen Leistung „Palliativpflege“ sein. Die Koordinations- und Palliativberatungsleistung der ambulanten Hospizdienste bleibt hiervon unberührt.</p>		
65.	Diakonie Deutschland	<p>Satz 2 in der Spalte Leistungsbeschreibung: Dieser ist zu eng gefasst und wie folgt zu formulieren: <i>„Diese Leistung umfasst alle im Rahmen des Pflegeeinsatz-</i></p>	<p>Die Eingrenzung der Leistungen auf die im Leistungsverzeichnis entsprechend vorgegebenen, ist zu eingengt und wird dem Anspruch der Palliativpflege und seinen Möglichkeiten nach dem ak-</p>	<p>Siehe Nr. 41 zu Eingrenzung der behandlungspflegerischen Leistungen und lfd. Nr. 51</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 41 und lfd. Nr. 51</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p><i>zes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses sowie alle weiteren notwendigen palliativpflegerischen Leistungen der Symptomlinderung sowie therapiebezogene Besprechungen mit dem verordnenden Arzt, um so die Anpassung der Palliativversorgung in Anerkennung an den dynamischen Krankheitsverlauf und an die Besonderheiten des individuellen Einzelfalls, unter Einbeziehung der therapiebezogenen, palliativpflegerischen Beobachtungen, zu ermöglichen und sicherzustellen.“</i></p>	<p>tuellen Stand der Wissenschaft sowie der sozialgerichtlichen Rechtsprechung² nicht gerecht. Palliativpflege bezeichnet ein Handlungsfeld, das eigene Handlungskompetenzen unabhängig von ärztlicher Tätigkeit entwickelt hat. Dabei orientiert sich palliative Pflege an den symptomverstärkenden bzw. symptomlindernden Faktoren bei den alltäglichen Anforderungen, die der lebenslimitierend erkrankte Mensch mit eingeschränkten körperlichen, psychischen oder seelischen Funktionen nicht mehr sicher ausführen kann. Hierdurch kann insbesondere im Alltag ein hohes Maß an Lebensqualität und eigenen Ressourcen zurückgewonnen werden.</p>		

² Behandlungspflege umfasst nach der sozialgerichtlichen Rechtsprechung die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, das heißt alle Pflegemaßnahmen, die nur durch eine bestimmte Krankheit verursacht werden, speziell auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese Maßnahmen typischerweise nicht von einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von Laien erbracht werden. (Bundessozialgericht, Urteil vom 19. 2. 1998 - B 3 P 3/97 R; Urteil vom 17. 3. 2005 - B 3 KR 9/04 R)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Die von der Pflegefachkraft in der Palliativversorgung durchgeführten Leistungen dürfen und können nicht allein auf die Durchführung von Behandlungspflege als technisch-manuelle Handlung beschränkt werden. Eine pflegerische/palliativpflegerische mitverantwortliche Tätigkeit, wie sie in der Palliativversorgung als interprofessionelle Leistung verankert ist, erfordert die Möglichkeit, therapiebezogene Beobachtungen und die im Gespräch mit dem Patienten und seinen Zugehörigen gewonnenen Erkenntnisse von Werten und Vorstellungen sowie Vorbehalte zu eingegangenen Therapieoptionen (Selbstbestimmungsrecht) aufzugreifen und mit dem verordnenden Arzt zu erörtern, um so die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu ermöglichen und regelmäßig bedarfsgerecht anzupassen.. Hierzu gehört auch die Pati-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>entenedukation zur Herstellung und Verbesserung der Therapieadhärenz insbesondere bei verordneten Therapien, bei denen in der Gesellschaft große Vorbehalte herrschen wie beispielsweise die Angst vor Abhängigkeit, Lebensverkürzung bei Einsatz von Opiaten oder Fehlinterpretationen des Patienten bei Einsatz von Psychopharmaka als Co-Medikation u.v.a.m.)</p> <p>Hierin liegt auch die Notwendigkeit einer zusätzlichen Qualifikationsanforderung an den Leistungserbringer begründet, der mindestens eine in der Palliativpflege weitergebildete Pflegefachkraft (160 Std.) vorhalten muss, um diesem Anspruch gerecht werden zu können.</p>		
66.	Diakonie Deutschland	<p>Nach Satz 2 ist in der Leistungsbeschreibung der folgende Satz einzufügen: <i>„Außerhalb der Leistung Palliativpflege ist die Verordnung von sämtlichen Leistungen der</i></p>	<p>Nach Ansicht der Diakonie Deutschland gibt es jedoch verschiedene behandlungspflegerische Leistungen, die neben der Symptomkontrolle notwendig werden können,</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 41 zu Eingrenzung der behandlungspflegerischen Leistungen und lfd. Nr. 51</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 41 lfd. Nr. 51</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<i>häuslichen Krankenpflege auch für Palliativpatientinnen und -patienten weiterhin möglich.“</i>	wie z. B. i. v.- Infusion zur Flüssigkeitssubstitution oder Medikamentengabe, Versorgung der Schmerzpumpe/Kassettenwechsel. Auch in Kapitel 2 Abs. 1 der Tragenden Gründe wird explizit darauf verwiesen, dass Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege auch Palliativpatientinnen und -patienten weiterhin zur Verfügung stehen sollen. Um Missverständnisse zu vermeiden und Palliativpatientinnen und -patienten nicht schlechter als alle anderen Patientinnen und Patienten der häuslichen Krankenpflege zu stellen, ist der nebenstehende kursiv gesetzte Satz an dieser Stelle unbedingt zu ergänzen.		
67.	VDAB	Der VDAB sieht die Titulierung der Leistung mit dem Begriff „ Palliativpflege “ als angemessen an	Grundsätzlich geht es bei vorliegender Beschreibung im Feld „Bemerkung“ um die Verordnung von Palliativpflege im Gesamtkonzept („palliativpflegerische Versorgung“). Deshalb muss die	Siehe lfd. Nr. 27	Siehe lfd. Nr. 27

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			Leistung auch entsprechend benannt werden.		
68.	VDAB	Die Leistungsbeschreibung ist nach Ansicht des VDAB nicht vollständig. Leistungen wie Beratung und Begleitung sowie Koordinationsleistung (einschließlich Kommunikation mit anderen Beteiligten) sind ebenfalls aufzunehmen.	<p>Gemäß der Bemerkung zur Leistung Palliativpflege im Entwurf für die HKP-RiL soll mit dieser Leistung nicht nur eine Verbesserung der Symptomatik im Vordergrund stehen, sondern auch die Verbesserung der Lebensqualität.</p> <p>Die Verbesserung der Lebensqualität setzt jedoch neben der Symptomkontrolle/Krisenintervention auch eine psychosoziale Begleitung voraus. Zwar soll auf Wunsch der Patientin oder des Patienten bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst unterstützend geholfen werden, jedoch soll es sich dabei lediglich um ein ergänzendes Angebot handeln.</p>	<p>zu Beratung siehe lfd. Nr. 49</p> <p>Zur psychosozialen Begleitung:</p> <p>Die Leistung ist primär medizinisch-pflegerisch ausgerichtet und umfasst die Befreiung oder Linderung von Symptomen (z. B. Schmerzen, Übelkeit). Darüber hinausgehende Leistungen wie psychosoziale Begleitung sind vom Leistungsanspruch nicht umfasst, sondern ergänzend, z. B. von ambulanten Hospizdiensten, zu erbringen.</p> <p>Zu Koordination der Leistung: Siehe lfd. Nr. 32 und 41</p>	<p>zu Beratung siehe lfd. Nr. 49</p> <p>zu psychosozialen Begleitung: Keine Änderung</p> <p>Zu Koordination der Leistung: Siehe lfd. Nr. 32 und 41</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf
			<p>Die psychosoziale Begleitung muss auch ohne die zusätzli- che Einschaltung eines Hos- pizdienstes ermöglicht wer- den können. Insbesondere wenn die Patientinnen und Patienten keine zusätzlichen Besuche/Betreuung durch andere Personen außerhalb der Erbringung der HKP Lei- stung wünschen, muss die Be- gleitung im Rahmen der Er- bringung der Symptomkon- trolle/Krisenintervention durch den Pflegedienst mög- lich sein.</p> <p>Im Rahmen einer humanen Krankenbehandlung darf und kann es sich bei der Palliativ- pflege nicht lediglich um eine reine Verrichtungsleistung handeln. Neben der Beglei- tung zum Zeitpunkt der Lei- stungserbringung spielt auch die Beratung eine wesentli- che Rolle. Oft ist der Pflege- dienst der erste Ansprech- partner bei Fragen, da zwi- schen den Pflegekräften und Patienten – insbesondere bei</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf
			<p>Palliativpatientinnen und –pa- tienten – häufig ein enges Vertrauensverhältnis besteht.</p> <p>Gemäß den Bemerkungen im Entwurf für die HKP-RiL ist ein erforderlicher Informati- onsaustausch unter den Be- teiligten sicherzustellen. Dies erfordert Koordinations- und Kommunikationsleistungen und ist deshalb auch so zu benennen.</p> <p>Aus benannten Gründen sind die Leistungen „Beratung und Begleitung“ sowie die „Koor- dination und Kommunikation“ in die Leistungsbeschreibung aufzunehmen.</p>		
69.	VDAB	Dem von der PatV und dem GKV-SV geforderten Zusatz: „Die Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandelungs- pflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumenta- tion zu vermerken.“ darf nach Ansicht des VDAB nicht ent- sprochen werden.	Diese Ausführungen sind in der HKP-RiL fehlpositioniert und dürfen deshalb keinen Eingang finden. In der Richtli- nie können keine Vereinba- rungen zu Lasten Dritter ab- geschlossen werden. Die Re- gelungen über die Dokumen- tationspflichten sind Angele- genheit der Leistungserbrin- gerverbände in Verhandlung	GKV-SV und PatV: Neben der durch den Arzt auf der Verordnung anzugebenden Leistung können auch wei- tere Leistungen -insbeson- dere in einer Krise - erfor- derlich werden. Daher bein- haltet die Nr. 24a alle be- handlungspflegerischen Leistungen des Leistungs-	KBV und DKG: Keine Änderung GKV-SV und PatV: In der Bemerkungs- spalte der neuen Nr. 24a wird folgender Satz gestrichen: „Die Feststellung bei der Symptomkontrolle

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			mit den Kostenträgern und auf dieser Ebene zu vereinbaren.	<p>verzeichnisses. Die Durchführung der Leistung muss durch den Pflegedienst insbesondere aus haftungsrechtlichen und qualitätssichernden Gründen dokumentiert werden. Da die Verpflichtung zur Pflegedokumentation grundsätzlich besteht, wird auf eine explizite Regelung im BE verzichtet.</p> <p>KBV und DKG: Zustimmung. Die Verpflichtung zur Pflegedokumentation besteht ohnehin und bedarf keiner weiteren Ausführungen.</p>	und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumentation zu vermerken“.
70.	DBfK	Wir empfehlen die explizite Aufnahme von Koordinationsleistungen und die Durchführung von Fallbesprechungen mit weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern in den Leistungsbeschreibungen.	Der Umfang der zu erbringenden Leistungen im Rahmen der AAPV entspricht einem umfassenden Bedarf an Kommunikation und Austausch mit dem verordnenden Arzt oder der verordnenden Ärztin sowie mit einem eventuell hinzuzuziehenden ambulanten Hospizdienst und weiteren an der Versorgung Beteiligten.	<p>Zu Koordination der Leistung: Siehe lfd. Nr. 32 und 41</p> <p>Zu den weiteren vorgeschlagenen Leistungsergänzungen: Siehe lfd. Nr. 39</p>	<p>Zu Koordination der Leistung: Siehe lfd. Nr. 32 und 41</p> <p>Zu den weiteren vorgeschlagenen Leistungsergänzungen: Siehe lfd. 39</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Um die AAPV im Sinne der Anforderungen der Patientenbedarfe und –bedürfnisse durchführen zu können, empfehlen wir die Aufnahme folgender Punkte in die HKP-RL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schmerztherapie mittels s. c. Infusion über PCA-Pumpen - Symptomkontrolle mittels i. v. Infusion - Versorgung von onkologischen und exulzierenden Tumoren - komplementäre Pflegemethoden zur Schmerzlinderung, Beruhigung und Entspannung z.B. Wickel, Auflagen, Einreibungen, Atemübungen 	<p>Dies muss auch in der Leistungsbeschreibung deutlicher gewürdigt werden. So werden neben den durchzuführenden Koordinationsleistungen unter Umständen auch gemeinsame, patientenorientierte Fallbesprechungen mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin nötig sein um die weitere Versorgung des Patienten zu planen.</p> <p>Um auch im Rahmen der AAPV eine angemessene Versorgung der Patienten zu ermöglichen, bedarf es zwingend der Aufnahme der genannten Punkte in die HKP-RL. So können häufig auftretende Symptomaten wie beispielsweise Übelkeit mit einer entsprechenden i.v. Infusion gelindert werden ohne den Patienten zusätzlich durch die Verabreichung von oraler Medikation weiter zu belasten. Sofern die Erstapplikation durch einen Arzt erfolgt ist, muss eine weitere Gabe auch durch den ambulanten Pflege-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf
			<p>dienst möglich und abrech- nungsfähig sein. Ein weiteres Fehlen dieser Leistungen in der HKP-RL provoziert unnö- tige Verzögerungen in der Lin- derung von palliativtypischen Symptomen und gefährdet in manchen Situationen durch- aus den Verbleib in der Häus- lichkeit.</p> <p>Umfasst die Leistung der Symptomkontrolle jedoch nur die bisherigen Vorgaben des Leistungsverzeichnisses, werden viele alltäglich auftre- tende Problematiken weiter- hin unberücksichtigt bleiben. Vor allen die komplementären Pflegemethoden tragen er- heblich zur Verbesserung des Wohlbefindens des Patienten bei und dürfen nicht unbe- rücksichtigt bleiben.</p>		
71.	AWO	<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Hier: Symptomkontrolle Ände- rungsvorschlag</p>	<p>Die Ausführungen zur Ab- grenzung der Palliativpflege zu SAPV halten wir für sinn- voll und sprechen uns für die Aufnahme des von der Pati- entenvertretung und DKG</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Tra- genden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellung- nahmeverfahrens.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>In Abgrenzung der Leistung Palliativpflege im Rahmen der HKP-RL zur SAPV-Leistung ist darauf hinzuweisen, dass beim Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens mit einer ausgeprägten Symptomatik, deren Kontrolle/Kompensation wahrscheinlich einer speziellen palliativmedizinischen bzw. palliativpflegerischen Kompetenz und Erfahrung bedarf, oder aber bei der Notwendigkeit einer häufigen Anpassung und Überprüfung des Behandlungsplanes aufgrund dynamischer Veränderungen im Krankheitsverlauf, erfolgt die Behandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie erfolgt.</p>	<p>vorgeschlagenen Passus aus. Redaktionell möchten wir einen Vorschlag unterbreiten, in dem die Abgrenzung zu SAPV an den Satzanfang gestellt wird.</p>		
72.	AWO	<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Hier: Krisenintervention Dissens – Darstellung in der Tabelle Der AWO Bundesverband unterstützt die Haltung der Patientenvertretung und KBV.</p>	<p>Bei eintretenden Krisen in der letzten Lebensphase ist die Weiterbehandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie zu prüfen. Allein auf den Vertragsarzt zu verweisen, um das weitere Vorgehen abzustimmen, greift aus unserer Sicht zu kurz.</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
73.	Diakonie	<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Hier: Symptomkontrolle</p> <p>Änderungsvorschlag <i>„In Abgrenzung der Leistung Palliativpflege im Rahmen der HKP-RL zur SAPV-Leistung ist darauf hinzuweisen, dass beim Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens mit einer ausgeprägten Symptomatik, deren Kontrolle/Kompensation wahrscheinlich einer speziellen palliativmedizinischen bzw. palliativpflegerischen Kompetenz und Erfahrung bedarf, oder aber bei der Notwendigkeit einer häufigen Anpassung und Überprüfung des Behandlungsplanes aufgrund dynamischer Veränderungen im Krankheitsverlauf, erfolgt die Behandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie erfolgt.“</i></p>	<p>Die Ausführungen zur Abgrenzung der Palliativpflege zur SAPV halten wir für sinnvoll und sprechen uns für die Aufnahme des von der Patientenvertretung und der DKG vorgeschlagenen Passus aus.</p> <p>Redaktionell möchten wir einen Vorschlag unterbreiten, in dem die Abgrenzung zu SAPV an den Satzanfang gestellt wird.</p>	Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stimmungsverfahrens.	Keine Änderung
74.	Diakonie	<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Hier: Krisenintervention</p>	Bei eintretenden Krisen in der letzten Lebensphase ist die Weiterbehandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie zu	Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stimmungsverfahrens.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p> <p>Die Diakonie Deutschland unterstützt die Einschätzung der Patientenvertretung und KBV.</p>	<p>prüfen. Allein auf den Vertragsarzt zu verweisen, um das weitere Vorgehen abzustimmen, greift aus unserer Sicht zu kurz.</p> <p>Der G-BA geht im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz davon aus, dass es zu jederzeit eine enge Abstimmung zwischen Pflegedienst und der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt gibt, um die Sicherstellung der Leistungserbringung in der Häuslichkeit zu gewährleisten. In der Versorgung Sterbender muss gegenüber der normalen häuslichen Krankenpflege ein besonderes Augenmerk auf die Kommunikation, Abstimmung und Erreichbarkeit der beteiligten Leistungserbringer gelegt werden. Dies bedeutet nicht nur, dass im Rahmen der Symptomkontrolle durch die Palliativpflege die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt bei Veränderungen kurzfristig an-</p>	<p>Die HKP-RL regelt die Voraussetzungen zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege. Die verbindliche Rufbereitschaft des Arztes kann in der HKP-RL nicht festgeschrieben werden.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>sprechbar sein muss, um flexibel auf ein wechselhaftes und plötzlich auftretendes Symptomgeschehen zu reagieren (siehe hierzu Seite 5 Tragende Gründe unter 2.3.3.2 Symptomkontrolle), sondern auch im Rahmen der Krisenintervention (siehe hierzu Seite 6 Tragende Gründe unter 2.3.3.2 Krisenintervention). Hierzu soll die verordnende Ärztin /der verordnende Arzt vorab einen Notfallplan festlegen, der ggf. im Laufe der Versorgung auch angepasst werden. Nach dem derzeitigen Stand ist die Ausführung zum § 87 Absatz 1b SGB V zur Tätigkeit des Arztes im Rahmen der Palliativversorgung noch nicht klar definiert. Nach jetzigem Stand ist für die verordnende Ärztin bzw. den verordnenden Arzt kein Rufbereitschaftsdienst vorgesehen, um für „ihre“/„seine“ Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stehen. Folglich wird nachts oder am Wo-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf
			<p>chenende der ärztliche Not- dienst zu rufen oder die kas- senärztliche Anlaufpraxis auf- zusuchen sein, die/der die Si- tuation vor Ort nicht kennt und somit eine enge (zeit- nahe) Abstimmung mit dem Pflegedienst nicht durchge- führt werden kann. Zudem sind die aufgesuchten Ärzte in der Regel nicht die verord- nende Ärztin bzw. der verord- nende Arzt, sodass der vom G-BA artikulierte Anspruch nicht umgesetzt werden kann. Die Folge daraus sind Unsicherheiten für die zu ver- sorgenden Patientinnen und Patienten en in der letzten Lebensphase und für die ausführenden Pflegefach- kräfte. Letztendlich wird mög- licherweise die gewünschte häusliche Versorgung nicht gesichert werden können und stationäre Aufnahmen erfol- gen.</p> <p>Die Lösung kann nur sein, dass die verordnende Ärztin/ der verordnende Arzt im Rah- men ihrer/seiner Koordinati-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf
			<p>onstätigkeit verbindlich ver- pflichtet wird, hier eine konti- nuierliche Ansprechbarkeit – 24 Stunden am Tag an 365 Tagen im Jahr - zu gewähr- leisten, mittels einer nach- weislichen Übergabe an defi- nierte, vertretende, ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die die Kriterien der Erreich- barkeit ebenfalls erfüllen müssen. Hierzu bedarf es ei- ner klaren Ergänzung in § 7 Absatz 1 Satz 2 der HKP- Richtlinie in Verbindung mit § 87 Absatz 1b SGB V. Sollte dieses für die verordnenden Ärztinnen und Ärzte nicht ver- bindlich gelingen, ist im Rah- men der bestehenden Struk- tur die SAPV geboten. Das gleiche gilt im Besonderen auch bei den Klinikärzten, die nach § 7 Absatz 5 HKP- Richtlinie HKP-Verordnungen ausstellen können. Auch hier muss nachweislich vom Klini- karzt gewährleistet werden, dass er zur Sicherstellung der häuslichen Palliativver- sorgung die Koordination mit dem zuständigen Arzt und</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussent- wurf
			dem zuständigen Pflege- dienst verbindlich bespro- chen und abgeschlossen hat. Steht das Netzwerk zur allge- meinen Palliativversorgung nicht, wäre folgerichtig SAPV zu verordnen. Sollte es zur allgemeinen Palliativversor- gung kommen, muss die Krankenhausärztin/der Kran- kenhausarzt die HKP-Verord- nung zur Palliativversorgung ordnungsgemäß ausstellen und zeitnah an den Pflege- dienst übermitteln.		
75.	DCV	<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Hier: Symptomkontrolle <u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„In Abgrenzung der Leistung Palliativpflege im Rahmen der HKP-RL zur SAPV-Leistung ist darauf hinzuweisen, dass beim Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens mit einer ausgeprägten Symptomatik, deren Kontrolle/Kompensation wahrscheinlich einer speziellen palliativmedizinischen bzw. palliativpflegeri-</i></p>	<p>Damit sich die beiden Leis- tungsbereiche Palliativpflege und Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in der Praxis gut ergänzen können, hält der Deutsche Caritasver- band es für sinnvoll, den nebenstehenden kursiv gesetz- ten Hinweis auf die Speziali- sierte ambulante Palliativver- sorgung in den tragenden Gründen mit aufzuführen. Insofern unterstützen wir die ergänzenden Ausführungen der Patientenvertretung und</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Tra- genden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellung- nahmeverfahrens.</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>schen Kompetenz und Erfahrung bedarf oder aber bei der Notwendigkeit einer häufigen Anpassung und Überprüfung des Behandlungsplanes aufgrund dynamischer Veränderungen im Krankheitsverlauf erfolgt, die Behandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie erfolgt.“</p>	<p>der DKG mit kleinen Änderungen (vgl. kursiv gesetzter Satzteile und Streichungen).</p>		
76.	DCV	<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Hier: Krisenintervention</p> <p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Beim Auftreten einer Krise im Rahmen eines komplexen Symptomgeschehens ist die Weiterbehandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie zu prüfen.</p> <p><u>Ergänzungsvorschlag:</u> Nach dem o.a. Satz soll folgender Zusatz eingefügt werden:</p>	<p>In Kapitel 2.3.1. wird auf die Notwendigkeit einer klaren Abgrenzung zu den Leistungen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung verwiesen. Diese Abgrenzung ist unserer Ansicht nach insbesondere in dem Kapitel Krisenintervention zu verdeutlichen. Bei krisenhaften Verläufen im Sterbeprozess ist ggf. eine Weiterbehandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie - sofern SAPV in der Region bereits vorhanden ist, denn das ist immer noch nicht überall der Fall - zu prüfen. Insofern unterstützt der Deutsche Caritasverband die Formulierung der Patientenvertretung und der KBV.</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p><i>„Daneben ist die Möglichkeit einer additiven Beratungsleistung und Koordination der Versorgung durch die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu prüfen.“</i></p>	<p>Wenn hier allein auf den Vertragsarzt / die Vertragsärztin verwiesen wird, kann das dazu führen, dass Patient(inn)en in der letzten Lebensphase ins Krankenhaus eingewiesen werden, da der Vertragsarzt / die Vertragsärztin außerhalb der Öffnungszeiten der Praxis, insbesondere nachts und an Wochenenden in der Regel nicht verfügbar ist. Auch für Ärzte nach § 87 Abs.1b SGB V ist bisher keine Rufbereitschaft rund um die Uhr vorgesehen. Der ärztliche Notdienst oder die kassenärztliche Anlaufpraxis (Ärzte der Notfallversorgung) wiederum verfügen in den seltensten Fällen über eine palliativmedizinische Zusatzqualifikation. Deshalb ist insbesondere bei krisenhaften Verläufen neben einer Weiterbehandlung im Rahmen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auch auf die Möglichkeit einer additiven Beratungsleistung und Koordination der Versorgung</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			durch die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu verweisen.		
77.	DBfK	<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Symptomkontrolle:</p> <p>Es bedarf keiner weiteren Ergänzung zur Differenzierung der SAPV und der AAPV.</p>	<p>Aus Sicht des DBfK bedarf es keiner Abgrenzung der Leistungen in der AAPV und der SAPV. SAPV und AAPV ergänzen und überschneiden sich, sie ersetzen sich nicht gegenseitig.</p>	Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stimmungsverfahrens.	Keine Änderung
78.	DBfK	<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Krisenintervention:</p> <p>Dem Vorschlag der DKG/GKV-SV ist zuzustimmen.</p>	<p>Die Krisenintervention zeichnet die klassische Versorgungssituation von AAPV und SAPV aus. Patienten mit instabilen Zuständen bedürfen ohne einen weiteren Vorlauf oder weitreichender Organisation sofortige Hilfe. Es muss den ambulanten Pflegediensten daher ermöglicht werden, anhand festgelegter Notfallpläne die Behandlungsmaßnahmen für die Patienten durchzuführen und sich mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin hierzu abzustimmen.</p>	Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stimmungsverfahrens.	Keine Änderung

B-6.1.5 Stellungnahmen zur Änderung des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL: Ergänzung Nummer 24a - Bemerkung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
79.	APH	PatV und GKV-SV Nr. III „Die Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumentation zu vermerken“ ist zu streichen.	Die Dokumentation von Kontrollergebnissen und ggf. hieraus abgeleiteter Maßnahmen ist selbstverständlicher Bestandteil pflegfachlichen Handelns und immanentes Element einer Dokumentation. Insofern erübrigt sich die nochmalige Erwähnung von ohnehin bestehenden Anforderungen im Rahmen der HKP-Richtlinie.	Siehe lfd. Nr. 69	Siehe lfd. Nr. 69
80.	AWO	Diese Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen. Bei intermittierenden Verläufen über mehrere Monate	Zu Absatz 3: Es wird ausgeführt, dass diese Leistung bei Patientinnen und Patienten in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende verordnungsfähig ist, um den Verbleib in der Häuslichkeit zu gewährleisten. Der Sterbeprozess verläuft sehr unterschiedlich, oftmals intermittierend über Monate. Vor diesem Hinter-	Siehe lfd. Nr.55 Die Erstverordnung kann bei Bedarf durch Folgeverordnungen ergänzt werden. Bei intermittierenden Verläufen, die keine kontinuierliche Versorgung erforderlich machen, kann eine erneute Erstverordnung ausgestellt werden.	Siehe lfd. Nr.55

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		ist wiederholt die Leistung ver- ordnungsfähig.	<p>grund führt die Gesetzesbe- gründung des Hospiz- und Palliativgesetzes hinsicht- lich der Ergänzung des §37 SGB V auch aus, dass die allgemeine Palliativversor- gung oftmals über mehrere Wochen bis Monate not- wendig ist.</p> <p>Da sich aus der Formulier- ung des dritten Absatzes die Frage nach der Anzahl der Wochen bzw. die Mög- lichkeit der Verordnung die- ser Leistung bei intermittie- renden Verläufen stellt, schlägt der AWO Bundes- verband eine Erweiterung des Absatzes vor. Aus un- serer Sicht ist die Ausfüh- rung unter §5 Abs.3 der HKP-RL nicht ausreichend, der den regelmäßig begrün- deten Ausnahmefall für ei- nen erforderlich längeren Leistungsbezug als 4 Wo- chen ausführt.</p>		
81.	BÄK	Anregen möchte die Bundesärz- tekammer, den Zeitraum „auf	Die Bundesärztekammer begrüßt die Aufnahme der	Siehe lfd. Nr. 55	Siehe lfd. Nr. 55

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>Tage oder wenige Wochen limitierte Lebenserwartung“ näher zu präzisieren und ggf. mit der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) abzugleichen.</p>	<p>Leistungen der Palliativpflege in die HKP-RL ausdrücklich und sieht hierin einen weiteren Schritt zur Verbesserung der Versorgungssituation von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten.</p> <p>Voraussetzung ist dort [SAPV-RL], dass die Lebenserwartung nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Bei Kindern gelten die Voraussetzungen für die SAPV auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung als erfüllt.</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG: Auch die HKP kann zur Palliativversorgung über Tage, Wochen oder Monate verordnet werden. Die HKP-RL beinhaltet im Leistungsverzeichnis eine Reihe von Leistungen, die auch mit einer palliativen Ausrichtung verordnet werden können. Die Nummer 24a soll dem besonderen Bedarf am Lebensende gerecht werden. Daher kann diese erst Tage oder wenige Wochenvor dem voraussichtlichen Lebensende verordnet werden.</p> <p>PatV: Auch die HKP kann zur Palliativversorgung über Tage, Wochen oder Monate verordnet werden. Die HKP-RL beinhaltet im Leistungsverzeichnis eine Reihe von Leistungen, die auch mit einer palliativen Ausrichtung verordnet werden können. Die Nummer 24a soll dem</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
				<p>besonderen Bedarf am Lebensende gerecht werden. Daher kann diese erst Tage oder Wochen vor dem voraussichtlichen Lebensende verordnet werden</p>	
82.	bad	<p>In Satz 1 der „Bemerkung“ sind die Worte „... auf Tage oder wenige Wochen ...“ zu ersetzen durch die Worte „... auf wenige Monate ...“.</p>	<p>In der Gesetzesbegründung zu § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V stellt der Gesetzgeber zum Zeitumfang des gesetzlichen Regelversorgungsanspruchs ausdrücklich fest, dass „<i>die allgemeine Palliativversorgung oftmals über mehrere Wochen bis Monate notwendig ist ...</i>“. Der Leistungsanspruch decke diese Fälle nach der ausdrücklichen Klarstellung der Gesetzesbegründung ab. Die Formulierung der vorliegenden Entwurfsfassung hingegen berücksichtigt dies nicht ausreichend und impliziert durch seine abweichende Angabe, dass eine deutlich geringere Lebenserwartung Voraussetzung für den Leistungsan-</p>	Siehe lfd. Nr. 55	Siehe lfd. Nr. 55

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>spruch ist. Der Änderungs- vorschlag stellt dies richtig und trägt dem erklärten ge- setzgeberischen Willen in- sofern Rechnung. Dies dient auch der Vermeidung unnötiger, ansonsten aber vorhersehbarer Rechtsstrei- tigkeiten.</p>		
83.	bad	<p>In Satz 4 der „Bemerkung“ sind die Worte „... in den letzten Ta- gen bis zu wenigen Wochen ...“ zu ersetzen durch die Worte „... in den letzten Monaten ...“.</p>	<p>In der Gesetzesbegründung zu § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V stellt der Gesetzge- ber zum Zeitumfang des gesetzlichen Regelversor- gungsanspruchs ausdrück- lich fest, dass „die allge- meine Palliativversorgung oftmals über mehrere Wo- chen bis Monate notwendig ist ...“. Der Leistungsan- spruch decke diese Fälle nach der ausdrücklichen Klarstellung der Gesetzes- begründung ab.</p> <p>Die Formulierung der vorlie- genden Entwurfsfassung hingegen berücksichtigt dies nicht ausreichend und impliziert durch seine ab- weichende Angabe, dass</p>	Siehe lfd. Nr. 55	Siehe lfd. Nr. 55

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusentwurf
			<p>eine deutlich geringere Lebenserwartung Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist. Der Änderungsvorschlag stellt dies richtig und trägt dem erklärten gesetzgeberischen Willen insofern Rechnung. Dies dient auch der Vermeidung unnötiger, ansonsten aber vorhersehbarer Rechtsstreitigkeiten.</p>		
84.	bad	<p>In Satz 4 der „Bemerkung“ sind die Worte „... die Symptomkontrolle ...“ zu ersetzen durch die Worte „... notwendige Maßnahmen der palliativen Pflege, insbesondere die Symptomkontrolle und –linderung, ...“.</p>	<p>Anspruch auf Palliativversorgung geschaffen, der laut Gesetzesbegründung „die notwendige palliative Pflege“ umfasst, „soweit kein Anspruch auf SAPV nach § 37b“ besteht. Der Änderungsvorschlag greift diese Formulierung auf und stellt aus Gründen der Rechtssicherheit die eindeutige gesetzgeberische Intention zu den Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nach § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V klar.</p>	<p>Diesem Hinweis wird Rechnung getragen indem in der Bemerkungsspalte des Leistungsverzeichnisses klargestellt wird, dass die Symptomkontrolle das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen umfasst.</p>	<p>Ja: Änderung in der Bemerkungsspalte, Nach dem Klammersatz „(SAPV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14. SGB V)“ wird folgender neuer Satz eingefügt: „Die Leistung der Symptomkontrolle umfasst sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behan-</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Einer ausdrücklichen Erwähnung der Leistungseinschränkung bei Anspruch auf SAPV-Leistungen bedarf es in Satz 4 dabei nicht, da dies bereits in den Sätzen 5 und 8 der „Bemerkung“ und im Übrigen in Satz 2 der von uns vorgeschlagenen Leistungsbeschreibung klargestellt wird.</p> <p>Die bisherige Entwurfsfassung zu Satz 4 hingegen impliziert fälschlicherweise, dass sich der o.g. Anspruch des Versicherten auf die Symptomkontrolle beschränkt und deren Erforderlichkeit deshalb die zentrale Anspruchsvoraussetzung sei. Dem ist zu widersprechen. Sofern im Einzelfall andere Maßnahmen der palliativen Pflege erforderlich sind und kein Anspruch auf SAPV nach § 37b SGB V besteht, sieht die Regelung des § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V hierfür einen Leistungsanspruch vor, was in</p>		<p>deln von Krankheitszeichen und Begleitscheinungen.“</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusentwurf
			Satz 4 der „Bemerkung“ an- gemessen berücksichtigt werden muss.		
85.	bad	In Satz 4 der „Bemerkung“ sind die Worte „... der Verbleib in der Häuslichkeit ...“ zu ersetzen durch die Worte „... eine ausrei- chende Linderung der Symp- tome ...“.	<p>Gemäß § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V ist die medizinische Notwendigkeit der verord- neten Leistungen Voraus- setzung für Leistungen nach § 37 SGB V, auch für die Palliativversorgung nach § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V.</p> <p>Demgegenüber ist es nicht Voraussetzung des gesetz- lichen Anspruchs, dass nur die verordnete Maßnahme den Verbleib in der Häus- lichkeit gewährleisten kann. Die Frage einer Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder in einer stationären Einrichtung ist vielmehr eine Wahlentscheidung des Versicherten, welche – als Ausprägung von Artikel 2 GG – allein seiner subjektiven Vorliebe entspringt und nicht durch medizinische Sinnhaftigkeit vorgegeben wird.</p>	<p>Zielsetzung dieser Leistung ist, dass die Patientinnen und Patienten auch zu Hause versterben können (siehe auch Satz 5 in der Bemerkungsspalte). Die Wahlfreiheit des Patienten über den Verbleib in der Häuslichkeit wird durch die Verordnungsvoraussetzung nicht eingeschränkt.</p> <p>Mit dem Satz 4 soll darauf hingewiesen werden, dass die Nr. 24a erst verord- nungsfähig ist, wenn die be- handlungspflegerischen Einzelleistungen einen Ver- bleib in der Häuslichkeit nicht mehr ermöglichen.</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Aus diesem Grund sieht zu Recht weder das Gesetz, noch das Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinien bisher vor, dass ein Anspruch nach § 37 SGB V davon abhängig gemacht wird, dass „nur er den Verbleib in der Häuslichkeit sicherstellen kann“. Diese Systematik darf auch durch den vorliegenden Entwurf nicht durchbrochen. Unser Änderungsvorschlag orientiert sich an der Regelung des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V, indem er auf die medizinische Notwendigkeit abstellt und nicht auf die Notwendigkeit für die Wahl des Versorgungsorts. Der inhaltliche Fokus wird dabei auf das Ziel der Symptomlinderung gelegt, weil dieses das zentrale Ziel der palliativen Pflege ist, nicht die reine Symptomkontrolle.</p> <p>Anders als die vorliegende Entwurfsfassung ist in diesem Wortlaut somit keine den gesetzlichen Anspruch</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusentwurf
			illegitim einschränkende Regelung zu sehen.		
86.	bad	In Satz 5 der „Bemerkung“ sind die Worte „... die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung ...“ zu ersetzen durch die Worte „... die Sicherstellung der notwendigen palliativen Pflege ...“.	<p>Der Gesetzgeber hat mit § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V einen Anspruch auf Palliativversorgung geschaffen, der laut Gesetzesbegründung darauf abzielt, die „die notwendige palliative Pflege“ sicherzustellen. Der Änderungsvorschlag greift diese Formulierung 1 zu 1 auf und stellt aus Gründen der Rechtssicherheit die eindeutige gesetzgeberische Intention zum Leistungsanspruchs nach § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V klar.</p> <p>Der bisherige Wortlaut der Entwurfsfassung zu Satz 5 impliziert, dass Nr. 24a und somit der Anspruch nach § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V nur für Maßnahmen ärztlicher Behandlung gilt bzw. dass Maßnahmen zur Sicherstellung der notwendigen palliativen Pflege nicht Gegenstand des Anspruchs sein können. Dem ist zu widersprechen. Gemäß § 37</p>	In § 37 SGB V ist die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung als Ziel der HKP definiert, nicht die Sicherstellung der notwendigen palliativen Pflege. Davon unbenommen bleibt, dass durch die palliativpflegerische Leistung das Behandlungsziel erreicht werden soll.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusentwurf
			<p>Abs. 1 i.V.m. § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V kann auch Grundpflege verordnet werden und Teil des Leistungsanspruchs sein. Dies muss in Nr. 24a angemessen berücksichtigt werden.</p>		
87.	bad	<p>Der von Seiten des GKV-SV bzw. PatV vorgeschlagene Satz 10 zur konkreten Gestaltung der Pflegedokumentation ist ersatzlos zu streichen.</p>	<p>Die allgemein gültigen Grundsätze ordnungsgemäßer Dokumentation bedürfen keiner Konkretisierung in den Richtlinien. Im Übrigen sind die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 7 Satz 2 SGB V auch nicht der richtige Ort um konkrete Pflichten zur Führung der Pflegedokumentation zu regeln.</p> <p>Konsequenterweise ist bei den Positionen im Leistungsverzeichnis der Richtlinien bisher stets verzichtet worden. Diese Systematik sollte beibehalten werden. Dokumentationspflichten im Bereich der HKP sind vielmehr in den Landesrahmenverträgen nach §132a</p>	Siehe lfd. Nr. 69	Siehe lfd. Nr. 69

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>SGB V zu konkretisieren, sofern dies für erforderlich gehalten wird. Konkurrierende Regelungen in den HKP-Richtlinien zu den Vereinbarungen der Selbstverwaltung wären kontraproduktiv.</p> <p>Soweit zum Entwurf des Satzes 10 ausgeführt wird, dass er keine zusätzlichen Verpflichtungen begründen solle, sondern deklaratorisch sei, ist er zudem entbehrlich.</p>		
88.	BHK	<p>Absatz 1 ist wie folgt zu ergänzen: „(...) die Lebenserwartung auf Tage oder wenige Wochen, „bei Kindern und Jugendlichen auch auf Wochen, Monate bzw. Jahre“ limitiert ist und unter anderem die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität, im Vordergrund stehen.</p>	<p>Unmittelbar verbindliche Aussagen über die Lebenserwartungen von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen können nicht bzw. nur sehr schwer getroffen werden.</p> <p>Bei den Krankheitsverläufen von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen ist davon auszugehen, dass sie in der Regel über Wochen, Monate bis hin zu</p>	Siehe lfd. Nr. 55 und 81	Siehe lfd. Nr. 55 und 81

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Jahren andauern, wobei die „Komplexleistung zur Palliativpflege“ bei Kindern und Jugendlichen bereits ab der Diagnosestellung einer lebensverkürzenden Erkrankung erforderlich sein kann.</p> <p>Dieser Umstand ist bei der Frage der Verordnungsfähigkeit der Leistung zu berücksichtigen.</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen muss die „Komplexleistung zur Palliativpflege“ daher – anders als bei erwachsenen Palliativpatientinnen und Palliativpatienten - auch dann verordnungsfähig sein, wenn die Lebenserwartung nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes nicht nur auf Tage oder wenige Wochen sondern auf Wochen, Monate bzw. Jahre limitiert ist.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
89.	BHK	Absatz 3 ist wie folgt zu ergänzen: „(...), wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen, „ bei Kindern und Jugendlichen auch Wochen, Monaten bzw. Jahren “ vor dem Lebensende (...).	Unmittelbar verbindliche Aussagen über die Lebenserwartungen von Kindern und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen können nicht bzw. nur sehr schwer getroffen werden. Bei den Krankheitsverläufen von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen ist davon auszugehen, dass sie in der Regel über Wochen, Monate bzw. Jahre andauern. Dieser Umstand ist bei der Frage der Verordnungsfähigkeit der Leistung zu berücksichtigen. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen kann deshalb nicht nur auf die letzten Tage bzw. letzten Lebenswochen begrenzt werden.	Siehe lfd. Nr. 55 und 81	Siehe lfd. Nr. 55 und 81
90.	bpa	[Anmerkung G-BA: Vorschlag zur Neuformulierung der Bemerkungsspalte]:	[Anmerkung G-BA: Siehe Begründung zur Vorschlag	siehe lfd. Nr. 32 und 51	siehe lfd. Nr. 32 und 51

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusssentwurf
		<p>Die Leistung dient der Sicherstellung der Versorgung am Lebensende und soll dazu beitragen, dass der Patient in der Häuslichkeit verbleiben kann.</p> <p>Weitere benötigte behandlungspflegerische Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind neben den allgemeinen Palliativleistungen entsprechend des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL zu verordnen.</p>	<p>für die Spalte Leistungsbeschreibung, lfd. Nr 32]</p>		
91.	bpa		<p>Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen oder Patienten Im 1. Absatz der Bemerkungen wird angeführt: „Die Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL ist für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten in jedem Alter verordnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch</p>	<p>Kenntnisnahme. Tragende Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusentwurf
			<p>nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage oder wenige Wochen limitiert ist und unter anderem die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität im Vordergrund stehen.“</p> <p>Nach § 37b SGB V haben:</p> <p>Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.</p> <p>Die Anspruchsberechtigten der allgemeinen Palliativpflege und der SAPV sind danach deckungsgleich. Als alleiniges Unterscheidungsmerkmal der beiden Versorgungsansprüche steht die „besonders aufwändige</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Versorgung“. Eine klare Abgrenzung zwischen der Palliativpflege und der SAPV ist nicht möglich. Hier sind unterschiedliche Rechtsauffassungen und medizinische Einschätzungen vorgeplant.</p> <p>Der bpa schließt sich deshalb dem Vorschlag von PatV und DKG an, die in den tragenden Gründen formulieren: „Beim Vorliegen eines komplexen Symptomeschehens mit einer ausgeprägten Symptomatik, deren Kontrolle/Kompensation wahrscheinlich einer speziellen palliativmedizinischen bzw. palliativpflegerischen Kompetenz und Erfahrung bedarf, oder aber bei der Notwendigkeit einer häufigen Anpassung und Überprüfung des Behandlungsplanes aufgrund dynamischer Veränderungen im Krankheitsverlauf, erfolgt die Behandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie.“</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
92.	bpa	<p>Lebenserwartung „Tage oder wenige Wochen“ In Analogie hierzu muss die Voraussetzung einer Lebenserwartung von „Tagen, Wochen oder Monaten“ auch für die Verordnung der häuslichen Krankenpflege gelten und nicht – wie im vorliegenden Beschluss - „auf Tage oder wenige Wochen“ begrenzt werden.</p>	<p>Lebenserwartung „Tage oder wenige Wochen“ Des Weiteren wird ausgeführt, dass es sich um Patienten handeln muss, deren Lebenserwartung „auf Tage oder wenige Wochen“ begrenzt ist. Diese Formulierung ist unbestimmt und die Interpretation und Entscheidung darüber fällt damit allein in den Zuständigkeitsbereich des Arztes.</p> <p>Im Rahmen des EBM-Katalogs wurden im Oktober 2013 verschiedene Abrechnungsziffern für die allgemeinen palliativen Leistungen der Ärzte geschaffen. Sie sind berechnungsfähig „bei Patienten jeden Alters, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebens-</p>	Siehe lfd. Nr. 55	Siehe lfd. Nr. 55

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusentwurf
			erwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.“		
93.	bpa	<p>Ergänzende psychosoziale Begleitung „Sofern durch Patientinnen und Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst unterstützt werden.“</p> <p>Absatz 5 neu: Die palliative Pflege in der Häuslichkeit geht über die regulären Leistungen der häuslichen Krankenpflege hinaus. Sie umfasst den besonderen Aufwand, die zusätzlich erforderliche psychosoziale Betreuung und Begleitung des Betroffenen und seiner Angehörigen, die Sterbebegleitung sowie die Abstimmung mit den weiteren Beteiligten.</p>	<p>Ergänzende psychosoziale Begleitung Es wird ausgeführt: „Sofern durch Patientinnen und Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst unterstützt werden.“ In einigen Regionen sind keine hospizlichen Strukturen vorhanden. Die hospizliche Begleitung kann somit nicht flächen- und bedarfsdeckend sichergestellt werden. Inwieweit außerdem die Einbindung einer ehrenamtlichen Begleitung in den letzten Lebenstagen / Wochen gelingen kann, bleibt offen. Viele der Betroffenen möchten in dieser letzten Phase keine fremden Menschen um sich haben. Um die Versorgung bedürfnisgerecht zu organisieren –</p>	<p>Zur psychosoziale Begleitung und Begleitung Betroffener und Angehöriger siehe lfd. Nr. 68</p> <p>Zur Koordination: siehe lfd. Nr. 32</p>	<p>Zur psychosoziale Begleitung und Begleitung Betroffener und Angehöriger siehe lfd. Nr. 68</p> <p>Zur Koordination: siehe lfd. Nr. 32</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>mit oder ohne hospizlicher Begleitung – bedarf es einer koordinierenden Steuerung. Die Begleitung muss aus einer Hand erfolgen, die die benötigten Angebote koordiniert und die gewünschten Leistungserbringer in die Versorgung einbindet. Die Koordination muss anerkannt und in die Leistungsbeschreibung der „Palliativpflege“ aufgenommen werden. Zudem muss der Aspekt der psychosozialen Begleitung in die häusliche Krankenpflege integriert werden und darf nicht allein dem ehrenamtlichen Engagement überlassen werden – welches nicht allorts verfügbar ist. Die Pflegefachkräfte müssen sich mit der psychisch stark belastenden Situation auseinandersetzen und im Rahmen ihrer Tätigkeiten die Sorgen und Ängste der Betroffenen berücksichtigen. Aufgrund des bestehenden Vertrauensverhält-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusentwurf
			<p>nisses werden die Pflege- fachkräfte häufig um Rat o- der das Erfüllen letzter Wünsche gebeten. Auch bei den Angehörigen beste- hen viele Unsicherheiten, so dass sie ebenfalls die Unterstützung der Pflege- fachkräfte suchen. Im Rah- men der Positionsnummer Palliativpflege muss be- rücksichtigt werden, dass die behandlungspflegeri- schen Leistungen nicht wie bei einer kurativ ausgerich- teten Pflege abgearbeitet werden können. Die psy- chosozialen Probleme des Patienten und der Angehö- rigen dürfen nicht ignoriert werden. Es wird daher fol- gende Änderung vorge- schlagen:</p>		
94.	bpa	<p>„Die konkreten behandlungspfle- gerischen Interventionen sollen müssen mit ihrer jeweiligen Häufigkeit und Dauer auf der Verordnung angegeben wer- den.“</p>	<p>Im Beschluss heißt es: „Die konkreten behandlungspfle- gerischen Interventionen sollen auf der Verordnung angegeben werden.“ Dazu schlagen wir aufgrund der</p>	<p>Kenntnisnahme. Zur Kon- kretisierung erfolgt Ände- rung im Beschlusentwurf.</p>	<p>KBV, DKG und GKV- SV: Ja: In der Bemerkungs- spalte wurde der Satz</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>haftungsrechtlichen Vorga- ben folgende Änderung vor: [siehe Änderungsvorschlag] Ansonsten entsteht der Ein- druck, die behandlungspfle- gerischen Interventionen seien nicht zwingend auf der Verordnung einzutra- gen. Die Pflegekräfte sind aber auf die ärztliche An- o- der Verordnung angewie- sen, ohne diese dürfen sie die Leistungen und deren Häufigkeit und Inhalt nicht verändern. Die Einführung einer Komplexleistung ohne die explizite Benennung des Leistungsgegenstan- des wäre haftungsrechtlich fahrlässig. Suggestiert würde, dass die Leistung alle erforderlichen Einzel- leistungen umfasse. Erbrin- gen darf der Pflegedienst aber nur die konkret ange- ordnete Leistung. [...]</p>		<p>„Die konkreten be- handlungspflegeri- schen Interventionen sollen auf der Verord- nung angegeben wer- den.“ durch folgende Erläuterung ersetzt:</p> <p>„Die notwendigen be- handlungspflegeri- schen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Verordnung bekannt sind, sind auf der Ver- ordnung anzugeben. Die im Leistungsver- zeichnis festgelegten Empfehlungen zu „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ von Leistungen sind im Rahmen der Verord- nung der Leistungszi- fer Nr. 24a nicht zu beachten.“</p> <p>PatV:</p> <p>Ja: In der Bemer- kungsspalte wurde der Satz „Die konkreten behandlungspflegeri- schen Interventionen</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusentwurf
					<p>sollen auf der Verordnung angegeben werden.“ gestrichen und durch den Satz „Die notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Verordnung bekannt sind, sind auf der Verordnung anzugeben „sowie in § 3 Abs. 2 Satz 2 HKP RL folgender Satz angefügt:</p> <p>„Die im Leistungsverzeichnis festgelegten Empfehlungen zu „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ von Leistungen gelten grundsätzlich nicht bei palliativ indizierten Verordnungen. In diesen Fällen gelten die Empfehlungen zu „Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen“ der Leistungsziffer Nr. 24a.“</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
95.	bpa	<p>Konkrete behandlungspflegerische Interventionen „Die Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumentation zu vermerken.“</p>	<p>Konkrete behandlungspflegerische Interventionen PatV und GKV-SV sprechen sich dafür aus, folgenden Absatz zu ergänzen: „Die Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumentation zu vermerken.“ [siehe Änderungsvorschlag] Der bpa schließt sich der Auffassung der DKB und KBV an: der Absatz ist zu streichen. Aufgrund der aufgeführten haftungsrechtlichen Bedenken sind die konkreten behandlungspflegerischen Leistungen mit ihrer Häufigkeit und Dauer vom Arzt anzuordnen. Die Erbringung der Leistung erfolgt anhand der ärztlichen Verordnung und bedarf keiner gesonderten Dokumentation. Die behandlungspflegerischen Interventionen erfolgen auf Anweisung</p>	Siehe lfd. Nr. 69	Siehe lfd. Nr. 69

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			des Arztes und liegen nicht im Ermessensspielraum der Pflegekräfte.		
96.	DPWV	Diese Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten am Lebensende nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen. Bei intermittierenden Verläufen über mehrere Monate ist wiederholt die Leistung verordnungsfähig.	Zu Absatz 3: Es wird ausgeführt, dass diese Leistung bei Patientinnen und Patienten in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende verordnungsfähig ist, um den Verbleib in der Häuslichkeit zu gewährleisten. Palliativpatienten leiden zwar an einer unheilbaren, fortschreitenden Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung, befinden sich jedoch nicht unmittelbar im Sterbeprozess. Das Lebensende in einer guten wirksamen Palliativversorgung kann plötzlich eintreten, oder mit entsprechend stabilen und instabilen Phasen noch Monate auf sich warten lassen. Der Bedarf an AAPV ist daher weder auf wenige Tage noch auf maximal vier Wochen begrenzt. Dies hat der Gesetzgeber auch erkannt	Siehe lfd. Nr. 80	Siehe lfd. Nr. 80

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>und in der Gesetzesbegründung zum Hospiz- und Palliativgesetz zur AAPV in § 37 SGB V festgestellt, dass diese oftmals über mehrere Wochen bis Monate notwendig ist.</p> <p>Vor diesem Hintergrund ist die Begrenzung auf wenige Tage bzw. Wochen zu streichen. Ansonsten wird das gesetzliche Anliegen, mit Hilfe der AAPV die Beschwerden von Palliativpatienten wie Schmerzen, Übelkeit, Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Atemnot zu lindern um Lebensqualität bis zum Lebensende zu erreichen, vielfach verfehlt.</p> <p>Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen dynamischen Krankheitsentwicklungen ausgesetzt sind. Die psychischen als auch körperlichen Symptome schwanken während des Krankheitsverlaufs. Daher muss ein Anspruch auf</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusentwurf
			palliativpflegerische Leis- tungen über mehrere Mo- nate gesichert sein.		
97.	DGP	Nach „Sofern durch Patientin- nen oder Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisa- tion einer ergänzenden psycho- sozialen Begleitung durch einen „ambulanten Hospizdienst“ <u>Einfügen von:</u> „oder weiterer Hilfs- und Entlastenden Dienste wie beispielsweise den familien- entlastenden Dienst, bei der Be- teiligung von Jugendlichen und Kindern.“	Neben der psychosozialen Begleitung durch einen am- bulanten Hospizdienst kön- nen beispielsweise die un- terstützenden Leistungen des Jugendamtes von gro- ßer Bedeutung sein, sofern Kinder und Jugendliche zu den betroffenen Angehöri- gen gehören. Je nach individueller famili- ärer Situation können an- dere Unterstützungsange- bote wichtig werden. Durch die Nennung allein der am- bulanten Hospizdienste, werden die Einbeziehung dieser weiteren Dienste mit Hilfe- und Entlastungsange- boten ausgeschlossen. Dies ist nicht gerechtfertigt und wird den individuellen Bedarfslagen in der Pallia- tivversorgung nicht gerecht.	Grundsätzliche Zustim- mung. Daher erfolgt eine Öffnung im Beschluss durch die Ergänzung „z.B.“ vor den Worten „durch einen ambulanten Hospizdienst“	Ja: Ergänzung des Wor- tes „z.B.“ in der Be- merkungsspalte, vor- letzter Satz, vor den Worten „durch einen ambulanten Hospiz- dienst“.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusentwurf
98.	DGP	<p><i>Letzter Absatz:</i> „Diese Leistung umfasst alle im Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses <u>sowie alle weiteren notwendigen palliativ-pflegerischen Leistungen der Symptomlinderung sowie</u></p> <p><u>therapiebezogene Besprechungen mit dem verordnenden Arzt oder der verordnenden Ärztin, um so die Anpassung der Palliativversorgung in Anerkennung an den dynamischen Krankheitsverlauf und an die Besonderheiten des individuellen Einzelfalls, unter Einbeziehung der therapiebezogenen, palliativpflegerischen Beobachtungen, zu ermöglichen und sicher zu stellen.“</u></p>	<p>Siehe Begründungen zu I. „Zu 24a Leistungsbeschreibung“ und III. „Zusätzlicher Ergänzungsvorschlag“</p>	<p>Zur Symptomlinderung: siehe lfd. Nr. 29</p> <p>Zur Eingrenzung auf behandlungspflegerische Leistung: siehe Nr. 41</p> <p>Zur therapiebezogene Besprechungen: Leistungsinhalt der Leistungsziffer Nr. 24a ist auch die enge Abstimmung des Pflegedienstes mit dem behandelnden Arzt und damit auch die therapiebezogene Besprechung.</p>	<p>Zur Symptomlinderung: siehe lfd. Nr. 29</p> <p>Zur Eingrenzung auf behandlungspflegerische Leistung: siehe Nr. 41</p> <p>Zur therapiebezogene Besprechungen: Keine Änderung</p>
99.	DCV	<p><u>Ergänzungsvorschlag:</u></p> <p>„Bei intermittierenden Verläufen über mehrere Monate ist die</p>	<p>Der individuelle Verlauf einer Erkrankung, bei der die Behandlungsmaßnahmen die Linderung der schwankenden körperlichen und</p>	<p>siehe lfd. Nr. 80</p>	<p>siehe lfd. Nr. 80</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<i>Leistung wiederholt verord- nungsfähig“.</i>	<p>psychischen Symptome inner- halb des dynamischen Krankheitsverlaufes und nicht die Beseitigung der Erkrankung in den Mittel- punkt stellt, ist schwer vor- herzusehen. Gerade bei den nicht-onkologischen Er- krankungen ist der Krank- heitsverlauf oft sehr fluktu- ierend, dabei wechseln sich lange stabile Phasen mit plötzlich und zeitlich kaum vorhersehbaren auftreten- den Phasen akuter Ver- schlechterungen ab. Man- che Sterbeprozesse gehen über Monate und brauchen immer wieder eine palliativ- pflegerische Begleitung in unterschiedlicher Intensität, Dauer und Häufigkeit.</p> <p>Die Beschreibung der Lei- stung als einen regelmäßig begründeten Ausnahmefall für einen erforderlich längere Leistungsbezug von mehr als 4 Wochen halten wir nicht für ausreichend. Wir haben Sorge, dass es</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusssentwurf
			<p>bei nicht linear verlaufen- den Sterbeprozessen zu Problemen mit der Verord- nung in der Praxis kommen könnte. Maßnahmen der ambulanten palliativpflege- rischen Versorgung sollen – sofern die jeweiligen indivi- duellen Verordnungsvo- raussetzungen erfüllt sind – auch für nacheinander fol- gende, nicht zusammen- hängende Zeiträume ver- ordnet werden können. In Ergänzung der Ausführun- gen unter §5 Abs.3 der HKP-RL schlägt der Deut- sche Caritasverband daher vor, bei intermittierenden Verläufen die Verordnung dieser Leistung über meh- rere Monate hinweg zu er- möglichen.</p>		
100.	Deutscher Kinderhospiz- verein e.V.	24a die Bemerkungen auf Seite 2 wie folgt im ersten Absatz er- gänzen: „[...] die Lebenserwar- tung auf Tage oder wenige Wo- chen, bei Kindern auch auf Monate bzw. Jahre , limitiert ist.“	Bei den Krankheitsverläu- fen von Kindern mit lebens- verkürzenden Erkrankun- gen ist davon auszugehen, dass sie über Monate oder auch Jahre andauern kön- nen. In der Fachliteratur	Die palliativpflegerische Versorgung durch Leistun- gen der häuslichen Kran- kenpflege kann über Tage, Wochen, Monate und Jahre erfolgen. Das gilt auch für Kinder. Mit Blick auf die be- sonderen Konstellationen	Siehe lfd. Nr. 55

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusentwurf
			<p>und auch in weiteren Richt- linien sowie Stellungnah- men zur Hospiz- und Pallia- tivversorgung, wie auch den Begutachtungsempfeh- lungen des MDS, wird da- von ausgegangen, dass keine sicheren Aussagen über die Lebenserwartun- gen von Kindern mit le- bensverkürzenden Erkran- kungen getroffen werden können. Vor diesen Hinter- gründen sind die Bemer- kungen entsprechend mit einem Hinweis zu ergän- zen.</p>	<p>zur Verordnung der Nr. 24a s. Nr. 55.</p> <p>Ergänzend wird darauf hin- gewiesen, dass die vom Stellungnehmer gemeinten Fallkonstellationen heute mehrheitlich in der SAPV o- der der Intensivpflege im Sinne der Nr. 24 versorgt werden.</p>	
101.	Deutscher Kinderhospiz- verein e.V.	24a die Bemerkungen auf Seite 3 im zweiten Absatz wie folgt er- gänzen: „[...] einer ergänzenden psychosozialen Begleitung durch einen ambulanten Hospiz- dienst, bei Kindern in der Re- gel durch einen ambulanten Kinder- und Jugendhospiz- dienst , unterstützt werden.“	Die Begleitung von Kinder und Jugendlichen wird in der Regel durch ambulante Kinder- und Jugendhospiz- dienste geleistet, deren haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitar- beitern dafür gesondert be- fähigt sind.	Zustimmende Kenntnis- nahme. Die Anregung wird unter Berücksichtigung der Terminologie der Rahmen- vereinbarungen nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit übernommen.	Ja: In der Bemer- kungsspalte vorletzter Satz wird nach den Wörtern „durch einen ambulanten Hospiz- dienst“, die Wörter „o- der Kinderhospiz- dienst“ ergänzt.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusentwurf
102.	DPR	Ein Hinweis auf die Zusammen- arbeit zwischen den verschiede- nen Akteuren fehlt	<p>Die Versorgung von Pallia- tivpatientinnen und -patien- ten zeichnet sich durch Leis- tungen unterschiedlicher Akteure aus (häusliche Krankenpflege, einschließ- lich AAPV, SAPV, ambu- lante Pflege, Hausärz- tin/Hausarzt, spezialisierte Ärztin/Arzt, Betreuerin- nen/Betreuer, Ambulante- Hospiz-Helfer, Angehörige, Ehrenamtliche etc.). Diese Versorgungssituation schafft Schnittstellen wie auch Fragmentierungen und birgt zudem die Gefahr die Bedürfnisse und Wün- sche der Palliativpatientin- nen und -patienten aus dem Blick zu verlieren.</p> <p>Daher sind Konzepte not- wendig, die die verschiede- nen Akteure in ein gemein- sames Versorgungsnetz un- ter Berücksichtigung der Be- dürfnisse und Wünsche der Palliativpatientinnen und - patienten einbinden. Ein sol- ches Konzept ist die „Ge- sundheitliche Versorgungs- planung“ (Advance Care</p>	<p>Zu dem Aspekt Zusam- menarbeit: siehe lfd. Nr. 32 und 41</p> <p>Zu dem Aspekt Netzwerk- arbeit: Grundsätzlich ist die Netzwerkarbeit eine wich- tige Voraussetzung zur Ver- sorgung von Palliativpatien- ten. Pflegedienste, die Leis- tungen der Nr. 24a erbrin- gen möchten, sollten sich in einem Netzwerk beteiligen. Die vom Stellungnehmer beabsichtigten Änderungen können durch den G-BA in seiner Richtlinie aber nicht vorgegeben werden. (s. auch Nr. 52)</p>	<p>Zu dem Aspekt Zu- sammenarbeit: siehe lfd. Nr. 32 und 41</p> <p>Zu dem Aspekt Netz- werkarbeit: Siehe lfd. Nr. 52</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Planning, ACP). Dabei handelt es sich um einen Kommunikationsprozess zwischen der Palliativpatientin, dem Palliativpatienten und den professionellen Akteuren mit dem Ziel einen an der Patientin, dem Patienten orientierten Versorgungsprozess in den Mittelpunkt des Denkens und Handelns zu stellen.</p> <p>Zudem wäre eine Organisationsentwicklung in den jeweiligen Settings mit demselben Fokus für eine Zusammenarbeit notwendig, die sich durch Kooperation und Koordination der beteiligten Akteure auf Augenhöhe auszeichnet. Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung in Palliativ Care sind als Koordinatorinnen und Koordinatoren prädestiniert. Sie haben durch den zumeist länger bestehenden Kontakt zu den Patientinnen und Patienten einen umfassenden Blick für ihre Versorgungssituation im häuslichen Umfeld wie</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>auch für ihre Wünsche und Bedürfnisse. In dieser Funktion müssen Pflegefachpersonen entscheiden, wann Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in die Versorgung einbezogen werden.</p>		
103.	DRK	<p><u>Änderungsvorschlag:</u> Diese Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen. Bei intermittierenden Verläufen über mehrere Monate ist wiederholt die Leistung verordnungsfähig.</p>	<p>Zu Absatz 3: Es wird ausgeführt, dass diese Leistung bei Patientinnen und Patienten in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende verordnungsfähig ist, um den Verbleib in der Häuslichkeit zu gewährleisten.</p> <p>Der Sterbeprozess verläuft sehr unterschiedlich, oftmals intermittierend über Monate. Vor diesem Hintergrund führt die Gesetzesbegründung des Hospiz- und Palliativgesetzes hinsichtlich der Ergänzung des §37 SGB V auch aus, dass die allgemeine Palliativversorgung oftmals über mehrere</p>	Siehe lfd. 80	Siehe lfd. 80

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Wochen bis Monate notwendig ist.</p> <p>Das Deutsche Rote Kreuz spricht sich daher in solchen Fällen dafür aus, eine Verordnungsfähigkeit der Leistungen über mehrere Monate zu ermöglichen.</p>		
104.	Diakonie Deutschland	<p>Änderungsvorschlag zu Bemerkung Absätze 1 und 2. Diese sind wie folgt zu fassen: <i>„Die Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL ist für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen oder Patienten in jedem Alter verordnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden <u>und/oder</u> so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf <u>Tage oder wenige Wochen oder Monate gesunken limitiert</u> ist und unter anderem die Verbesserung von Symptomatik und</i></p>	<p>Die Beschränkung der Verordnungsfähigkeit auf die letzten Tage bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende ist zu eng gefasst und entspricht nicht den Erfordernissen einer Symptomkontrolle bei Palliativpatienten. Auch die Gesetzesbegründung zum Hospiz- und Palliativgesetz führt zu § 37 Absatz 2a SGB V aus, dass die Palliativversorgung oftmals über mehrere Wochen bis Monate notwendig ist. Analog der bei der Palliativversorgung geltenden ärztlichen Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 sowie der Vereinbarung zur</p>	Vgl. Nr. 81 und Nr. 55	Vgl. Nr. 81 und Nr. 55

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p><i>Lebensqualität, im Vordergrund stehen.</i> <i>Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Eine Erkrankung ist <u>weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen</u>.</i></p>	<p>Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V (vgl. § 2 Abs. 1 des Entwurfs der Vereinbarung zur Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V vom 20.07.2016), ist als Voraussetzung für die Verordnung einer nicht heilbaren Erkrankung vorauszusetzen, bei der die Behandlungsmaßnahmen als spezifisch palliativpflegerische Versorgung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten (s. Punkt 2 „Eckpunkte der Entscheidung“ der Tragen den Gründe zur HKP-RL) der Linderung der schwankenden körperlichen und psychischen Symptome innerhalb des dynamischen Krankheitsverlaufs, nicht zur Heilung der Erkrankung dienen. Bei der Definition der Lebenserwartung ist der Krankheitsverlauf nicht-onkologischer Erkrankungen zu würdigen. Obgleich deren körperliche Symptomlast mit derjenigen von</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Tumorpatientinnen und -pa- tienten vergleichbar ist, übersteigt nach Auffassung der Fachliteratur die psychi- sche Symptomlast häufig diejenige von Krebspatien- ten. Der individuelle Verlauf einer Erkrankung, bei der die Behandlungsmaßnah- men die Linderung der schwankenden körperlichen und psychischen Symp- tome innerhalb des dynami- schen Krankheitsverlaufs und nicht die Beseitigung der Erkrankung in den Mit- telpunkt stellt, ist schwer vorherzusehen. Gerade bei den nicht-onkologischen Er- krankungen ist der Krank- heitsverlauf oft sehr fluktu- ierend, dabei wechseln sich lange stabile Phasen mit plötzlich und zeitlich kaum vorhersehbaren auftreten- den Phasen akuter Ver- schlechterungen ab.</p> <p>Unserer Auffassung nach muss die Leistung Palliativ- pflege nach Nr. 24a auch verordnet werden können,</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			wenn nach Ermessen des Vertragsarztes die Lebens- erwartung bei Monaten liegt.		
105.	Diakonie Deutschland	Es ist ein neuer Absatz 3 einzu- fügen. <i>„Die Leistung kann auch für nacheinander folgende, nicht zusammenhängende Zeiträume bei intermittierenden Verläufen verordnet werden. Dabei kann auch die Beratung und Anlei- tung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkran- kung, die bei Bedarf auch wie- derholt erbracht werden kann, Gegenstand der Leistung sein.“</i>	Der Sterbeprozess verläuft sehr unterschiedlich, oft- mals intermittierend über Monate. Vor diesem Hinter- grund führt die Gesetzesbe- gründung des Hospiz- und Palliativgesetzes hinsicht- lich der Ergänzung in § 37 Absatz 2a SGB V auch aus, dass die allgemeine Pallia- tivversorgung oftmals über mehrere Wochen bis Mo- nate notwendig ist. Die Einfügung von Satz 2 im neuen Absatz 3 hier dient der Stärkung und der Aufrechterhaltung der häus- lichen Pflegearrangements insbesondere bei den Krankheitsverläufen, bei denen durch intermittie- rende Phasen eine fortlau- fende Palliativpflege ggf. nicht erforderlich ist. Die Schulung, Anleitung und	Zu den intermittierenden Verläufen: Siehe lfd. Nr. 80 Zu dem Aspekt Beratung und Anleitung: siehe lfd. Nr. 32 und 41	siehe lfd. Nr. 80, 32 und 41

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			Beratung gibt den An- und Zugehörigen Handlungssicherheit im Umgang mit palliativen häuslichen Pflegesituationen.		
106.	Diakonie Deutschland	<p>Änderungsvorschlag zu Bemerkung/Satz 6. Dieser ist wie folgt zu ergänzen: <i>„Sofern durch Patientinnen oder Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung <u>beispielsweise</u> durch einen ambulanten Hospizdienst, <u>den ambulanten Sozialdienst der Jugendhilfe oder weiterer Hilfs- und Entlastungsdienste</u> unterstützt werden.“</i></p>	<p>Neben der psychosozialen Begleitung beispielsweise durch einen ambulanten Hospizdienst können unterstützenden Leistungen des Jugendamts von großer Bedeutung sein, sofern Kinder und Jugendliche zu den betroffenen Angehörigen gehören.</p> <p>Je nach individueller familiärer Situation können andere Unterstützungsangebote wichtig werden. Durch die Nennung allein der ambulanten Hospizdienste, werden die Einbeziehung dieser weiteren Dienste mit Hilfe- und Entlastungsangeboten ausgeschlossen. Dies ist nicht gerechtfertigt und wird den individuellen Bedarfslagen in der Palliativversorgung nicht gerecht.</p>	<p>zur psychosozialen Begleitung: Siehe lfd. Nr. 97</p> <p>Dem Änderungsvorschlag wird grundsätzlich zugestimmt. Er ist bereits im Beschlussentwurf nachvollzogen worden, indem im Satz 6 der Bemerkungsspalte ein „z.B.“ ergänzt wurde. Die Formulierung lautet nun: „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.“ Siehe auch lfd. 101</p>	Siehe lfd. Nr. 97 und 101

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusentwurf
107.	DBfK	<p>Tragende Gründe 2. Eckpunkte der Entscheidung</p> <p>Der DBfK schlägt vor, die palliativpflegerische Versorgung auch jenen Patienten zugänglich zu machen, deren Lebenserwartung über die vorgesehene limitierte Dauer von Tagen oder wenigen Wochen hinausgeht.</p>	<p>Ziel der palliativpflegerischen Versorgung muss die Stabilisierung des Zustandes in einem komplexen Symptomgeschehen sein. Wir sehen eine große Gefahr, das „palliativ“ mit „sterbend“ gleichgesetzt wird, wobei die Einbindung von Palliativmedizin nachweislich die Lebenszeit verlängern kann (vgl. Themel Studie).</p> <p>Der Bedarf kann bereits Monate vor dem zu erwartenden Lebensende auftreten. Dies ist auch in der SAPV so anerkannt. Eine Beschränkung der AAPV auf Tage oder Wochen erklärt sich daher nicht. Ziel muss eine möglichst lange Versorgung des Patienten im Rahmen der AAPV sein. Aus unserer Sicht besteht keine Leistungskonkurrenz zwischen AAPV und Krankenhausbehandlung bzw. SAPV.</p>	Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>AAPV muss daher über einen unbeschränkten Zeitraum verordnungsfähig sein, wenn eine nicht mehr heilbare, fortschreitende bzw. weit fortgeschrittene Erkrankung vorliegt, bei der durch AAPV eine befriedigende Symptomkontrolle erreicht werden kann.</p>		
108.	DBfK	<p>Tragende Gründe 2.3.1 Verordnungsvoraussetzungen</p> <p>Ein Ausschluss der Leistungen der SAPV kann nicht durch eine Versorgung im Rahmen der AAPV Ziel einer bestmöglichen Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung in der letzten Lebensphase sein.</p>	<p>Der DBfK sieht gerade in der Schnittstelle zwischen SAPV und AAPV die Möglichkeit, Patienten entsprechend all ihrer Bedarfe und Bedürfnisse zu versorgen. Zum jetzigen Zeitpunkt werden die Dienste der SAPV, entsprechend der landesrechtlichen Vertragsregelungen, zum Teil nur beratend tätig und unterstützen so die ambulanten Pflegedienste. Mit der Einführung der AAPV schließt der Gesetzgeber die notwendige Lücke für jene Patienten, die entweder eine palliative Symptomkontrolle benötigen aber die Voraussetzungen für SAPV nicht erfüllen</p>	<p>Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>oder zusätzlich zur SAPV-Beratung einen anderen bzw. höheren Versorgungsaufwand benötigen. Daher muss sehr wohl berücksichtigt werden, dass Dienste im Rahmen der SAPV auch bei jenen Patienten beratend tätig werden, die bereits im Rahmen der AAPV versorgt werden.</p>		

B-6.1.6 Stellungnahmen zur Änderung des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL: Ergänzung Nummer 24a – Dauer und Häufigkeit d.M.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlusssentwurf
109.	APH	Nr. III „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme - Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage“ ist zu streichen.	Die Vorgabe der Notwendigkeit von Verordnungen im 14-Tage-Rhythmus konterkariert die Einfügung unter Nr. II; wenn regelmäßig von einer Einsatzdauer von über vier Wochen auszugehen ist, ist ein Ausstellen von Verordnungen im 14-Tage-Rhythmus weder nötig noch wirtschaftlich.	Zum Aspekt Erst und Folgeverordnung: In den Vorbemerkungen zur Anlage der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie wird ausgeführt, dass es sich bei der angegebenen Verordnungsdauer um Empfehlungen für den Regelfall handelt, von der in begründeten Fällen auch abgewichen werden kann. Die 14-tägige Verordnungsdauer soll darüber hinaus auch der Überprüfung dienen, ob die Versorgung im Rahmen der HKP-Richtlinie ausreichend ist.	Keine Änderung
110.	AWO	Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage; bis zu 6x/tgl.	Ausgeführt wird, dass die Erstverordnung und die Folgeverordnungen bis zu 14 Tage ausgestellt werden können. Offen bleibt, wie oft	<u>Zum Aspekt Erst und Folgeverordnung:</u> Siehe lfd. Nr.109 Zum Aspekt „Häufigkeit“:	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>am Tag die Komplexleistung verordnungsfähig ist.</p> <p>Der AWO Bundesverband spricht sich dafür aus, dass mehrfach diese Leistung am Tag zur Verfügung steht. Wir gehen von einer Versorgungsnotwendigkeit bis zu 6x/ Tag aus.</p>	<p>Der G-BA hat bewusst auf eine Eingrenzung in Bezug auf Häufigkeit verzichtet. Damit soll der erforderlichen flexiblen Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten gerecht werden.</p> <p>Siehe auch Kapitel 2.3.3.1 „Leistungsumfang“ in den Tragenden Gründen</p>	
111.	AWO	<p>Tragende Gründe 2.3.5 Dauer und Häufigkeit der Maßnahme Änderungsvorschlag Erstverordnung und Folgeverordnungen sind bis zu 14 Tage verordnungsfähig, bis zu 6x/ Tag.</p>	<p>Wie zum Beschlussentwurf bereits ausgeführt erfolgt keine Regelung wie oft am Tag die Komplexleistung verordnungsfähig ist. Der AWO Bundesverband spricht sich dafür aus, dass mehrfach diese Leistung am Tag zur Verfügung steht. Wir gehen von einer Versorgungsnotwendigkeit bis zu 6x/ Tag aus</p>	<p><u>Zum Aspekt Erst und Folgeverordnung:</u> <u>Siehe lfd. Nr.109</u></p> <p>Zum Aspekt Häufigkeit: siehe: lfd. Nr.110</p>	Siehe lfd. Nr. 109 und 110
112.	BHK	<p>Ist am Ende wie folgt zu ergänzen: „Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage; „bei Kindern und Jugendlichen auch</p>	<p>Unter Berücksichtigung der Lebenserwartungen von Kindern mit</p>	<p>Bei Kindern und Jugendlichen ist eine besondere Versorgung notwendig. Aus diesem Grund ist es gerade bei dieser Patientengruppe</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<i>darüber hinaus.</i> “	<p>lebenslimitierenden Erkrankungen und unter Berücksichtigung</p> <p>der diesbezüglichen Krankheitsverläufe müssen Erst- bzw.</p> <p>Folgeverordnungen auch weit über 14 Tage hinaus verordnungsfähig sein, da nur so den besonderen Belangen von</p> <p>Kindern und Jugendlichen Rechnung getragen werden kann.</p>	<p>wichtig, dass eine engmaschige Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt stattfindet. In den Vorbemerkungen zur Anlage der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie wird ausgeführt, dass es sich bei der angegebenen Verordnungsdauer um Empfehlungen für den Regelfall handelt, von der in begründeten Fällen auch abgewichen werden kann. Die 14-tägige Verordnungsdauer soll darüber hinaus auch der Überprüfung dienen, ob die Versorgung im Rahmen der HKP-Richtlinie ausreichend ist.</p>	
113.	bpa	<p>Erst- und Folgeverordnungen bis zu vier Wochen.</p> <p>Die Häufigkeit und Dauer der einzelnen erforderlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen sind auf der Verordnung anzugeben.“</p>	<p>Laut der Dauer und Häufigkeit der Maßnahme wird von 14 Tagen ausgegangen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat jedoch im § 37 Abs. 2a SGB V explizit festgelegt, dass bei Leistungen der ambulanten Palliativversorgung die häus-</p>	Siehe lfd. Nr.109	Siehe lfd. Nr. 109

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>liche Krankenpflege regelhaft für einen längeren Zeitraum als vier Wochen zu bewilligen ist. Diese Maßgabe muss umgesetzt und berücksichtigt werden. Der Verlauf der Sterbephase ist nicht vorherzusagen und sollte nicht durch zu kurze Verordnungsdauern beschränkt werden. Diese stellen zudem eine psychische Belastung für die Betroffenen und Angehörigen dar, da die kurze Verordnungsdauer ein baldiges Ableben des Betroffenen suggeriert.</p>		
114.	DPWV	Erstverordnung bis zu 28 und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage; situativ/mehrfach täglich	<p>Eine Begrenzung der Verordnungsfähigkeit auf maximal 14 Tage ist aufgrund der besonderen Lebenssituation der Palliativpatienten nicht sachgerecht und erhöht unnötigerweise den Bürokratieaufwand. Wie der G-BA in den tragenden Gründen (unter 2.3.3.1)</p>	Siehe lfd. Nr.109	Siehe lfd. Nr. 109

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			ausführt, muss es sich hier- bei um eine Leistung han- deln, die flexibel – situativ auch mehrfach täglich- erbracht werden kann. Dies ist im Leistungsverzeichnis klar- zustellen.		
115.	DCV	<u>Änderungsvorschlag:</u> Die Worte „ <i>Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage</i> “ ist zu streichen; „ <i>bis zu 6x/tgl.</i> “ ist einzufügen.	Wenn Palliativpflege nur ver- ordnungsfähig ist, wenn die Lebenserwartung auf wenige Tage oder wenige Wochen limitiert ist (vgl. Tragende Gründe Pkt. 2.3.3.1 Leis- tungsumfang), bedarf es kei- ner zusätzlichen Befristung der Verordnung oder Folge- verordnung. Dies würde zu einem situativ nicht ange- messenen bürokratischen Aufwand führen. Zudem ist es sterbenden Menschen und ihren Angehörigen nach Ansicht des Deutschen Cari- tasverbandes nicht zuzumu- ten, die jeweiligen Verord- nungen und Folgeverordnun- gen jeweils noch zu unter- schreiben und beim Arzt für	Zum Aspekt Erst und Folgeverordnung: Siehe lfd. Nr.109 Zum Aspekt Häufigkeit siehe: lfd. Nr.110	Siehe lfd. Nr. 109 und 110

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>eine rechtzeitige Folgever- ordnung zu sorgen. Es fehlt außerdem eine Be- schreibung, wie häufig am Tag die Leistung Palliativ- pflege verordnungsfähig ist. In den einzelnen Bundeslän- dern existieren im Bereich der häuslichen Kranken- pflege unterschiedliche For- men der Leistungserbrin- gung und Abrechnung. In manchen Bundesländern wurden die einzelnen Leis- tungen der Häuslichen Kran- kenpflege zu unterschiedli- chen Leistungskomplexen zusammengefasst. In ande- ren Bundesländern werden die Leistungen nach wie vor einzeln erbracht und abge- rechnet. Um diesen unter- schiedlichen Gegebenheiten gerecht zu werden, soll die Leistung Palliativpflege bis zu sechsmal täglich verord- nungsfähig und abrechenbar sein.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
116.	DHPV	<i>Änderungsvorschlag:</i> „Erstverordnung und Folgever- ordnungen in der Regel bis zu 4 Wochen “	Gemäß Artikel 1 Nummer 2 HPG hat der Gesetzgeber ausdrücklich geregelt, dass die Leistungen der ambulanten Palliativversorgung in der Regel einen begründeten Ausnahmefall im Sinne von § 37 Absatz 1 Satz 5 SGB V darstellen. Da auch nach Auf- fassung des Gesetzgebers „die allgemeine Palliativver- sorgung oftmals über meh- rere Wochen bis Monate not- wendig ist, kann die ambu- lante Palliativversorgung als Leistung der häuslichen Krankenpflege auch nach Absatz 1 über einen Zeitraum von mehr als vier Wochen verordnet werden...“. (BT- Drucksache 18/5170, S. 24). Damit wird der Versorgungs- situation Rechnung getragen und der bürokratische Auf- wand auf das Notwendige begrenzt.	Siehe lfd. Nr.109	Siehe lfd. Nr. 109
117.	Deutscher Kinderhospiz- verein e.V.	Dauer und Häufigkeit der Maß- nahme: „Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14	Unter Berücksichtigung der Krankheitsverläufe von Kin- dern, die über Monate und Jahre gehen können, wäre	Siehe lfd. Nr. 112	Siehe lfd. Nr. 112

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		Tagen, bei Kindern auch darüber hinaus “	eine Erweiterung der Dauer der Erstverordnungen und Folgeverordnungen über die hier beschriebenen 14 Tage hinaus, dringend geboten, um unnötigen Sachaufwand, insbesondere für die belasteten Familien, zu vermeiden.		
118.	DPR		Der DPR empfiehlt aufgrund entsprechender Erfahrungen aus der Versorgungspraxis die Dauer der Erstverordnung und Folgeverordnungen von 14 auf 21 Tage auszuweiten. Damit wäre auch ein Beitrag zum Abbau von Bürokratie geleistet.	Siehe lfd. Nr. 109	Siehe lfd. Nr. 109
119.	DRK	<u>Änderungsvorschlag:</u> Erstverordnung bis zu 28 und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage; Verordnungshäufigkeit der Maßnahme bis zu 6x/ Tag	Aufgrund der besonderen Lebenssituation in der Palliativversorgung sollte die Verordnungsdauer bei einer HKP-Erstverordnung nicht auf 14 Tage begrenzt, sondern auf 28 Tage verlängert werden. Mit der Verlängerung der Erstverordnung ginge ein	Zum Aspekt Erst und Folgeverordnung: Siehe lfd. Nr.109 Zum Aspekt „Häufigkeit“ siehe: lfd. Nr.110	Siehe lfd. Nr. 109 und 110

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Bürokratieabbau für den verordnenden Arzt bzw. für die verordnende Ärztin einher. Auch die Einbeziehung anderer, notwendiger Partner im Netzwerk zur häuslichen Versorgung wäre für eine Zeitperspektive von 28 statt 14 Tagen leichter möglich.</p> <p>Eine Verordnungshäufigkeit von bis zu 6x/ Tag sehen wir als adäquat an.</p>		
120.	Diakonie Deutschland	<p>Diese ist wie folgt zu fassen: <i>„Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage <u>Erst- und Folgeverordnungen in der Regel bis zu 6 x tgl.</u>“</i></p>	<p>Maßnahmen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung können – sofern die jeweiligen individuellen Verordnungsvoraussetzungen erfüllt sind – für nacheinander folgende Zeiträume verordnet werden.</p> <p>Offen bleibt, wie oft am Tag die Leistung verordnungsfähig ist.</p> <p>Können die genannten Voraussetzungen bei erstmaliger Verordnung von Leistungen der Palliativpflege nicht</p>	<p>Zum Aspekt Erst und Folgeverordnung: Siehe lfd. Nr.109</p> <p>Zum Aspekt Häufigkeit: siehe lfd. Nr.110</p>	Siehe lfd. Nr. 109 und 110

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>eingeschätzt werden, ist zu- nächst eine Erstverordnung über einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen zur Festigung der Einschätzung möglich. Eine Begrenzung der Ver- ordnungsdauer bei den Folgeverordnungen halten wir nicht für sachgerecht. Die Entscheidung über Dauer, Häufigkeit und Verordnungsfähigkeit einer Maßnahme ist von der/dem verordnenden Vertragsärztin bzw. -arzt, orientiert an den erforderlichen individuellen Therapieerfordernissen zu treffen und zu verantworten.</p> <p>Wir sprechen uns dafür aus, dass diese Leistung mehrfach am Tag zur Verfügung steht. Wir gehen von einer Versorgungsnotwendigkeit in der Regel von bis zu 6 x /Tag aus.</p>		
121.	VDAB	Der Zusatz unter Dauer und Häufigkeit der Maßnahme	Unter Dauer und Häufigkeit der Maßnahme wurde im	siehe lfd. Nr. 109	Siehe lfd. Nr. 109

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>(„Erstverordnung und Folgever- ordnung bis zu 14 Tage“) ist aus der Beschreibung der HKP- Leistung im Entwurf für die HKP-RiL zu streichen.</p>	<p>Entwurf jedoch aufgenom- men: „Erstverordnung und Folgeverordnung bis zu 14 Tage“. Dies steht unseres Erachtens im Widerspruch zur Festlegung, dass regel- mäßig eine Ausnahme im Falle der Belange von Pallia- tivpatientinnen und –patien- ten im Rahmen der häusli- chen Krankenpflege vorläge. Davon ausgehend, dass vor- liegend die Verordnungsfä- higkeit von Palliativpflege, spricht die Behandlung von schwerstkranken sterbenden Patientinnen und Patienten, in der HKP-RiL geregelt wer- den soll, erscheint ein solch hoher und wiederkehrender bürokratischer Aufwand – Antragstellung und Geneh- migungsverfahren – nicht nur überflüssig, sondern be- rücksichtigt auch nicht die Situation dieser Patientinnen und Patienten.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Einem im Sterben befindlichen Menschen, beziehungsweise dessen Angehörigen, darf nicht zugemutet werden, dass er ständig neue Anträge stellen muss und nicht sicher sein kann, dass die Kosten für diese Leistungen auch übernommen werden. Es ist <u>nicht</u> davon auszugehen, dass die bürokratische Genehmigungs- bzw. Ablehnungspraxis der Krankenkassen sich in diesen Fällen ändern wird.</p> <p>Diesem kann auch nicht entgegengehalten werden, dass in der Begründung zum Beschlussentwurf auf Seite 6 unter 2.3.5 angemerkt wurde, es handele sich bei den Angaben um den Regelfall, von welchem in begründeten Fällen Ausnahmen zulässig wären.</p> <p>Es soll sich bei der Palliativversorgung gerade nicht um einen Regelfall im Sinne der</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			Leistungen nach der HKP- RiL handeln, sondern um einen regelmäßig begründeten Ausnahmefall. Sofern die vorgesehene Regelung in der Richtlinie festgeschrieben ist, ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen von dieser auch regelmäßig Gebrauch machen. Diesem Verwaltungshandeln ist schon von Beginn an vorzubeugen.		
122.	AWO	Tragende Gründe 2.3.3.1 Leistungsumfang Dissens – Darstellung in der Tabelle Der AWO Bundesverband unterstützt die Textvariante des GKV-SV / KBV sowie der Patientenvertretung.	Den von der DKG eingefügten Satz mit einer beispielhaften Darstellung halten wir für nicht notwendig.	Siehe lfd. Nr. 36	Siehe lfd. Nr. 36
123.	DRK	Tragende Gründe 2.3.5 Dauer und Häufigkeit der Maßnahme Änderungsvorschlag Erstverordnung bis zu 28 und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage; Verordnungshäufigkeit der Maßnahme bis zu 6x/ Tag	Mit der Verlängerung der Erstverordnung ginge ein Bürokratieabbau für den verordnenden Arzt bzw. für die verordnende Ärztin einher. Auch die Einbeziehung anderer, notwendiger Partner im Netzwerk zur häuslichen	Zum Aspekt Erst und Folgeverordnung: Siehe lfd. Nr.109 Zum Aspekt Häufigkeit: siehe lfd. Nr.110	Siehe lfd. Nr. 109 und 110

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			Versorgung wäre für eine Zeitperspektive von 28 statt 14 Tagen leichter möglich. Eine Verordnungshäufigkeit von bis zu 6x/ Tag sehen wir als adäquat an.		
124.	Diakonie Deutschland	<p>Tragende Gründe 2.3.5 Dauer und Häufigkeit der Maßnahme</p> <p>Änderungsvorschlag: „<u>Erstverordnungen und Folgeverordnungen sind bis zu 14 Tage verordnungsfähig.</u> <u>Erst- und Folgeverordnungen sind in der Regel bis zu 6 x tgl. verordnungsfähig</u>“</p>	<p>Wie zum Beschlussentwurf bereits ausgeführt, erfolgt keine Regelung wie oft am Tag die Leistung verordnungsfähig ist.</p> <p>Die Diakonie Deutschland spricht sich dafür aus, dass diese Leistung mehrfach am Tag zur Verfügung steht. Wir gehen von einer Versorgungsnotwendigkeit bis zu 6 x/Tag aus. Außerdem ist unserer Auffassung nach nur die Dauer der Erstverordnung zu regeln.</p>	<p>Zum Aspekt Erst und Folgeverordnung: Siehe lfd. Nr.109</p> <p>Zum Aspekt „Häufigkeit“ siehe: lfd. Nr.110</p>	Siehe lfd. Nr. 109 und 110
125.	DBfK	Dauer und Häufigkeit in der Leistungsbeschreibung Nr. 24a muss einer uneingeschränkten Leistungsdauer entsprechen.	Da die Leistungsdauer zeitlich unbeschränkt sein muss, ist eine Einschränkung der Erst- und Folgeverordnungen auf Zeiträume von jeweils 14	siehe lfd. Nr. 109	Siehe lfd. Nr. 109

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>Tagen ein unzumutbarer Bürokratieaufwand ohne Nutzen. Da es zukünftig keiner Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit durch den MDK bei Vorliegen der Voraussetzungen bedarf, muss eine Verordnung bis zum Lebensende ohne zeitliche Begrenzung möglich sein. Es ist regelhaft von einem Ausnahmefall auszugehen. Von daher ist der bürokratische Aufwand auf ein Minimum zu reduzieren.</p>		

B-6.1.7 Stellungnahmen zur Änderung des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL: Ergänzung Nummer 24a – Sachverzeichnis

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
126.	AWO	Im Sachverzeichnis wird nach der Zeile „Orthesen, An- und ablegen Siehe Körperpflege Nr. 4“ eine neue Zeile eingefügt. Die AWO spricht sich für die Aufnahme des Wortes: „Palliativpflege“ aus.	In Anlehnung an unsere Stellungnahme zu „Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung Hier: Titel der Leistung“ ist auch im Sachverzeichnis der Wortlaut „Palliativpflege“ aufzunehmen.	Siehe lfd. Nr. 27	Siehe lfd. Nr. 27
127.	DPW	Im Sachverzeichnis wird nach der Zeile „Orthesen, An- und ablegen Siehe Körperpflege Nr. 4“ eine neue Zeile eingefügt. Der Paritätische spricht sich für die Aufnahme des Wortes: „Palliativpflege“ aus.	Entsprechend unserer Stellungnahme zu „ Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung ist auch im Sachverzeichnis der Wortlaut „Palliativpflege“ aufzunehmen.	Siehe lfd. Nr. 27	Siehe lfd. Nr. 27
128.	DRK	Im Sachverzeichnis wird nach der Zeile „Orthesen, An- und ablegen Siehe Körperpflege Nr. 4“ eine neue Zeile eingefügt. Das Deutsche Rote Kreuz spricht sich für die Aufnahme des Wortes: „Palliativpflege“ aus.	In Anlehnung an unsere Stellungnahme zu „ Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung Hier: Titel der Leistung“ ist auch im Sachverzeichnis der Wortlaut „Palliativpflege“ aufzunehmen.	Siehe lfd. Nr. 27	Siehe lfd. Nr. 27.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
129.	Diakonie Deutschland	<p>Im Sachverzeichnis wird nach der Zeile „Orthesen, An- und Ablegen siehe Körperpflege Nr. 4“ eine neue Zeile eingefügt.</p> <p>Die Diakonie Deutschland spricht sich für die Aufnahme des Wortes: „Palliativpflege“ aus.</p>	<p>In Anlehnung an unsere Stellungnahme zu „Beschlussentwurf“ III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung ist auch „Palliativpflege“ als Titel der Leistung in das Sachverzeichnis aufzunehmen.</p>	Siehe lfd. Nr. 27	Siehe lfd. Nr. 27

B-7 Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 16. November 2016 eingeladen.

B-7.1 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerfO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerfO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 16. November 2016 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede / Titel / Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V:							
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)	Frau Claudia Pohl Referentin	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.)	Frau Melanie Toboll Referentin	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Frau Dr. Leonie Mallmann Referentin	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V. (DBfK)	Frau Maria Krause Referentin	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Caritasverband e. V (Caritas)	Frau Elisabeth Frischhut Referentin	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V (Diakonie)	Frau Erika Stempfle Referentin	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Organisation/ Institution	Anrede / Titel / Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Organisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung gemäß § 92 Absatz 7 Satz 1 Nr. 5 i. V. m Absatz 7 Satz 2 SGB V:							
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)	Frau Katja Goudinoudis Vorstand	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Michaela Hach Sprecherin Sektion Pflege	ja	ja	nein	nein	nein	nein
Deutscher Hospiz- und Pallia- tivVerband e.V.	Herr Prof. Dr. Winfried Har- dinghaus Vorsitzender	ja	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Christina Bethke- Meltendorf Assistentin der Geschäftsführung	ja	ja	ja	nein	nein	nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

B-7.2 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (s. 1. Kapitel § 12 Abs. 3 Satz 4 VerfO).

B-8 Würdigung der Stellungnahmen

Vor Entscheidungen des G-BA über die Änderung der Häusliche Krankenpflege Richtlinie wird nach gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V, gemäß § 92 Absatz 7 Satz 1 Nr. 5 i. V. m Absatz 7 Satz 2 SGB V sowie 1. Kapitel § 8 Absatz 1 lit. a) VerFO den hierzu berechtigten Organisationen und nach § 91 Abs. 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung gegeben. Die Stellungnahmen werden in die Entscheidung einbezogen.

Der G-BA hat die schriftlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation in Abschnitt B dokumentiert.

Nach Auffassung des G-BA ergeben sich aus den Stellungnahmen folgende begründete Änderungsvorschläge in Bezug auf die geplante Erstfassung der Änderung der Häusliche Krankenpflege Richtlinie:

In der Nummer 24a werden folgende Änderungen vorgenommen:

- „Der Name der Leistung wird wie folgt gefasst: „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“.
- In der Spalte Leistungsbeschreibung wird der 3. Spiegelstrich um den Zusatz „akuten Angstzuständen“ ergänzt.
- In der Spalte Leistungsbeschreibung wird Satz 2 wie folgt neu gefasst: „Die Leistung Nr. 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben dieses Leistungsverzeichnisses.“
- In der Spalte Bemerkung wird in Satz 1 statt der Formulierung „Die Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL“ folgende Formulierung zur Einleitung verwendet: „Diese Leistung“.
- In der Spalte Bemerkung wird der Satz „Die konkreten behandlungspflegerischen Interventionen sollen auf der Verordnung angegeben werden“ gestrichen.
- In der Spalte Bemerkung werden folgende Sätze eingefügt: „Die Leistung der Symptomkontrolle umfasst sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen. Die notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Verordnung bekannt sind, sind auf der Verordnung anzugeben.“
- In der Spalte Bemerkung wird folgender Satz eingefügt: „Die im Leistungsverzeichnis festgelegten Empfehlungen zu „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ von Leistungen sind im Rahmen der Verordnung der Leistungsziffer Nr. 24a nicht zu beachten.“
- In der Spalte Bemerkung werden vor den Worten „durch einen ambulanten Hospizdienst“ die Wörter „z.B.“ ergänzt und nach den Worten „durch einen ambulanten Hospizdienst“ die Worte „oder Kinderhospizdienst“ ergänzt.
- „In der Spalte Bemerkung werden folgende Sätze gestrichen: „Neben der Leistung Nr. 24a können andere behandlungspflegerische Leistungen nur dann zusätzlich verordnet werden, wenn diese Leistungen aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht zeitgleich im Rahmen der Nr. 24a erbracht werden können. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen“.
- In der Spalte Bemerkung wird der Satz „Die Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumentation zu vermerken“ gestrichen.

Im Übrigen hat sich kein weiterer inhaltlicher Änderungsbedarf aus den Stellungnahmen für die Änderung der Richtlinie ergeben.

B-9 Anhang: Stellungnahmen

B-9.1 Schriftliche Stellungnahmen

Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

AWO Bundesverband e.V.	
29.07.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung Hier: Titel der Leistung</p> <p>Der AWO Bundesverband spricht sich bei der Benennung der neuen Leistung Nr. 24a im Leistungsverzeichnis unter Leistungsbeschreibung für den Begriff „Palliativpflege“ aus.</p> <p>Die Position des GKV-SV wird abgelehnt.</p>	<p>Wir sehen den Zusatz „Komplexleistung“ als nicht erforderlich an. Im Titel wird die Leistung benannt. Eine weitere inhaltliche Information im Titel ist nicht erforderlich. Zudem geben die Ausführungen in der Leistungsbeschreibung unmissverständlich wieder, dass diese Leistung alle entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses im Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen umfasst. Weitere Ausführungen hierzu sind unter „Bemerkungen“.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Dauer und Häufigkeit der Maßnahme</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage; bis zu 6x/tgl.</p>	<p>Ausgeführt wird, dass die Erstverordnung und die Folgeverordnungen bis zu 14 Tage ausgestellt werden können. Offen bleibt, wie oft am Tag die Komplexleistung verordnungsfähig ist.</p> <p>Der AWO Bundesverband spricht sich dafür aus, dass mehrfach diese Leistung am Tag zur Verfügung steht. Wir gehen von einer Versorgungsnotwendigkeit bis zu 6x/ Tag aus.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Bemerkung</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Diese Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der</p>	<p>Zu Absatz 3: Es wird ausgeführt, dass diese Leistung bei Patientinnen und Patienten in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende verordnungsfähig ist, um den Verbleib in der Häuslichkeit zu gewährleisten.</p> <p>Der Sterbeprozess verläuft sehr unterschiedlich, oftmals intermittierend über Monate. Vor diesem Hintergrund führt die Gesetzesbegründung des Hospiz- und Palliativgesetzes hinsichtlich der Ergänzung des §37 SGB V auch aus, dass die allgemeine Palliativversorgung oftmals über mehrere Wochen bis Monate notwendig ist.</p> <p>Da sich aus der Formulierung des dritten Absatzes die Frage</p>

AWO Bundesverband e.V.	
29.07.2016	
<p>verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen. Bei intermittierenden Verläufen über mehrere Monate ist wiederholt die Leistung verordnungsfähig.</p>	<p>nach der Anzahl der Wochen bzw. die Möglichkeit der Verordnung dieser Leistung bei intermittierenden Verläufen stellt, schlägt der AWO Bundesverband eine Erweiterung des Absatzes vor. Aus unserer Sicht ist die Ausführung unter §5 Abs.3 der HKP-RL nicht ausreichend, der den regelmäßig begründeten Ausnahmefall für einen erforderlich längeren Leistungsbezug als 4 Wochen ausführt.</p>
<p>Beschlussentwurf VI Sachverzeichnis</p> <p>Im Sachverzeichnis wird nach der Zeile „Orthesen, An- und ablegen Siehe Körperpflege Nr. 4“ eine neue Zeile eingefügt.</p> <p>Die AWO spricht sich für die Aufnahme des Wortes: „Palliativpflege“ aus.</p>	<p>In Anlehnung an unsere Stellungnahme zu „Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung“ Hier: Titel der Leistung“ ist auch im Sachverzeichnis der Wortlaut „Palliativpflege“ aufzunehmen.</p>
<p>Tragende Gründe 2.2. Änderung in §5 Abs.3 HKP-RL <u>Änderungsvorschlag:</u> Werden Leistungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 SGB V verordnet, so ist in Bezug auf die gesetzliche Befristung der Leistungsdauer auf vier Wochen regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall für einen erforderlichen längeren Leistungsbezug anzunehmen. Bei intermittierenden Verläufen über mehrere Monate ist wiederholt die Leistung</p>	<p>In den Ausführungen in den Tragenden Gründen zur Leistungsdauer der Palliativpflege ist der Sachverhalt des regelmäßig begründeten Ausnahmefalls aufzunehmen. Aus Sicht der AWO sollten die Ausführungen der zweiten Tabelle miteinander kombiniert werden. Zum einen ist es richtig, in den Tragenden Gründen die gesetzlichen Bestimmungen aufzunehmen. Zum anderen unterstützen wir den Formulierungsvorschlag der Patientenvertretung ausdrücklich. Aus unserer Sicht ist darauf hinzuweisen, dass auf eine regelhafte Prüfung durch den MDK bei Palliativpatienten verzichtet werden sollte.</p> <p>Unser Vorschlag zieht beide Aussagen zusammen. Bei der Verordnung haben wir den direkten Bezug zur neuen Leistung Palliativpflege hergestellt (im Vorschlag rot gekennzeichnet).</p> <p>Des Weiteren sehen wir es als erforderlich an, an dieser Stelle weitere Ausführungen zu intermittierenden Verläufen im Sterbeprozess aufzunehmen.</p>

AWO Bundesverband e.V.	
29.07.2016	
<p>verordnungsfähig. Um die häusliche Pflegesituation von Palliativpatienten nicht zusätzlich zu belasten, soll – bei einer Verordnung von Nr.24a der HKP-RL gem. § 37 Abs. 1 SGB V – regelhaft auf eine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V verzichtet werden. Davon unbenommen gilt in begründeten Ausnahmefällen § 275 SGB V.</p>	
<p>Tragende Gründe 2.3.2 Durchführung der Maßnahmen</p> <p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p> <p>Streichung des Textvorschlags von GKV-SV und DKG</p>	<p>Unter „Durchführung von Maßnahmen“ weisen der GKV-SV und die DKG auf Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende hin. Es wird ausgeführt, dass diese Grundsätze den Pflegekräften bekannt sein müssen und sofern nicht, hierzu Fort- und Weiterbildungsangebote zu nutzen sind.</p> <p>Diesen Passus halten wir für unangemessen. Es bedarf keiner Aufnahme von Hinweisen zur Sicherstellung der Fachlichkeit von Pflegekräften! Wir stellen die Fachlichkeit von Ärzten im Rahmen von Regelungen auf der Bundesebene auch nicht in Frage.</p> <p>Die Ausführungen der HKP-Richtlinie haben zum Ziel die <u>Verordnung</u> häuslicher Krankenpflege, deren <u>Dauer</u> und deren <u>Genehmigung</u> durch die Krankenkassen sowie die <u>Zusammenarbeit</u> der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit den die häusliche Krankenpflege durchführenden ambulanten Pflegediensten und den Krankenhäusern zu regeln. Festlegungen zu Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung sind für alle beteiligten Berufsgruppen an anderen Stellen verortet.</p> <p>In diesem Zusammenhang scheint es aber notwendig, auf die Berufsausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflege als auch in der Altenpflege hinzuweisen. Die Betreuung von Menschen am Lebensende sind in beiden Ausbildungsrichtungen Bestandteil der dreijährigen Ausbildung.</p>
<p>Tragende Gründe 2.3.3.1 Leistungsumfang</p> <p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p>	<p>Den von der DKG eingefügten Satz mit einer beispielhaften Darstellung halten wir für nicht notwendig.</p>

AWO Bundesverband e.V.	
29.07.2016	
<p>Der AWO Bundesverband unterstützt die Textvariante des GKV-SV / KBV sowie der Patientenvertretung.</p>	
<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Hier: Symptomkontrolle</p> <p><u>Änderungsvorschlag</u></p> <p><u>In Abgrenzung der Leistung Palliativpflege im Rahmen der HKP-RL zur SAPV-Leistung ist darauf hinzuweisen, dass beim Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens mit einer ausgeprägten Symptomatik, deren Kontrolle/Kompensation wahrscheinlich einer speziellen palliativmedizinischen bzw. palliativpflegerischen Kompetenz und Erfahrung bedarf, oder aber bei der Notwendigkeit einer häufigen Anpassung und Überprüfung des Behandlungsplanes aufgrund dynamischer Veränderungen im Krankheitsverlauf, erfolgt die Behandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie erfolgt.</u></p>	<p>Die Ausführungen zur Abgrenzung der Palliativpflege zu SAPV halten wir für sinnvoll und sprechen uns für die Aufnahme des von der Patientenvertretung und DKG vorgeschlagenen Passus aus.</p> <p>Redaktionell möchten wir einen Vorschlag unterbreiten, in dem die Abgrenzung zu SAPV an den Satzanfang gestellt wird.</p>
<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Hier: Krisenintervention</p> <p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p> <p>Der AWO Bundesverband unterstützt die Haltung der Patientenvertretung und KBV.</p>	<p>Bei eintretenden Krisen in der letzten Lebensphase ist die Weiterbehandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie zu prüfen. Allein auf den Vertragsarzt zu verweisen, um das weitere Vorgehen abzustimmen, greift aus unserer Sicht zu kurz.</p>

AWO Bundesverband e.V.	
29.07.2016	
<p>Tragende Gründe 2.3.5 Dauer und Häufigkeit der Maßnahme</p> <p><u>Änderungsvorschlag</u> Erstverordnung und Folgeverordnungen sind bis zu 14 Tage verordnungsfähig, <u>bis zu 6x/ Tag.</u></p>	<p>Wie zum Beschlusentwurf bereits ausgeführt , erfolgt keine Regelung wie oft am Tag die Komplexleistung verordnungsfähig ist.</p> <p>Der AWO Bundesverband spricht sich dafür aus, dass mehrfach diese Leistung am Tag zur Verfügung steht. Wir gehen von einer Versorgungsnotwendigkeit bis zu 6x/ Tag aus.</p>



Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V.	
08.07.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Nr. III „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme - Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage“ ist zu streichen.	Die Vorgabe der Notwendigkeit von Verordnungen im 14-Tage-Rhythmus konterkariert die Einfügung unter Nr. II; wenn regelmäßig von einer Einsatzdauer von über vier Wochen auszugehen ist, ist ein Ausstellen von Verordnungen im 14-Tage-Rhythmus weder nötig noch wirtschaftlich.
Nr. III „Die Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumentation zu vermerken“ ist zu streichen.	Die Dokumentation von Kontrollergebnissen und ggf. hieraus abgeleiteter Maßnahmen ist selbstverständlicher Bestandteil pflegefachlichen Handelns und immanentes Element einer Dokumentation. Insofern erübrigt sich die nochmalige Erwähnung von ohnehin bestehenden Anforderungen im Rahmen der HKP-Richtlinie.



Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.	
28.07.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Die Überschrift der Leistungsbeschreibung ist zu ändern in „Palliativversorgung“	<p>Dies entspricht dem gesetzlichen Terminus aus § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V. Durch Verwendung anderer Begrifflichkeiten würde impliziert werden, dass es in der o.g. Vorschrift einen gesetzlichen Anspruch gibt, der durch Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinien nicht bzw. nicht vollständig erfasst wird.</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV ist zudem abzulehnen, weil der Terminus der „Komplexleistungen“ systematisch nicht angebracht ist, da er in den Leistungsbezeichnungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinien auch dort keine Verwendung findet, wo derartige Leistungen geregelt werden. Im Übrigen sollen durch diese Bezeichnung scheinbar Regelungen der Vergütung vorweg genommen werden, die bekanntermaßen nicht Gegenstand der Richtlinien sind. Inwiefern die Vergütungssystematik eine Abgeltung der Leistung als Komplexleistung vorgesehen wird, sollte der Selbstverwaltung überlassen bleiben.</p>
In Satz 1 der Leistungsbeschreibung ist das Wort „Symptomkontrolle“ zu ergänzen um die Worte „und –linderung“.	<p>Der Gesetzgeber hat mit § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V einen Anspruch auf Palliativversorgung geschaffen, der laut Gesetzesbegründung „die notwendige palliative Pflege“ umfasst, „soweit kein Anspruch auf SAPV nach § 37b“ besteht. Während Letzteres in der Rubrik „Bemerkung“ zum Ausdruck gebracht wird, lässt die „Leistungsbeschreibung“ notwendige Interventionen zur Linderung von Symptomen ungenannt. Eine reine Symptomkontrolle vermag lediglich den Hilfebedarf festzustellen, ihn jedoch nicht zu beheben. Somit ist die vorliegende Entwurfsfassung nicht geeignet, dem gesetzgeberischen Willen (vollumfänglich) zu entsprechen.</p> <p>Hieran ändert auch Satz 2 der Entwurfsfassung nichts, da er – entgegen der § 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V und der Gesetzesbegründung zu § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V – alle erforderlichen palliativpflegerischen Maßnahmen unberücksichtigt lässt, die nicht unter die bestehenden Regelungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinien zu subsumieren ist. Solche Maßnahmen sind in der Praxis aber sehr wohl denkbar und gemäß der eindeutigen gesetzgeberischen Intention zweifelsfrei vom Leistungsanspruch des § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V erfasst.</p>
In Satz 2 der Leistungsbeschreibung ist nach den Worten „Diese	Der Gesetzgeber hat mit § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V einen Anspruch auf Palliativversorgung geschaffen, der laut Gesetzesbegründung „die notwendige palliative Pflege“ umfasst,



Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.	
28.07.2016	
<p>Leistung umfasst alle ...“ folgender Passus einzufügen: „... notwendigen Maßnahmen der palliativen Pflege, soweit kein Anspruch auf SAPV nach § 37b besteht, insbesondere alle ...“</p>	<p>„soweit kein Anspruch auf SAPV nach § 37b“ besteht. Der Änderungsvorschlag greift diese Formulierung 1 zu 1 auf und stellt aus Gründen der Rechtssicherheit die eindeutige gesetzgeberische Intention zum Umfang des Leistungsanspruchs nach § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V klar.</p> <p>Die bisherige Entwurfsfassung zu Satz 2 hingegen impliziert fälschlicherweise, dass sich der Anspruch des Versicherten – neben der Symptomkontrolle aus Satz 1 – auf die bis dato bereits bestehenden Regelungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinien beschränkt. Sofern jedoch im Einzelfall Maßnahmen der palliativen Pflege erforderlich sind und kein Anspruch auf SAPV nach § 37b SGB V besteht, sieht die Regelung des § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V das Bestehen des Anspruchs vor, was in der Leistungsbeschreibung des Nr. 24a angemessen berücksichtigt werden muss.</p>
<p>In Satz 1 der „Bemerkung“ sind die Worte „... auf Tage oder wenige Wochen ...“ zu ersetzen durch die Worte „... auf wenige Monate ...“.</p>	<p>In der Gesetzesbegründung zu § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V stellt der Gesetzgeber zum Zeitumfang des gesetzlichen Regelversorgungsanspruch ausdrücklich fest, dass „<i>die allgemeine Palliativversorgung oftmals über mehrere Wochen bis Monate notwendig ist ...</i>“. Der Leistungsanspruch decke diese Fälle nach der ausdrücklichen Klarstellung der Gesetzesbegründung ab.</p> <p>Die Formulierung der vorliegenden Entwurfsfassung hingegen berücksichtigt dies nicht ausreichend und impliziert durch seine abweichende Angabe, dass eine deutlich geringere Lebenserwartung Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist. Der Änderungsvorschlag stellt dies richtig und trägt dem erklärten gesetzgeberischen Willen insofern Rechnung. Dies dient auch der Vermeidung unnötiger, ansonsten aber vorhersehbarer Rechtsstreitigkeiten.</p>
<p>In Satz 4 der „Bemerkung“ sind die Worte „... in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen ...“ zu ersetzen durch die Worte „... in den letzten Monaten ...“.</p>	<p>In der Gesetzesbegründung zu § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V stellt der Gesetzgeber zum Zeitumfang des gesetzlichen Regelversorgungsanspruch ausdrücklich fest, dass „<i>die allgemeine Palliativversorgung oftmals über mehrere Wochen bis Monate notwendig ist ...</i>“. Der Leistungsanspruch decke diese Fälle nach der ausdrücklichen Klarstellung der Gesetzesbegründung ab.</p> <p>Die Formulierung der vorliegenden Entwurfsfassung hingegen berücksichtigt dies nicht ausreichend und impliziert durch seine abweichende Angabe, dass eine deutlich geringere Lebenserwartung Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist. Der Änderungsvorschlag stellt dies richtig und trägt dem erklärten gesetzgeberischen Willen insofern Rechnung. Dies dient auch der Vermeidung unnötiger, ansonsten aber vorhersehbarer Rechtsstreitigkeiten.</p>
<p>In Satz 4 der „Bemerkung“</p>	<p>Der Gesetzgeber hat mit § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V einen</p>



Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.	
28.07.2016	
<p>sind die Worte „... die Symptomkontrolle ...“ zu ersetzen durch die Worte „... notwendige Maßnahmen der palliativen Pflege, insbesondere die Symptomkontrolle und – linderung, ...“.</p>	<p>Anspruch auf Palliativversorgung geschaffen, der laut Gesetzesbegründung „die notwendige palliative Pflege“ umfasst, „soweit kein Anspruch auf SAPV nach § 37b“ besteht. Der Änderungsvorschlag greift diese Formulierung auf und stellt aus Gründen der Rechtssicherheit die eindeutige gesetzgeberische Intention zu den Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nach § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V klar.</p> <p>Einer ausdrücklichen Erwähnung der Leistungseinschränkung bei Anspruch auf SAPV-Leistungen bedarf es in Satz 4 dabei nicht, da dies bereits in den Sätzen 5 und 8 der „Bemerkung“ und im Übrigen in Satz 2 der von uns vorgeschlagenen Leistungsbeschreibung klargestellt wird.</p> <p>Die bisherige Entwurfsfassung zu Satz 4 hingegen impliziert fälschlicherweise, dass sich der o.g. Anspruch des Versicherten auf die Symptomkontrolle beschränkt und deren Erforderlichkeit deshalb die zentrale Anspruchsvoraussetzung sei. Dem ist zu widersprechen. Sofern im Einzelfall andere Maßnahmen der palliativen Pflege erforderlich sind und kein Anspruch auf SAPV nach § 37b SGB V besteht, sieht die Regelung des § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V hierfür einen Leistungsanspruch vor, was in Satz 4 der „Bemerkung“ angemessen berücksichtigt werden muss.</p>
<p>In Satz 4 der „Bemerkung“ sind die Worte „... der Verbleib in der Häuslichkeit ...“ zu ersetzen durch die Worte „... eine ausreichende Linderung der Symptome ...“.</p>	<p>Gemäß § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V ist die medizinische Notwendigkeit der verordneten Leistungen Voraussetzung für Leistungen nach § 37 SGB V, auch für die Palliativversorgung nach § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V.</p> <p>Demgegenüber ist es nicht Voraussetzung des gesetzlichen Anspruchs, dass nur die verordnete Maßnahme den Verbleib in der Häuslichkeit gewährleisten kann. Die Frage einer Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder in einer stationären Einrichtung ist vielmehr eine Wahlentscheidung des Versicherten, welche – als Ausprägung von Artikel 2 GG – allein seiner subjektiven Vorliebe entspringt und nicht durch medizinische Sinnhaftigkeit vorgegeben wird.</p> <p>Aus diesem Grund sieht zu Recht weder das Gesetz, noch das Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinien bisher vor, dass ein Anspruch nach § 37 SGB V davon abhängig gemacht wird, dass „nur er den Verbleib in der Häuslichkeit sicherstellen kann“. Diese Systematik darf auch durch den vorliegenden Entwurf nicht durchbrochen. Unser Änderungsvorschlag orientiert sich an der Regelung des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V, indem er auf die medizinische Notwendigkeit abstellt und nicht auf die Notwendigkeit für die Wahl des Versorgungsorts. Der inhaltliche Fokus wird dabei auf das Ziel der Symptomlinderung gelegt, weil dieses das zentrale Ziel der palliativen Pflege ist, nicht die reine Symptomkontrolle.</p>



Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.	
28.07.2016	
	Anders als die vorliegende Entwurfsfassung ist in diesem Wortlaut somit keine den gesetzlichen Anspruch illegitim einschränkende Regelung zu sehen.
In Satz 5 der „Bemerkung“ sind die Worte „... die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung ...“ zu ersetzen durch die Worte „... die Sicherstellung der notwendigen palliativen Pflege ...“.	<p>Der Gesetzgeber hat mit § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V einen Anspruch auf Palliativversorgung geschaffen, der laut Gesetzesbegründung darauf abzielt, die „die notwendige palliative Pflege“ sicherzustellen. Der Änderungsvorschlag greift diese Formulierung 1 zu 1 auf und stellt aus Gründen der Rechtssicherheit die eindeutige gesetzgeberische Intention zum Leistungsanspruchs nach § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V klar.</p> <p>Der bisherige Wortlaut der Entwurfsfassung zu Satz 5 impliziert, dass Nr. 24a und somit der Anspruch nach § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V nur für Maßnahmen ärztlicher Behandlung gilt bzw. dass Maßnahmen zur Sicherstellung der notwendigen palliativen Pflege nicht Gegenstand des Anspruchs sein können. Dem ist zu widersprechen. Gemäß § 37 Abs. 1 i.V.m. § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V kann auch Grundpflege verordnet werden und Teil des Leistungsanspruchs sein. Dies muss in Nr. 24a angemessen berücksichtigt werden.</p>
Der von Seiten des GKV-SV bzw. PatV vorgeschlagene Satz 10 zur konkreten Gestaltung der Pflegedokumentation ist ersatzlos zu streichen.	<p>Die allgemein gültigen Grundsätze ordnungsgemäßer Dokumentation bedürfen keiner Konkretisierung in den Richtlinien. Im Übrigen sind die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 7 Satz 2 SGB V auch nicht der richtige Ort um konkrete Pflichten zur Führung der Pflegedokumentation zu regeln.</p> <p>Konsequenterweise ist bei den Positionen im Leistungsverzeichnis der Richtlinien bisher stets verzichtet worden. Diese Systematik sollte beibehalten werden. Dokumentationspflichten im Bereich der HKP sind vielmehr in den Landesrahmenverträgen nach §132a SGB V zu konkretisieren, sofern dies für erforderlich gehalten wird. Konkurrierende Regelungen in den HKP-Richtlinien zu den Vereinbarungen der Selbstverwaltung wären kontraproduktiv.</p> <p>Soweit zum Entwurf des Satzes 10 ausgeführt wird, dass er keine zusätzlichen Verpflichtungen begründen solle, sondern deklaratorisch sei, ist er zudem entbehrlich.</p>



Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege (BHK e.V.)	
07.08.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Nr. 24a Leistungsbeschreibung:</p> <p>Die Leistungsbeschreibung ist um folgenden Satz zu ergänzen:</p> <p>„Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen mit lebenslimitierenden Erkrankungen ist Rechnung zu tragen.“</p>	<p>Auf die besonderen Belange von Kindern wird (nur) in den tragenden Gründen auf Seite 2 (1 Rechtsgrundlagen) eingegangen.</p> <p>Kinder und Jugendliche mit lebenslimitierenden Erkrankungen (z.B. genetischen Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Hirnfehlbildungen, Muskelerkrankungen sowie neurologischen Erkrankungen) können an sehr komplexen Symptomen, wie Unruhe- und Angstzuständen, Schmerzen, Schlafstörungen, Schluckstörungen, Krampfanfällen sowie weiteren Problemen, die im Zusammenhang mit einer Beatmung auftreten können, leiden. Die Symptome unterscheiden sich dabei oft deutlich von denen erwachsener Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, was vor allem im Rahmen der Leistungsbeschreibung bereits deutlich hervorgehoben werden muss. Nur so kann den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen ausreichend Rechnung getragen werden.</p>
<p>Nr. 24a Bemerkungen:</p> <p>Absatz 1 ist wie folgt zu ergänzen:</p> <p>„(...) die Lebenserwartung auf Tage oder wenige Wochen, bei Kindern und Jugendlichen auch auf Wochen, Monate bzw. Jahre“ limitiert ist und unter anderem die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität, im Vordergrund stehen.</p>	<p>Unmittelbar verbindliche Aussagen über die Lebenserwartungen von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen können nicht bzw. nur sehr schwer getroffen werden.</p> <p>Bei den Krankheitsverläufen von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen ist davon auszugehen, dass sie in der Regel über Wochen, Monate bis hin zu Jahren andauern, wobei die „Komplexleistung zur Palliativpflege“ bei Kindern und Jugendlichen bereits ab der Diagnosestellung einer lebensverkürzenden Erkrankung erforderlich sein kann.</p> <p>Dieser Umstand ist bei der Frage der Verordnungsfähigkeit der Leistung zu berücksichtigen.</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen muss die „Komplexleistung zur Palliativpflege“ daher – anders als bei erwachsenen Palliativpatientinnen und Palliativpatienten - auch dann verordnungsfähig sein, wenn die Lebenserwartung nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes nicht nur auf Tage oder wenige Wochen sondern auf Wochen, Monate bzw. Jahre limitiert ist.</p>



Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege (BHK e.V.)	
07.08.2016	
<p>Nr. 24a Bemerkungen:</p> <p>Absatz 3 ist wie folgt zu ergänzen:</p> <p>„(...), wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen, „bei Kindern und Jugendlichen auch Wochen, Monaten bzw. Jahren“ vor dem Lebensende (...).</p>	<p>Unmittelbar verbindliche Aussagen über die Lebenserwartungen von Kindern und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen können nicht bzw. nur sehr schwer getroffen werden.</p> <p>Bei den Krankheitsverläufen von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen ist davon auszugehen, dass sie in der Regel über Wochen, Monate bzw. Jahre andauern.</p> <p>Dieser Umstand ist bei der Frage der Verordnungsfähigkeit der Leistung zu berücksichtigen.</p> <p>Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen kann deshalb nicht nur auf die letzten Tage bzw. letzten Lebenswochen begrenzt werden.</p>
<p>Dauer und Häufigkeit der Maßnahme:</p> <p>Ist am Ende wie folgt zu ergänzen:</p> <p>„Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage; „bei Kindern und Jugendlichen auch darüber hinaus.“</p>	<p>Unter Berücksichtigung der Lebenserwartungen von Kindern mit lebenslimitierenden Erkrankungen und unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Krankheitsverläufe müssen Erst- bzw. Folgeverordnungen auch weit über 14 Tage hinaus verordnungsfähig sein, da nur so den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen Rechnung getragen werden kann.</p>

Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
2. August 2016	
Vorbemerkung	<p>Der bpa, der bundesweit über 9.000 Pflegeeinrichtungen vertritt, bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme.</p> <p>Voranstellen möchten wir die schwierige Abgrenzungsfrage zwischen der allgemeinen Palliativpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die allgemeine Palliativpflege stellt die Regelversorgung für sterbende Menschen dar, die einen Unterstützungsbedarf in der letzten Lebensphase haben. Die Abgrenzung bzw. Unterscheidung zur SAPV liegt, neben der Diagnose, in der Intensität bzw. dem Umfang des Unterstützungsbedarfes. Die erforderlichen Leistungsinhalte der palliativen Versorgung sind jedoch deckungsgleich. Anlehnend an die SAPV müssen daher auch in der allgemeinen Palliativpflege die Koordination und die psychosoziale Begleitung Berücksichtigung finden. Wenn diese fehlen handelt es sich lediglich um bereits bestehende und separate Einzelleistungen, die unter einer neuen Positionsnummer zusammengefasst werden.</p> <p>Die allgemeine Palliativversorgung muss als Bestandteil der häuslichen Krankenpflege neben den klassischen behandlungspflegerischen Verrichtungen die Maßnahmen, die in der Gesetzesbegründung im Rahmen der Sterbebegleitung aufgeführt sind – wie im Hospizbereich und der spezialisierten Palliativversorgung auch – umfassen, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die psychosoziale Betreuung (zeitlicher Mehraufwand bei der Durchführung der einzelnen Leistungen der häuslichen Krankenpflege), - die Sterbebegleitung sowie - die Einbeziehung der Angehörigen. <p>In Abgrenzung zu den kurativen Leistungen liegt der Unterschied in der palliativen Versorgung darin, dass eine umfassende Begleitung aus einer Hand stattfinden soll. Um die Betroffenen und Angehörigen in der schwierigen Situation am Lebensende nicht zusätzlich zu belasten, muss die Versorgung koordiniert und leistungserbringerübergreifend stattfinden. Die Koordination der Leistungen sowie die Einbeziehung der Angehörigen sind dabei ein wesentlicher Bestandteil der palliativen Versorgung – vgl. SAPV – und zeichnen die Versorgung am Lebensende aus.</p> <p>Dem gesetzlichen Auftrag zur Verbesserung der Versorgung am Lebensende trägt die vorgenommene Änderung der Richtlinie nur unzureichend Rechnung. Die Ausgestaltung der allgemeinen</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
2. August 2016	
	<p>Palliativversorgung erfolgt hier vorrangig auf der Basis der Zusammenfassung der unterschiedlichen Behandlungspflegeleistungen, als sogenannte Komplexleistung. Der palliative Mehrwert ist nicht erkennbar.</p> <p>Zu den einzelnen vorgeschlagenen Neuerungen vertritt der bpa folgende Positionen:</p>
<p>Zu I.: § 1 Grundlagen (1) Die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit. „Diese kann sowohl kurativ als auch palliativ indiziert sein.“</p>	<p>Der bpa hat in seinem Grundsatzpapier „Notwendige Weiterentwicklung der allgemeinen Palliativversorgung – Anpassung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) zur Berücksichtigung der Bedürfnisse unheilbar kranker Menschen“ gefordert, den Satz: „Diese kann sowohl kurativ als auch palliativ indiziert sein.“ im § 1 nach Satz 1 einzufügen. Wir begrüßen, dass dieser Vorschlag aufgenommen wurde.</p> <p>Im Rahmen des Hospiz und Palliativgesetzes hat der Gesetzgeber in § 37 Absatz 2a SGB V festgeschrieben, dass die häusliche Krankenpflege auch die ambulante Palliativversorgung umfasst. Die Ergänzung in § 1 Satz 2 (neu) greift diese Änderung auf.</p>
<p>Zu II.: Nach § 5 Absatz 3 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt: „Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von § 37 Absatz 1 Satz 5 SGB XI anzunehmen.“</p>	<p>§ 37 Absatz 1 Satz 5 SGB V besagt, dass die Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen kann, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist. Bei Leistungen der ambulanten Palliativversorgung hat der Gesetzgeber klargestellt, ist dies regelhaft der Fall, vgl. § 37 Abs. 2a SGB V. Bei dem Beschluss zur Aufnahme des Satzes in die HKP-Richtlinie handelt es sich um die Umsetzung dieser Maßgabe.</p> <p>Die Patientenvertreter setzen sich laut den tragenden Beschlussgründen dafür ein, die häusliche Pflegesituation von Palliativpatienten nicht zusätzlich zu belasten und daher bei einer Verordnung nach § 37 Abs. 1 SGB V regelhaft auf eine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V zu verzichten. Der bpa teilt diese Auffassung. Durch die Verordnung des Arztes wird attestiert, dass es sich um einen Patienten am Lebensende handelt, der nur noch einige Tage bis wenige Wochen zu leben hat. Den Betroffenen ist nicht zuzumuten, dass in der Sterbephase noch eine Begutachtung durch den MDK erfolgt. Die Begutachtung würde sich durch den MDK auch nur schwer realisieren lassen, da nach der Verordnung des Arztes eine unmittelbare Überprüfung erfolgen müsste. Dies dürfte auch logistisch schwierig sein.</p> <p>In den tragenden Gründen wird unter Punkt 2.2 seitens des GKV-</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
2. August 2016	
	<p>Spitzenverbandes und der KBV angeführt (Änderung in § 5 Abs. 3 der Richtlinie): „Wie die übrigen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL können Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur palliativpflegerischen Versorgung (auch Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL) auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V verordnet werden. Dies ist abhängig von der im Einzelfall vorzunehmenden Beurteilung, ob dem Grunde nach Krankenhausbehandlung geboten ist.“ Der bpa schließt sich der Auffassung der Patientenvertretung und der DKG an und hält den Absatz von GKV-SV und KBV für nicht erforderlich und darüber hinaus sogar für rechtlich bedenklich. Die Leistung nach § 37 Abs. 1 SGB V dient dem Zweck der Krankenhausvermeidung oder Verkürzung, die Leistung nach § 37 Abs. 2 SGB V hingegen dient der Unterstützung der ärztlichen Behandlung in der Häuslichkeit. Die Krankenhausvermeidung zur Leistungsvoraussetzung für eine Verordnung der allgemeinen Palliativversorgung zu machen ist gesetzlich nicht legitimiert und stellt eine zusätzliche Anforderung an den Leistungsempfänger dar. Daher bedarf es der Klarstellung, dass die Leistung als Positionsnummer der HKP-Richtlinie verordnet werden kann, auch ohne die Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes.</p>
<p>Zu III (Einführung der neuen Positionsnummer 24a) (Komplexleistung zur) Palliativpflege / Tagende Gründe 2.3.3.1 Leistungsumfang</p>	<p>In der Leistungsbeschreibung wird angeführt, dass der GKV-Spitzenverband eine „Komplexleistung zur Palliativpflege“ einführen möchte. Bisher kennt die HKP- Richtlinie keine Komplexleistungen. Wie in der Vorbemerkung ausgeführt verfolgt der Gesetzgeber mit der Einführung der allgemeinen Palliativversorgung die Verbesserung der Versorgung von sterbenden Menschen. In dem Richtlinienentwurf werden die Symptomkontrolle bei Schmerzen und Wunden genannt. Diese behandlungspflegerischen Leistungen sind jedoch bereits ordnungsfähig und Gegenstand der HKP-Richtlinie. Wie durch dieselben Leistungen die Versorgung von sterbenden Menschen verbessert und die notwendige Koordination der medizinisch-pflegerischen Leistungen erfolgen soll, bleibt offen. Einzig die Organisation von Hospizdiensten – die jedoch weder flächen- noch bedarfsdeckend existent sind – zur Übernahme der psychosozialen Begleitung wurde aufgenommen. Der bpa ist der Auffassung, dass damit weder der Zielsetzung des Gesetzes zur deutlichen Verbesserung der palliativen Versorgung noch dem Erfordernis der Einführung einer allgemeinen Palliativversorgung ausreichend Rechnung getragen wurde.</p> <p>Vor dem Hintergrund der haftungsrechtlichen Vorschriften, ist die Einführung einer Komplexleistung problematisch. Die häusliche Krankenpflege erfolgt auf Anordnung des Arztes; für jede durchzuführende Leistung muss eine jeweilige Verordnung vorliegen. Eine pauschalierte Anordnung ist nicht möglich. Dies wird auch in der Zeile „Bemerkung“ auf Seite 3 im 4. Absatz deutlich, in</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)											
2. August 2016											
<p>der angeführt wird, dass die konkreten behandlungspflegerischen Interventionen auf der Verordnung anzugeben sind. Es ist daher der Auffassung von KBV, DKG und der Patientenvertretung zu folgen und die Positionsnummer als „Palliativpflege“ zu fassen.</p> <p>Der bpa schlägt folgende Neufassung vor: Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen Diese Leistung umfasst alle entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses im Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen.</p> <p>Neu:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nr.</th> <th>Leistungsbeschreibung</th> <th>Bemerkung</th> <th>Dauer und Häufigkeit der Maßnahme</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>24a</td> <td> Die Leistung umfasst: Die palliativpflegerischen Maßnahmen: - Palliativpflegerische Basisanamnese, d.h. die Ermittlung der Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen und die Bestimmung der entsprechenden Versorgung und Begleitung, - Feststellung der medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarfe: > Mundpflege > Ernährung / Flüssigkeit > Übelkeit / Erbrechen > Obstipation > Respiratorische Symptome > Juckreiz und Ikterus > Neurologische Symptome > Lymphödem > Dekubitus und </td> <td> Die Leistung dient der Sicherstellung der Versorgung am Lebensende und soll dazu beitragen, dass der Patient in der Häuslichkeit verbleiben kann. Weitere benötigte behandlungspflegerische Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind neben den allgemeinen Palliativleistungen entsprechend des Leistungs- </td> <td> Erst- und Folgeverordnungen bis zu vier Wochen. Die Häufigkeit und Dauer der einzelnen erforderlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen sind auf der Verordnung anzugeben. </td> </tr> </tbody> </table>				Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme	24a	Die Leistung umfasst: Die palliativpflegerischen Maßnahmen: - Palliativpflegerische Basisanamnese, d.h. die Ermittlung der Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen und die Bestimmung der entsprechenden Versorgung und Begleitung, - Feststellung der medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarfe: > Mundpflege > Ernährung / Flüssigkeit > Übelkeit / Erbrechen > Obstipation > Respiratorische Symptome > Juckreiz und Ikterus > Neurologische Symptome > Lymphödem > Dekubitus und	Die Leistung dient der Sicherstellung der Versorgung am Lebensende und soll dazu beitragen, dass der Patient in der Häuslichkeit verbleiben kann. Weitere benötigte behandlungspflegerische Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind neben den allgemeinen Palliativleistungen entsprechend des Leistungs-	Erst- und Folgeverordnungen bis zu vier Wochen. Die Häufigkeit und Dauer der einzelnen erforderlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen sind auf der Verordnung anzugeben.
Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme								
24a	Die Leistung umfasst: Die palliativpflegerischen Maßnahmen: - Palliativpflegerische Basisanamnese, d.h. die Ermittlung der Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen und die Bestimmung der entsprechenden Versorgung und Begleitung, - Feststellung der medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarfe: > Mundpflege > Ernährung / Flüssigkeit > Übelkeit / Erbrechen > Obstipation > Respiratorische Symptome > Juckreiz und Ikterus > Neurologische Symptome > Lymphödem > Dekubitus und	Die Leistung dient der Sicherstellung der Versorgung am Lebensende und soll dazu beitragen, dass der Patient in der Häuslichkeit verbleiben kann. Weitere benötigte behandlungspflegerische Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind neben den allgemeinen Palliativleistungen entsprechend des Leistungs-	Erst- und Folgeverordnungen bis zu vier Wochen. Die Häufigkeit und Dauer der einzelnen erforderlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen sind auf der Verordnung anzugeben.								

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)			
2. August 2016			
		<p>(ex)ulcerierende Tumore / entstellende Tumore</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wahrnehmung und Berührung <ul style="list-style-type: none"> - Umfeldanalyse zur Erfassung der komplexen individuellen Lebenssituation und Symptomintensität - Schmerzmanagement / Erfassung, Überwachung, Evaluation) - Symptomkontrolle - Bei Bedarf Versorgung mit einer Schmerzpumpe - Bei Bedarf Medikamentengabe über eine Infusionslösung - Bei Bedarf Portpunktion - Versorgung nach dem Ableben <p>Die Koordination der Versorgung bei unheilbar kranken, sterbenden Menschen. Hierzu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verfügbarkeit und Erreichbarkeit des Pflegedienstes - Beratung und Kontrolle der Versorgungssituation der Patientin oder des Patienten, Angehöriger oder anderer Personen in der Häuslichkeit bei Vorliegen einer unheilbaren Erkrankung. Bei Bedarf Abstimmung und Hinzuziehung weiterer Leistungs- 	<p>verzeichnis der HKP-RL zu verordnen.</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)			
2. August 2016			
		<p>erbringer wie Hospizdienste, Seelsorger etc.,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsame Konsultationsgespräche von Arzt / Pflegedienst und weiteren Leistungserbringern <p>Die Anleitung zur Pflege, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes, - Gesprächs- und Entlastungsangebote gegenüber der Bezugsperson / den Bezugspersonen 	
<p>In den tragenden Gründen wird unter dem Punkt 2.3.3.1 ausgeführt, dass in der (Komplex-)Leistung alle behandlungspflegerischen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie, die im Rahmen eines Pflegeeinsatzes erforderlich werden, in der Positionsnummer 24a enthalten sind. Zusätzlich hierzu sollen nur Leistungen verordnet werden können, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht zeitgleich zur Palliativpflege nach § 24a erbracht werden können. Als Beispiel werden von der DKG Insulingaben angeführt, die z.B. zu anderen Zeiten als die Palliativpflege erfolgen müssen. Der Arzt muss also entscheiden, ob er weiterhin einzelne Leistungen verordnet oder ob er die Palliativpflege plus eventuell weitere benötigte Leistungen anordnet. Bei der Verordnung der Palliativpflege entsteht für ihn ein zusätzlicher Begründungsaufwand.</p> <p>Wie oben ausgeführt ist die Palliativpflege aus Sicht des bpa als Komplexleistung haftungsrechtlich problematisch und als pauschale Verordnung, ohne die erforderlichen ärztlichen Ver- oder Anordnungen bezogen auf die konkrete Leistung und deren Delegation, unzulässig. Die einzelnen behandlungspflegerischen Leistungen müssen hinterlegt und mit einer Angabe zur jeweiligen Häufigkeit und Dauer versehen sein.</p> <p>Die Anführung, dass hiermit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V Rechnung getragen wird ist nicht nachvollziehbar. Dieses Gebot galt auch bisher bei den Einzelverordnungen der Behandlungspflege und war damit bereits in der Vergangenheit zu</p>			

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
2. August 2016	
	berücksichtigen. Wie die bisherigen Einzelleistungen, die in einem pauschalierten und gedeckelten Vergütungssystem erbracht werden, zukünftig zu einer Leistung werden, die den besonderen Bedarfen sterbender Menschen Rechnung trägt, erschließt sich nicht. Bestehende Leistungen der Behandlungspflege werden mit Hinweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot zusammengefasst, Leistungen, wie sie in der SAPV oder der Hospizarbeit enthalten sind und Gegenstand der Palliativversorgung sind, fehlen jedoch.
<p>Tagende Gründe</p> <p>2.3.2 Durchführung der Maßnahmen und</p> <p>2.3.3.2 Begriffsbestimmung „in enger Abstimmung“</p>	<p>Im Abschnitt 2.3.2 der tragenden Gründe wird angeführt: "Im Rahmen der Leistungen nach § 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie sind die Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegefachkräfte zur engen Abstimmung verpflichtet. Die Koordinationsverantwortung liegt nach § 7 Abs. 2 der HKP-Richtlinie in Verbindung mit den Leistungen der allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung bei der Ärztin oder dem Arzt."</p> <p>Die Abstimmung mit den weiteren Beteiligten muss aus Sicht des bpa in die Positionsnummer mit einfließen, vgl. hierzu auch die Ausführungen zu Bemerkung, Absatz 5, ergänzende psychosoziale Begleitung. Die Koordination der Leistung kann nicht allein beim behandelnden Arzt liegen, sondern muss – wie in der SAPV – auch von den Pflegefachkräften übernommen werden können. In der Praxis zeigt sich, dass viele (Haus-)Ärzte nicht über die notwendigen zeitlichen Kapazitäten hierfür verfügen.</p> <p>GKV-SV und DKG schlagen folgende Ergänzung vor: „Es gibt einige grundlegende Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende. Die Grundsätze hierfür müssen den Pflegekräften bekannt sein. Sofern das nicht der Fall ist, sollten diese fachlichen Inhalte durch Fort- und Weiterbildung vermittelt werden.“</p> <p>Der bpa teilt die Auffassung der Patientenvertretung und der KBV – der vom GKV-SV und der DKG vorgeschlagene Absatz ist nicht zu berücksichtigen. Die Betreuung von Menschen am Lebensende ist Bestandteil der pflegerischen Ausbildung und allen Pflegefachkräften in ihren Grundsätzen vertraut. Dies wird auch im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes deutlich, welches keine zusätzliche Qualifizierung der Pflegefachkräfte vorsieht. Vielmehr sind die Hausärzte in die Lage zu versetzen, die schwierige Abgrenzung zwischen SAPV und allgemeiner Palliativpflege und entsprechende Verordnungen vornehmen zu können. Hierfür sieht das Hospiz- und Palliativgesetz eine Weiterbildung der Ärzte von 40 Stunden vor.</p> <p>Die im Abschnitt 2.3.2 geforderte „enge Abstimmung“ wird unter dem Punkt 2.3.3.2 konkretisiert: „Die Leistung ist anhand des Behandlungsplanes der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes durchzuführen. Aufgrund des zu erwartenden dynamischen</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
2. August 2016	
	<p>Krankheitsprozesses und des fluktuierenden Hilfebedarfes ist auch im weiteren Verlauf der Leistungserbringung eine enge Abstimmung zwischen den Pflegediensten mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erforderlich. Der Pflegedienst hat außerdem über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation nach § 7 Abs. 1 der HKP-Richtlinie der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt zu berichten.“</p> <p>Trotz der in den tragenden Gründen angeführten Erfordernisse und Pflichten der Koordination fehlt es an dieser Leistung in der Leistungsbeschreibung. Die Koordination und Abstimmung werden in der Leistungsbeschreibung der Positionsnummer 24a nicht ausreichend berücksichtigt, vgl. hierzu unseren Änderungsvorschlag bei den Ausführungen zur Bemerkung, Absatz 5 (ergänzende psychosoziale Begleitung). Die Koordination / Abstimmung mit den weiteren Beteiligten muss als Leistungsbestandteil der Palliativpflege anerkannt werden. Sie stellt gerade das Plus gegenüber der Verordnung von separaten Einzelleistungen dar.</p>
<p>Zu III (Einführung der neuen Positionsnummer 24a) Leistungsbeschreibung</p> <p>Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden</p> <p>Schmerzsymptomatik</p>	<p>In der Leistungsbeschreibung wird bei den Symptomatiken u.a. angeführt: „Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden“. Hier besteht eine Abgrenzungsproblematik zur bestehenden spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Laut SAPV-Richtlinie vom 20. Dezember 2007, geändert am 15. April 2010, in Kraft getreten am 25. Juni 2010, sind ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore ein Indikator für eine besonders aufwändige Versorgung, welche einen Leistungsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung begründen.</p> <p>Auch bei der „Schmerzsymptomatik“ gibt es Abgrenzungsschwierigkeiten. In der Positionsnummer 24a wird formuliert, dass die Symptomkontrolle insbesondere beim Vorliegen einer Schmerzsymptomatik erfolgen muss. Für eine besonders aufwändige Versorgung im Sinne der SAPV muss es sich um eine <u>ausgeprägte</u> Schmerzsymptomatik handeln.</p> <p>Die Abgrenzung und Entscheidung, ob es sich um eine SAPV oder eine allgemeine Palliativpflege begründende Schmerzsymptomatik handelt ist nicht eindeutig und fällt in die jeweilige Entscheidung des Arztes. Dies kann zu einer Ungleichbehandlung der Patienten führen.</p> <p>In den tragenden Gründen sprechen sich die Patientenvertretung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft dafür aus: „Beim Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens mit einer ausgeprägten Symptomatik, deren Kontrolle/Kompensation wahrscheinlich einer speziellen palliativmedizinischen bzw. palliativpflegerischen Kompetenz und Erfahrung bedarf, oder aber</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
2. August 2016	
Krisenintervention	<p>bei der Notwendigkeit einer häufigen Anpassung und Überprüfung des Behandlungsplanes aufgrund dynamischer Veränderungen im Krankheitsverlauf, erfolgt die Behandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie.“ Der bpa schließt sich den Ausführungen der PatV und der DGK an. Hiermit wird den Ärzten eine Orientierung gegeben, in welchen Fällen eine SAPV-Versorgung erforderlich ist. Es liegt dann immer noch im Ermessen des (Haus-)Arztes, wann er das Symptomeschehen als komplex mit ausgeprägter Symptomatik einstuft.</p> <p>In den tragenden Gründen wird unter 2.3.3.2 definiert: „Eine Krisenintervention beinhaltet eine Abfolge von medizinischen und pflegerischen Handlungen bei plötzlich auftretenden Symptomverschlechterungen oder plötzlich auftretenden neuen Krankheitsreaktionen (z.B. Krampfanfälle, Blutungen). Die Handlungsweisungen sollen zuvor von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt in einem Notfallplan festgelegt werden.“</p> <p>DKG und GKV-SV führen dazu aus: „Hierbei handelt es sich um die im konkreten Behandlungsfall typischerweise möglichen und damit um vorhersehbare Krisensituationen, deren Behandlungsmaßnahmen im Notfallplan festgehalten sind und deren Behandlung durch ein Pflegeteam ausführbar ist. Beim Vorliegen einer Krisensituation, die z.B. durch einen instabilen Zustand der Patientin oder des Patienten, das Auftreten neuer unerwarteter Probleme oder starker Verschlechterung der Symptomatik charakterisiert ist, ist vom Pflegedienst umgehend Kontakt mit der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt aufzunehmen, um das weitere Vorgehen abzustimmen.“</p> <p>Es stellt sich die Frage, warum hier von einem Pflegeteam ausgegangen wird. Dies ist im Positionsverzeichnis nicht hinterlegt und es stellen sich hierzu Fragen der praktischen Umsetzung: Wer stellt fest, dass eine Krise vorliegt? Fällt dies in die Zuständigkeit des Pflegedienstes oder des Arztes?</p> <p>Eine unmittelbare Intervention in Krisenfällen würde eine 24stündige Anwesenheit einer Pflegefachkraft voraussetzen.</p> <p>Aus Sicht des bpa muss die Leistung der Palliativpflege konkreter gefasst werden. Wir verweisen hierzu auf unseren Formulierungsvorschlag; siehe Ausführungen zu III (Einführung der neuen Positionsnummer 24a) – (Komplexleistung zur) Palliativpflege.</p>
<p>Zu III (Einführung der neuen Positionsnummer 24a)</p> <p>Bemerkung</p>	<p>Im 1. Absatz der Bemerkungen wird angeführt: „Die Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL ist für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten in jedem Alter verordnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung der</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
2. August 2016	
<p>Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen oder Patienten</p>	<p>behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage oder wenige Wochen limitiert ist und unter anderem die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität im Vordergrund stehen.“</p> <p>Nach § 37b SGB V haben: Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.</p> <p>Die Anspruchsberechtigten der allgemeinen Palliativpflege und der SAPV sind danach deckungsgleich. Als alleiniges Unterscheidungsmerkmal der beiden Versorgungsansprüche steht die „besonders aufwändige Versorgung“. Eine klare Abgrenzung zwischen der Palliativpflege und der SAPV ist nicht möglich. Hier sind unterschiedliche Rechtsauffassungen und medizinische Einschätzungen vorprogrammiert.</p> <p>Der bpa schließt sich deshalb dem Vorschlag von PatV und DKG an, die in den tragenden Gründen formulieren: „Beim Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens mit einer ausgeprägten Symptomatik, deren Kontrolle/Kompensation wahrscheinlich einer speziellen palliativmedizinischen bzw. palliativpflegerischen Kompetenz und Erfahrung bedarf, oder aber bei der Notwendigkeit einer häufigen Anpassung und Überprüfung des Behandlungsplanes aufgrund dynamischer Veränderungen im Krankheitsverlauf, erfolgt die Behandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie.“</p>
<p>Lebenserwartung „Tage oder wenige Wochen“ / Dauer und Häufigkeit der Maßnahme: Erstverordnung und Folgeverordnung bis zu 14 Tage</p>	<p>Des Weiteren wird ausgeführt, dass es sich um Patienten handeln muss, deren Lebenserwartung „auf Tage oder wenige Wochen“ begrenzt ist. Diese Formulierung ist unbestimmt und die Interpretation und Entscheidung darüber fällt damit allein in den Zuständigkeitsbereich des Arztes. Laut der Dauer und Häufigkeit der Maßnahme wird von 14 Tagen ausgegangen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat jedoch im § 37 Abs. 2a SGB V explizit festgelegt, dass bei Leistungen der ambulanten Palliativversorgung die häusliche Krankenpflege regelhaft für einen längeren Zeitraum als vier Wochen zu bewilligen ist. Diese Maßgabe muss umgesetzt und berücksichtigt werden. Der Verlauf der Sterbephase ist nicht vorherzusagen und sollte nicht durch zu kurze Verordnungsdauern beschränkt werden. Diese stellen zudem eine psychische Belastung für die Betroffenen und Angehörigen dar, da die kurze Verordnungsdauer ein baldiges Ableben des Betroffenen suggeriert.</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
2. August 2016	
	<p>Wir schlagen daher folgende Änderung vor (vgl. Ausführungen zu III; Einführung der neuen Positionsnummer 24a):</p> <p>„Erst- und Folgeverordnungen bis zu vier Wochen.</p> <p>Die Häufigkeit und Dauer der einzelnen erforderlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen sind auf der Verordnung anzugeben.“</p> <p>Im Rahmen des EBM-Katalogs wurden im Oktober 2013 verschiedene Abrechnungsziffern für die allgemeinen palliativen Leistungen der Ärzte geschaffen. Sie sind berechnungsfähig „bei Patienten jeden Alters, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.“ In Analogie hierzu muss die Voraussetzung einer Lebenserwartung von „Tagen, Wochen oder Monaten“ auch für die Verordnung der häuslichen Krankenpflege gelten und nicht – wie im vorliegenden Beschluss – „auf Tage oder wenige Wochen“ begrenzt werden.</p>
<p>Zu III (Einführung der neuen Positionsnummer 24a)</p> <p>Bemerkung, Absatz 5 Ergänzende psychosoziale Begleitung</p>	<p>Es wird ausgeführt: „Sofern durch Patientinnen und Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst unterstützt werden.“</p> <p>In einigen Regionen sind keine hospizlichen Strukturen vorhanden. Die hospizliche Begleitung kann somit nicht flächen- und bedarfsdeckend sichergestellt werden. Inwieweit außerdem die Einbindung einer ehrenamtlichen Begleitung in den letzten Lebenstagen / Wochen gelingen kann, bleibt offen. Viele der Betroffenen möchten in dieser letzten Phase keine fremden Menschen um sich haben. Um die Versorgung bedürfnisgerecht zu organisieren – mit oder ohne hospizlicher Begleitung – bedarf es einer koordinierenden Steuerung. Die Begleitung muss aus einer Hand erfolgen, die die benötigten Angebote koordiniert und die gewünschten Leistungserbringer in die Versorgung einbindet. Die Koordination muss anerkannt und in die Leistungsbeschreibung der „Palliativpflege“ aufgenommen werden. Zudem muss der Aspekt der psychosozialen Begleitung in die häusliche Krankenpflege integriert werden und darf nicht allein dem ehrenamtlichen Engagement überlassen werden – welches nicht allorts verfügbar ist. Die Pflegefachkräfte müssen sich mit der psychisch stark belastenden Situation auseinandersetzen und im Rahmen ihrer Tätigkeiten die Sorgen und Ängste der Betroffenen berücksichtigen. Aufgrund des bestehenden Vertrauensverhältnisses werden die Pflegefachkräfte häufig um Rat oder das Erfüllen letzter Wünsche gebeten. Auch bei den Angehörigen bestehen viele Unsicherheiten, so dass sie ebenfalls die Unterstützung der Pflegefachkräfte suchen. Im</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
2. August 2016	
	<p>Rahmen der Positionsnummer Palliativpflege muss berücksichtigt werden, dass die behandlungspflegerischen Leistungen nicht wie bei einer kurativ ausgerichteten Pflege abgearbeitet werden können. Die psychosozialen Probleme des Patienten und der Angehörigen dürfen nicht ignoriert werden. Es wird daher folgende Änderung vorgeschlagen:</p> <p>Sofern durch Patientinnen und Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst unterstützt werden.</p> <p>Absatz 5 neu: Die palliative Pflege in der Häuslichkeit geht über die regulären Leistungen der häuslichen Krankenpflege hinaus. Sie umfasst den besonderen Aufwand, die zusätzlich erforderliche psychosoziale Betreuung und Begleitung des Betroffenen und seiner Angehörigen, die Sterbebegleitung sowie die Abstimmung mit den weiteren Beteiligten.</p>
<p>Zu III (Einführung der neuen Positionsnummer 24a)</p> <p>Bemerkung, Absatz 7 Konkrete behandlungspflegerische Interventionen</p>	<p>Im Beschluss heißt es: „Die konkreten behandlungspflegerischen Interventionen sollen auf der Verordnung angegeben werden.“ Dazu schlagen wir aufgrund der haftungsrechtlichen Vorgaben folgende Änderung vor: „Die konkreten behandlungspflegerischen Interventionen sollen müssen mit ihrer jeweiligen Häufigkeit und Dauer auf der Verordnung angegeben werden.“ Ansonsten entsteht der Eindruck, die behandlungspflegerischen Interventionen seien nicht zwingend auf der Verordnung einzutragen. Die Pflegekräfte sind aber auf die ärztliche An- oder Verordnung angewiesen, ohne diese dürfen sie die Leistungen und deren Häufigkeit und Inhalt nicht verändern. Die Einführung einer Komplexleistung ohne die explizite Benennung des Leistungsgegenstandes wäre haftungsrechtlich fahrlässig. Suggestiert würde, dass die Leistung alle erforderlichen Einzelleistungen umfasse. Erbringen darf der Pflegedienst aber nur die konkret angeordnete Leistung.</p> <p>PatV und GKV-SV sprechen sich dafür aus, folgenden Absatz zu ergänzen: „Die Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumentation zu vermerken.“ Der bpa schließt sich der Auffassung der DKB und KBV an: der Absatz ist zu streichen. Aufgrund der aufgeführten haftungsrechtlichen Bedenken sind die konkreten behandlungspflegerischen Leistungen mit ihrer Häufigkeit und Dauer vom Arzt anzuordnen. Die Erbringung der Leistung erfolgt anhand der ärztlichen Verordnung und bedarf keiner gesonderten Dokumentation. Die behandlungspflegerischen Interventionen erfolgen auf Anweisung des Arztes und liegen nicht im Ermessensspielraum der Pflegekräfte.</p>

Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

<p>Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK e.V. Alt-Moabit 91 10559 Berlin Fon 030-219157-0 Fax 030-219157-77 E-Mail dbfk@dbfk.de Homepage www.dbkf.de</p>	
<p>05.08.2016</p>	
<p>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</p>	<p>Begründung</p>
<p>Zu 2) Eckpunkte der Entscheidung</p> <p>Der DBfK schlägt vor, die palliativpflegerische Versorgung auch jenen Patienten zugänglich zu machen, deren Lebenserwartung über die vorgesehene limitierte Dauer von Tagen oder wenigen Wochen hinausgeht.</p>	<p>Ziel der palliativpflegerischen Versorgung muss die Stabilisierung des Zustandes in einem komplexen Symptomgeschehen sein. Wir sehen eine große Gefahr, das „palliativ“ mit „sterbend“ gleichgesetzt wird, wobei die Einbindung von Palliativmedizin nachweislich die Lebenszeit verlängern kann (vgl. Themel Studie).</p> <p>Der Bedarf kann bereits Monate vor dem zu erwartenden Lebensende auftreten. Dies ist auch in der SAPV so anerkannt. Eine Beschränkung der AAPV auf Tage oder Wochen erklärt sich daher nicht. Ziel muss eine möglichst lange Versorgung des Patienten im Rahmen der AAPV sein. Aus unserer Sicht besteht keine Leistungskonkurrenz zwischen AAPV und Krankenhausbehandlung bzw. SAPV.</p> <p>AAPV muss daher über einen unbeschränkten Zeitraum verordnungsfähig sein, wenn eine nicht mehr heilbare, fortschreitende bzw. weit fortgeschrittene Erkrankung vorliegt, bei der durch AAPV eine befriedigende Symptomkontrolle erreicht werden kann.</p>
<p>Zu 2.2) Änderung in § 5 Abs. 3 HKP-RL</p> <p>Eine Prüfung, ob dem Grunde nach eine Krankenhausbehandlung geboten ist, ist aus Sicht des DBfK nicht notwendig.</p> <p>Der DBfK befürwortet die Entscheidung, für die Leistungsdauer regelmäßig einen begründeten Ausnahmefall anzunehmen.</p>	<p>Aus Sicht des DBfK muss das Ziel der AAPV sein, dem Patienten auch in kritischen Lebenssituationen einen Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Es entspricht daher nicht dem Zweck im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zu prüfen, ob dem Grunde nach eine Krankenhausbehandlung geboten ist.</p> <p>Zur Schaffung bürokratiearmer Rahmenbedingungen und zur Entlastung von Patienten und Angehörigen sieht der DBfK eine uneingeschränkte Leistungsdauer als angemessenen Weg. Dies gibt auch den Patienten und ihren Angehörigen die notwendige Sicherheit in dieser besonderen Lebenssituation über einen längeren Zeitraum angemessen betreut zu sein.</p>

<p>Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK e.V. Alt-Moabit 91 10559 Berlin Fon 030-219157-0 Fax 030-219157-77 E-Mail dbfk@dbfk.de Homepage www.dbkf.de</p>	
<p>05.08.2016</p>	
<p>Wir empfehlen den Vorschlag von GKV-SV, DKG, KBV um den Verzicht der regelhaften Prüfung durch den MDK zu ergänzen.</p>	<p>Davon unberührt bleibt die Forderung des DBfK, die Patienten am Lebensende nicht durch regelhafte Prüfungen durch den MDK zusätzlich zu belasten.</p>
<p>Zu 2.3.1) Verordnungsvoraussetzungen</p> <p>Ein Ausschluss der Leistungen der SAPV kann nicht durch eine Versorgung im Rahmen der AAPV Ziel einer bestmöglichen Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung in der letzten Lebensphase sein.</p>	<p>Der DBfK sieht gerade in der Schnittstelle zwischen SAPV und AAPV die Möglichkeit, Patienten entsprechend all ihrer Bedarfe und Bedürfnisse zu versorgen. Zum jetzigen Zeitpunkt werden die Dienste der SAPV, entsprechend der landesrechtlichen Vertragsregelungen, zum Teil nur beratend tätig und unterstützen so die ambulanten Pflegedienste. Mit der Einführung der AAPV schließt der Gesetzgeber die notwendige Lücke für jene Patienten, die entweder eine palliative Symptomkontrolle benötigen aber die Voraussetzungen für SAPV nicht erfüllen oder zusätzlich zur SAPV-Beratung einen anderen bzw. höheren Versorgungsaufwand benötigen. Daher muss sehr wohl berücksichtigt werden dass Dienste im Rahmen der SAPV auch bei jenen Patienten beratend tätig werden, die bereits im Rahmen der AAPV versorgt werden.</p>
<p>Zu 2.3.3.2) Begriffsbestimmung Symptomkontrolle:</p> <p>Es bedarf keiner weiteren Ergänzung zur Differenzierung der SAPV und der AAPV.</p>	<p>Aus Sicht des DBfK bedarf es keiner Abgrenzung der Leistungen in der AAPV und der SAPV. SAPV und AAPV ergänzen und überschneiden sich, sie ersetzen sich nicht gegenseitig.</p>
<p>Zu 2.3.3.2) Begriffsbestimmung Krisenintervention:</p> <p>Dem Vorschlag der DKG/GKV-SV ist</p>	<p>Die Krisenintervention zeichnet die klassische Versorgungssituation von AAPV und SAPV aus. Patienten mit</p>

<p>Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK e.V. Alt-Moabit 91 10559 Berlin Fon 030-219157-0 Fax 030-219157-77 E-Mail dbfk@dbfk.de Homepage www.dbkf.de</p>	
<p>05.08.2016</p>	
<p>zustimmen.</p>	<p>instabilen Zuständen bedürfen ohne einen weiteren Vorlauf oder weitreichender Organisation sofortige Hilfe. Es muss den ambulanten Pflegediensten daher ermöglicht werden, anhand festgehaltener Notfallpläne die Behandlungsmaßnahmen für die Patienten durchzuführen und sich mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin hierzu abzustimmen.</p>
<p>Leistungsbeschreibung Nr. 24a</p> <p>Wir empfehlen die explizite Aufnahme von Koordinationsleistungen und die Durchführung von Fallbesprechungen mit weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern in den Leistungsbeschreibungen.</p> <p>Um die AAPV im Sinne der Anforderungen der Patientenbedarfe und –bedürfnisse durchführen zu können, empfehlen wir die Aufnahme folgender Punkte in die HKP-RL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schmerztherapie mittels s. c. Infusion über PCA-Pumpen - Symptomkontrolle mittels i. v. Infusion - Versorgung von onkologischen und exulzierenden Tumoren - komplementäre 	<p>Der Umfang der zu erbringenden Leistungen im Rahmen der AAPV entspricht einem umfassenden Bedarf an Kommunikation und Austausch mit dem verordnenden Arzt oder der verordnenden Ärztin sowie mit einem eventuell hinzuzuziehenden ambulanten Hospizdienst und weiteren an der Versorgung Beteiligten. Dies muss auch in der Leistungsbeschreibung deutlicher gewürdigt werden. So werden neben den durchzuführenden Koordinationsleistungen unter Umständen auch gemeinsame, patientenorientierte Fallbesprechungen mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin nötig sein um die weitere Versorgung des Patienten zu planen.</p> <p>Um auch im Rahmen der AAPV eine angemessene Versorgung der Patienten zu ermöglichen, bedarf es zwingend der Aufnahme der genannten Punkte in die HKP-RL. So können häufig auftretende Symptommatiken wie beispielsweise Übelkeit mit einer entsprechenden i.v. Infusion gelindert werden ohne den Patienten zusätzlich durch die Verabreichung von oraler Medikation weiter zu belasten. Sofern die Erstapplikation durch einen Arzt erfolgt ist, muss eine weitere Gabe auch durch den ambulanten Pflegedienst möglich und abrechnungsfähig sein. Ein weiteres Fehlen dieser Leistungen in der HKP-RL provoziert unnötige Verzögerungen in der Linderung von palliativtypischen Symptomen und gefährdet in manchen Situationen durchaus den Verbleib in der Häuslichkeit.</p> <p>Umfasst die Leistung der Symptomkontrolle jedoch nur die bisherigen Vorgaben des Leistungsverzeichnisses, werden viele alltäglich auftretende Problematiken weiterhin unberücksichtigt bleiben. Vor allen die komplementären Pflegemethoden tragen erheblich zur Verbesserung des</p>

<p>Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK e.V. Alt-Moabit 91 10559 Berlin Fon 030-219157-0 Fax 030-219157-77 E-Mail dbfk@dbfk.de Homepage www.dbkf.de</p>	
<p>05.08.2016</p>	
<p>Pflegemethoden zur Schmerzlinderung, Beruhigung und Entspannung z.B. Wickel, Auflagen, Einreibungen, Atemübungen</p>	<p>Wohlbefindens des Patienten bei und dürfen nicht unberücksichtigt bleiben.</p>
<p>Dauer und Häufigkeit in der Leistungsbeschreibung Nr. 24a muss einer uneingeschränkten Leistungsdauer entsprechen.</p>	<p>Da die Leistungsdauer zeitlich unbeschränkt sein muss, ist eine Einschränkung der Erst- und Folgeverordnungen auf Zeiträume von jeweils 14 Tagen ein unzumutbarer Bürokratieaufwand ohne Nutzen. Da es zukünftig keiner Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit durch den MDK bei Vorliegen der Voraussetzungen bedarf, muss eine Verordnung bis zum Lebensende ohne zeitliche Begrenzung möglich sein. Es ist regelhaft von einem Ausnahmefall auszugehen. Von daher ist der bürokratische Aufwand auf ein Minimum zu reduzieren.</p>
<p>Weitere erforderliche Anpassungen</p> <p>§ 5 Abs. 2 HKP-RL</p> <p>Wir weisen darauf hin, dass die Frist die Folgeverordnung in den letzten drei Arbeitstagen (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen, deutlich zu kurz ist und sehen hier eine Anpassung, vor allem für die Versorgung chronisch Kranker, auf eine Frist von 7 Arbeitstagen (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) als dringend notwendig an.</p>	<p>Vor allem zum Quartalsende werden die Haus- und Fachärzte durch einem enormen Arbeitsanfall durch die Anforderungen von Folgeverordnungen für chronisch Kranke belastet. Dies führt dazu, dass die Pflegedienste (nach Aufforderung des Patienten zum Erhalt einer neuen Verordnung, nach ggf. weiterer Untersuchung durch den verordnenden Arzt ob eine Folgeverordnung nötig ist, dem Einholen der Unterschrift von Patient oder Betreuer und der Versendung an die Krankenkasse) die Frist von 3 Tage nach Verordnungsbeginn zur Einreichung der Folgeverordnung oftmals unverschuldet nicht einhalten können. Wir bitten dies zu berücksichtigen und vor allem bei der Versorgung von chronisch kranken Patienten eine entsprechende Regelung zu finden.</p> <p>Zudem bitten wir dringend darum, eine Bearbeitungsfrist für die Kassen einzuführen. Derzeit kann es aufgrund des quartalsweisen Bearbeitungsstatus Monate dauern, bis das Genehmigungsverfahren abgeschlossen ist und der Pflegedienst mangels Genehmigungsnummer die erbrachten Leistungen trotz § 6 Abs. 6 der HKP-Richtlinie nicht in Rechnung stellen kann.</p>

Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Deutscher Caritasverband e.V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg	
04.08.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung Hier: Titel der Leistung</p> <p>Der DCV plädiert bei der Benennung der neuen Leistung Nr. 24a im Leistungsverzeichnis unter Leistungsbeschreibung für den Begriff „Palliativpflege“ und folgt damit dem Vorschlag der Patientenvertretung.</p> <p>Auf den Zusatz „Komplexleistung“ ist zu verzichten.</p>	<p>Der Titel „Palliativpflege“ ist analog zu den Titeln anderer Leistungen im Leistungsverzeichnis, die z. T. ebenfalls komplexe Leistungen umfassen (vgl. z. B. die Leistung Nr. 27a „Psychiatrische Krankenpflege“).</p> <p>Nähere Ausführungen zu der Leistung erfolgen im nachfolgenden Text. Dies halten wir für ausreichend.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung Hier: Spiegelstrich Wundbehandlung</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Wundbehandlung exulzierender Wunden ist zu streichen und unter Nr. 31 zu ergänzen.</p>	<p>Palliativpflege wird in diesem Vorschlag des G-BA als Symptomkontrolle beschrieben. In einem Spiegelstrich wird jedoch eine behandlungspflegerische Maßnahme aufgeführt, für die es bereits eine Positionsnummer im Leistungsverzeichnis Häusliche Krankenpflege gibt (vgl. Nr. 31). Nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes ist die Behandlung exulzierender Wunden unter der Nr. 31 „Anlegen und Wechseln von Wundverbänden“ zu ergänzen. Patient(inn)en, die Palliativpflege erhalten, sollen - wie in Kapitel 2 Abs.1 der tragenden Gründe bereits ausgeführt wird - auch weiterhin die ggf. notwendigen Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege zur Verfügung stehen.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung Hier: Spiegelstrich Krisenintervention ...</p> <p><u>Ergänzungsvorschlag:</u> nach dem Wort Blutungen sind als ein weiteres Beispiel „akute Angstzustände“</p>	<p>Die in der Palliativversorgung durchgeführten Leistungen dürfen und können nicht allein auf die Durchführung von Behandlungspflege als technisch-manuelle Handlung beschränkt werden, da sie sonst ihre Wirkung nicht voll entfalten kann. In der Leistungsbeschreibung bzw. den Spiegelstrichen sind bisher nur Leistungen bei körperlichen Symptomen beschrieben. In der Palliativpflege geht es nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes jedoch nicht nur um körperliche Symptome, sondern auch um psychische, psychosoziale und spirituelle Begleiterscheinungen und Prozesse, die z. T.</p>

Deutscher Caritasverband e.V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg	
04.08.2016	
aufzuführen	<p>pflegerischen Sachverstand benötigen.</p> <p>In der Palliativpflege haben die sterbenden Menschen zwar i.d.R. einen - im Vergleich zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung - geringeren palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgungsbedarf, häufig aber den gleichen psychosozialen Betreuungsbedarf, wie SAPV Patient(inn)en. Das Zugehen auf das Lebensende kann manchen Menschen in bestimmten Situationen - zusätzlich zu den körperlichen Symptomen, manchmal gerade aber auch bedingt durch die körperlichen Symptome - große Angst machen. Luftnot kann Erstickungsangst machen; Blutungen können die Angst, zu verbluten, auslösen, Flüssigkeitsmangel kann zu Verwirrtheit/aggressivem Verhalten führen etc.. Gerade hier kann Palliativpflege hilfreich sein, damit unnötige Krankenhauseinweisungen aufgrund von akuten Angstzuständen, die im Sterbeprozess auftauchen, vermieden werden. Zumal eine psychosoziale Begleitung durch ehrenamtliche Mitarbeiter ambulanter Hospizdienste nicht unbedingt rund um die Uhr verfügbar ist und nicht alle Patient(innen) eine Begleitung durch ambulante Hospizdienste erhalten oder wünschen.</p> <p>Deshalb sollten „akute Angstzustände“ in die Reihe der aufgeführten Beispiele aufgenommen werden.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung Hier: Spiegelstriche</p> <p><u>Ergänzungsvorschlag:</u> Nach den Spiegelstrichen wäre zu ergänzen: „<i>Dabei handelt es sich jeweils - im Gegensatz zur SAPV - um eine nicht aufwändige Versorgung und um ein nicht ausgeprägtes komplexes Symptomgeschehen.</i>“</p>	<p>In Bezug auf die Bemerkungen zur neuen Richtlinie, sollte der G-BA ergänzend einen Passus hinzufügen bzw. die Abgrenzung zwischen der Palliativversorgung und der SAPV klarer ziehen. Im Bereich der Leistungsbeschreibung wird die Symptomkontrolle mit einzelnen Spiegelstrichen in Ergänzung näher ausgeführt. Hier wäre es sinnvoll zu ergänzen, dass es sich um eine „nicht aufwändige Versorgung“ handelt und dass es sich um ein „nicht ausgeprägtes komplexes Symptomgeschehen“ handelt. Die zusätzlichen Adjektive „nicht aufwändige“ und „nicht ausgeprägtes“ sind dringend in der HKP-Richtlinie erforderlich, da sie einen ersten wichtigen, begrenzenden Hinweis auf den Umfang der allgemeinen Palliativversorgung geben. Zusätzlich sollte der G-BA in seiner Richtlinie zu den hinzuzufügenden Adjektiven „nicht ausgeprägtes Symptomgeschehen“ und „nicht aufwändige Versorgung“ weitere, erklärende Kriterien benennen. Mittels dieser Ergänzung wäre es für die Leistungserbringer bzw. für den verordnenden Arzt / die verordnende Ärztin klarer, welche Leistungs- und Versorgungsform (Palliativpflege oder SAPV) für den Versicherten verordnet werden kann und welche Behandlung der Symptome somit in der letzten palliativen Lebensphase adäquat sicher zu stellen wäre. Der verordnende Arzt bzw. die verordnende Ärztin hätte damit auch klarere Kriterien, wann eine Umstellung auf die SAPV notwendig ist.</p>

Deutscher Caritasverband e.V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg	
04.08.2016	
	Gleichzeitig würden dadurch gegenüber Krankenkassen und dem MDK ggf. auftretende Meinungsverschiedenheiten bei der Genehmigung der Leistung verhindert. Weiterer bürokratischer Aufwand für alle Seiten (Arzt, Pflegedienst, Krankenkasse, MDK) würde vermieden werden, Streit und mögliche Klagen würden vermutlich erheblich minimiert.
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung/ letzter Absatz:</p> <p><u>Änderungsvorschlag</u> „Diese Leistung umfasst alle im Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses sowie alle weiteren notwendigen palliativpflegerischen Leistungen der Symptomlinderung sowie therapiebezogene Besprechungen mit dem verordnenden Arzt, um so die Anpassung der Palliativversorgung in Anerkennung an den dynamischen Krankheitsverlauf und an die Besonderheiten des individuellen Einzelfalls, unter Einbeziehung der therapiebezogenen, palliativpflegerischen Beobachtungen, zu ermöglichen und sicher zu stellen.“</p>	<p>Die Eingrenzung der Leistungen auf die im Leistungsverzeichnis entsprechenden Vorgaben ist zu eingengt und wird dem Anspruch der Palliativpflege und seinen Möglichkeiten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft sowie der sozialgerichtlichen Rechtsprechung nicht gerecht.</p> <p>Die von der Pflegefachkraft in der Palliativversorgung durchgeführten Leistungen dürfen und können nicht allein auf die Durchführung von Behandlungspflege als technisch-manuelle Handlung beschränkt werden. Eine pflegerische/palliativpflegerische mitverantwortliche Tätigkeit, wie sie in der Palliativversorgung als interprofessionelle Leistung verankert ist, erfordert die Möglichkeit, therapiebezogene Beobachtungen und die im Gespräch mit dem Patienten und seinen Zugehörigen gewonnenen Erkenntnisse von Werten und Vorstellungen sowie Vorbehalte zu eingegangenen Therapieoptionen (Selbstbestimmungsrecht) aufzugreifen und mit dem verordnenden Arzt zu erörtern, um so die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu ermöglichen und regelmäßig bedarfsgerecht anzupassen. Hierzu gehört auch die Patientenedukation zur Herstellung und Verbesserung der Therapieadhärenz insbesondere bei verordneten Therapien, bei denen in der Gesellschaft große Vorbehalte herrschen, wie beispielsweise die Angst vor Abhängigkeit, Lebensverkürzung bei Einsatz von Opiaten oder Fehlinterpretationen des Patienten bei Einsatz von Psychopharmaka als Co-Medikation u.v.a.m.)</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung</p> <p><u>Ergänzungsvorschlag:</u> Nach den Spiegelstrichen ist</p>	<p>Ein Erstgespräch mit Patienten und Zugehörigen kann in der Häuslichkeit oder auch im Krankenhaus vor der Übernahme der Palliativpflege stattfinden. Hierzu gehören ein Eingangsassessment, die persönliche Übernahme des Patienten, eine erste Einschätzung des Koordinierungsbedarfes, das Erstellen eines Pflege- und Krisenplans und dessen Dokumentation.</p>

<p>Deutscher Caritasverband e.V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg</p>	
<p>04.08.2016</p>	
<p>folgender Satz zu ergänzen: <i>„Diese Leistung umfasst ebenfalls ein Erstgespräch sowie die ggf. notwendige Beratung der sterbenden Menschen und ihrer Zugehörigen im Verlauf des Sterbeprozesses.“</i></p>	<p>Spezifische Beratungselemente im Rahmen der Palliativpflege ergeben sich aus der Notwendigkeit zu einer psychosozialen, spirituellen und palliativen Begleitung als auch der Beratung von sterbenskranken Menschen und ihren Zugehörigen aufgrund der typischer Weise auftretenden Symptome, wie z. B. Unsicherheit, Angst, Panik oder Störungen der Wahrnehmung sowie bei ihrer Auseinandersetzung mit Tod und Sterben. Dies benötigt einen erhöhten Zeitaufwand, da eine nicht vordergründig kurativ ausgerichtete Pflege (mit dem Ziel der Symptomkontrolle und Förderung der Lebensqualität) auch einen erhöhten Aufklärungs- und Kommunikationsbedarf mit Patienten und deren An- und Zugehörigen hat. Die An- und Zugehörigen benötigen daher oft eine edukative Beratung, um die häusliche Versorgung aufrechterhalten zu können. Deshalb ist neben der Symptomkontrolle auch ein Erstgespräch und die Beratung als Leistung der Palliativpflege aufzuführen.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung</p> <p><u>Ergänzungsvorschlag:</u> Nach dem o.a. Satz ist folgender Satz zu ergänzen: <i>„Dazu gehört auch der fallbezogene Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf.“</i></p>	<p>In der Versorgung Sterbender muss gegenüber der normalen häuslichen Krankenpflege ein besonderes Augenmerk auf die Kommunikation, Abstimmung und Erreichbarkeit der beteiligten Leistungserbringer Wert gelegt werden. Für die ambulanten Pflegedienste entsteht zudem fallbezogen ein Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf bzgl. der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen. Ambulante Pflegedienste übernehmen hier bereits bisher einen großen Teil der Abstimmung der Versorgung. Sie sind meist täglich vor Ort und können dadurch Änderungen im Versorgungsbedarf wahrnehmen. Der Bedarf an Abstimmung kann insbesondere bei sterbenden Menschen sehr schnell ansteigen. Notwendig ist deshalb die enge Abstimmung mit dem Vertragsarzt durch ein Konzept, das den aus ärztlicher und aus pflegerischer Sicht erforderlichen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt, zukünftig ggf. auch mit dem ggf. vorhandenen besonders qualifizierten Arzt n. § 87b Abs.1b SGB V oder der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Notwendig ist ggf. auch die Einbeziehung und Abstimmung mit weiteren Berufsgruppen (z.B. Physiotherapeuten, Seelsorger, Psychologen, Apotheker,) und Hilfen (z.B. weitere Heil- und Hilfsmittelerbringer, Sanitätshäuser) und ambulanten Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit. Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung ist der von der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt mit der Pflegefachperson, gemeinsam erarbeitete und abgestimmte Behandlungsplan, der die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte</p>

<p>Deutscher Caritasverband e.V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg</p>	
<p>04.08.2016</p>	
	<p>(Behandlungsfrequenzen und –dauer) umfasst. Der Behandlungsplan ist regelmäßig im Rahmen von patientenbezogenen Fallbesprechungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern individuell anzupassen. Mit dem Vertragsarzt und anderen Leistungserbringern sind zudem ggf. patientenbezogene Fallbesprechungen zur Evaluation und Verbesserung der Leistungen durchzuführen. Deshalb sollte der fallbezogene Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf der ambulanten Pflegedienste Bestandteil der neuen Leistung „Palliativpflege“ sein.</p> <p>Die Koordinations- und Palliativberatungsleistung der ambulanten Hospizdienste bleibt hiervon unberührt.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Diese Leistung umfasst alle entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses im Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen. <i>„Außerhalb der Leistung Palliativpflege ist die Verordnung von sämtlichen Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege auch für Palliativpatientinnen und -patienten weiterhin möglich.“</i></p>	<p>Die Leistungsbeschreibung im letzten Satz nach den Spiegelstrichen ist u.E. missverständlich. Man könnte den Satz so wie er jetzt formuliert ist - so verstehen, dass alle behandlungspflegerischen Leistungen des Leistungsverzeichnisses häusliche Krankenpflege im Rahmen der Palliativpflege -Symptomkontrolle durchgeführt werden sollen.</p> <p>Nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes gibt es jedoch eine Fülle an behandlungspflegerischen Leistungen, die neben der Symptomkontrolle notwendig werden können, wie z.B. i.v.-Infusion zur Medikamentengabe, Versorgung der Schmerzpumpe/Kassettenwechsel, Versorgung exulzierender Wunden etc.. Das Leistungsverzeichnis der häuslichen Krankenpflege ist entsprechend zu ergänzen (s.u. Änderungen bei weiteren Leistungen der HKP- Richtlinie um palliative Pflege in der Häuslichkeit zu ermöglichen).</p> <p>Auch in Kapitel 2 Abs.1 der tragenden Gründe wird explizit darauf verwiesen, dass Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege auch Palliativpatient(inn)en weiterhin zur Verfügung stehen sollen.</p> <p>Um Missverständnisse zu vermeiden und Palliativpatient(inn)en nicht schlechter als alle anderen Patient(inn)en in der Häuslichen Krankenpflege zu stellen, ist der nebenstehende kursiv gesetzte Satz an dieser Stelle unbedingt zu ergänzen.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Bemerkung 3. Absatz</p> <p><u>Ergänzungsvorschlag:</u> <i>„Bei intermittierenden Verläufen über mehrere Monate ist die Leistung wiederholt</i></p>	<p>Der individuelle Verlauf einer Erkrankung, bei der die Behandlungsmaßnahmen die Linderung der schwankenden körperlichen und psychischen Symptome innerhalb des dynamischen Krankheitsverlaufes und nicht die Beseitigung der Erkrankung in den Mittelpunkt stellt, ist schwer vorherzusehen. Gerade bei den nicht-onkologischen Erkrankungen ist der Krankheitsverlauf oft sehr fluktuierend, dabei wechseln sich lange stabile Phasen mit plötzlich und zeitlich kaum vorhersehbaren auftretenden Phasen akuter Verschlechterungen ab. Manche Sterbeprozesse gehen über Monate und brauchen immer wieder eine palliativpflegerische</p>

<p>Deutscher Caritasverband e.V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg</p>	
<p>04.08.2016</p>	
<p><i>verordnungsfähig</i>‘.</p>	<p>Begleitung in unterschiedlicher Intensität, Dauer und Häufigkeit. Die Beschreibung der Leistung als einen regelmäßig begründeten Ausnahmefall für einen erforderlich längeren Leistungsbezug von mehr als 4 Wochen halten wir nicht für ausreichend. Wir haben Sorge, dass es bei nicht linear verlaufenden Sterbeprozessen zu Problemen mit der Verordnung in der Praxis kommen könnte. Maßnahmen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung sollen – sofern die jeweiligen individuellen Verordnungsvoraussetzungen erfüllt sind – auch für nacheinander folgende, nicht zusammenhängende Zeiträume verordnet werden können. In Ergänzung der Ausführungen unter §5 Abs.3 der HKP-RL schlägt der Deutsche Caritasverband daher vor, bei intermittierenden Verläufen die Verordnung dieser Leistung über mehrere Monate hinweg zu ermöglichen.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Dauer und Häufigkeit der Maßnahme</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Die Worte „<i>Erstverordnung</i> <i>und Folgeverordnungen bis</i> <i>zu 14 Tage</i>“ ist zu streichen; „<i>bis zu 6x/tgl.</i>“ ist einzufügen.</p>	<p>Wenn Palliativpflege nur verordnungsfähig ist, wenn die Lebenserwartung auf wenige Tage oder wenige Wochen limitiert ist (vgl. Tragende Gründe Pkt. 2.3.3.1 Leistungsumfang), bedarf es keiner zusätzlichen Befristung der Verordnung oder Folgeverordnung. Dies würde zu einem situativ nicht angemessenen bürokratischen Aufwand führen. Zudem ist es sterbenden Menschen und ihren Angehörigen nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes nicht zuzumuten, die jeweiligen Verordnungen und Folgeverordnungen jeweils noch zu unterschreiben und beim Arzt für eine rechtzeitige Folgeverordnung zu sorgen.</p> <p>Es fehlt außerdem eine Beschreibung, wie häufig am Tag die Leistung Palliativpflege verordnungsfähig ist. In den einzelnen Bundesländern existieren im Bereich der häuslichen Krankenpflege unterschiedliche Formen der Leistungserbringung und Abrechnung. In manchen Bundesländern wurden die einzelnen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege zu unterschiedlichen Leistungskomplexen zusammengefasst. In anderen Bundesländern werden die Leistungen nach wie vor einzeln erbracht und abgerechnet. Um diesen unterschiedlichen Gegebenheiten gerecht zu werden, soll die Leistung Palliativpflege bis zu sechsmal täglich verordnungsfähig und abrechenbar sein.</p>
<p>Tragende Gründe 2.2. Änderung in §5 Abs.3 HKP-RL</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Werden Leistungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage des § 37 Abs. 1</p>	<p>Der Deutsche Caritasverband unterstützt nachdrücklich den Formulierungsvorschlag der Patientenvertretung. Eine regelhafte Prüfung durch den MDK führt unserer Erfahrung nach zu unnötigen Verzögerungen im Genehmigungsprozess dieser Unterstützungsleistung für sterbende Menschen. Schon heute gibt es Genehmigungsprozesse im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung, die unserer Erfahrung nach bei einzelnen Krankenkassen z. T. über drei bis vier Wochen dauern. Vielfach treten die Einrichtungen und Dienste der Palliativversorgung</p>

Deutscher Caritasverband e.V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg	
04.08.2016	
<p>SGB V verordnet, so ist in Bezug auf die gesetzliche Befristung der Leistungsdauer auf vier Wochen regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall für einen erforderlichen längeren Leistungsbezug anzunehmen. <i>„Bei intermittierenden Verläufen über mehrere Monate ist wiederholt die Leistung verordnungsfähig.“</i></p> <p>Um die häusliche Pflegesituation von Palliativpatienten nicht zusätzlich zu belasten, soll – bei einer Verordnung von Nr.24a der HKP-RL gem. § 37 Abs. 1 SGB V – regelhaft auf eine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V verzichtet werden. Davon unbenommen gilt in begründeten Ausnahmefällen § 275 SGB V.</p>	<p>deshalb vorab einer Genehmigung durch die Krankenkasse im Sinne des Patienten bereits in Vorleistung. Deshalb sollte hier explizit darauf hingewiesen werden, dass auf eine regelhafte Prüfung der Verordnung durch den MDK bei Palliativpatienten verzichtet werden sollte.</p> <p>Des Weiteren sollte an dieser Stelle auch unsere Ergänzung zu intermittierenden Verläufen im Sterbeprozess aufgenommen werden.</p>
<p>Tragende Gründe 2.3.2 Durchführung der Maßnahmen</p> <p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Streichung des Textvorschlags von GKV-SV und DKG</p>	<p>Nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes bedarf es an dieser Stelle keiner Ausführungen zur Fachlichkeit von Pflegekräften.</p> <p>Die Ausführungen der HKP-Richtlinie regeln die Verordnung häuslicher Krankenpflege, deren Dauer und deren Genehmigung durch die Krankenkassen sowie die Zusammenarbeit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit den die häusliche Krankenpflege durchführenden ambulanten Pflegediensten und den Krankenhäusern. Festlegungen zu Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung sind für alle beteiligten Berufsgruppen an anderer Stelle geregelt. Abgesehen davon ist sowohl in der Gesundheits- und Krankenpflege, als auch in der Altenpflege, die spezielle Pflege sterbender Menschen Bestandteil der Ausbildung.</p>
<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Hier: Symptomkontrolle</p>	<p>Damit sich die beiden Leistungsbereiche Palliativpflege und Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in der Praxis gut ergänzen können, hält der Deutsche Caritasverband es für sinnvoll, den nebenstehenden kursiv gesetzten Hinweis auf die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in den tragenden</p>

<p>Deutscher Caritasverband e.V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg</p>	
<p>04.08.2016</p>	
<p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„In Abgrenzung der Leistung Palliativpflege im Rahmen der HKP-RL zur SAPV-Leistung ist darauf hinzuweisen, dass beim Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens mit einer ausgeprägten Symptomatik, deren Kontrolle/Kompensation wahrscheinlich einer speziellen palliativmedizinischen bzw. palliativpflegerischen Kompetenz und Erfahrung bedarf oder aber bei der Notwendigkeit einer häufigen Anpassung und Überprüfung des Behandlungsplanes aufgrund dynamischer Veränderungen im Krankheitsverlauf erfolgt, die Behandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie erfolgt.“</i></p>	<p>Gründen mit aufzuführen. Insofern unterstützen wir die ergänzenden Ausführungen der Patientenvertretung und der DKG mit kleinen Änderungen (vgl. kursiv gesetzter Satzteile und Streichungen).</p>
<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Hier: Krisenintervention</p> <p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Beim Auftreten einer Krise im Rahmen eines komplexen Symptomgeschehens ist die Weiterbehandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie zu prüfen.</p> <p><u>Ergänzungsvorschlag:</u> Nach dem o.a. Satz soll folgender Zusatz eingefügt werden: <i>„Daneben ist die Möglichkeit einer additiven Beratungsleistung und</i></p>	<p>In Kapitel 2.3.1. wird auf die Notwendigkeit einer klaren Abgrenzung zu den Leistungen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung verwiesen. Diese Abgrenzung ist unserer Ansicht nach insbesondere in dem Kapitel Krisenintervention zu verdeutlichen. Bei krisenhaften Verläufen im Sterbeprozess ist ggf. eine Weiterbehandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie - sofern SAPV in der Region bereits vorhanden ist, denn das ist immer noch nicht überall der Fall - zu prüfen. Insofern unterstützt der Deutsche Caritasverband die Formulierung der Patientenvertretung und der KBV.</p> <p>Wenn hier allein auf den Vertragsarzt / die Vertragsärztin verwiesen wird, kann das dazu führen, dass Patient(inn)en in der letzten Lebensphase ins Krankenhaus eingewiesen werden, da der Vertragsarzt / die Vertragsärztin außerhalb der Öffnungszeiten der Praxis, insbesondere nachts und an Wochenenden in der Regel nicht verfügbar ist. Auch für Ärzte nach § 87 Abs.1b SGB V ist bisher keine Rufbereitschaft rund um die Uhr vorgesehen. Der ärztliche Notdienst oder die kassenärztliche Anlaufpraxis (Ärzte der Notfallversorgung) wiederum verfügen in den seltensten Fällen über eine palliativmedizinische Zusatzqualifikation. Deshalb ist insbesondere bei krisenhaften Verläufen neben einer Weiterbehandlung im</p>

Deutscher Caritasverband e.V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg	
04.08.2016	
<i>Koordination der Versorgung durch die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu prüfen.</i>	Rahmen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auch auf die Möglichkeit einer additiven Beratungsleistung und Koordination der Versorgung durch die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu verweisen.
Änderungen bei weiteren Leistungen der HKP- Richtlinie, um palliative Pflege in der Häuslichkeit zu ermöglichen	
<p>Änderungsvorschlag bei Nr. 16 Infusionen i. v. Nach zweitem Absatz ist einzufügen: <i>„Dies gilt nicht für die ambulante palliativpflegerische Versorgung“.</i></p>	<p>Schmerzmittel, Antiemetika, etc. werden häufig als Dauerinfusion, bzw. über eine PCA-Pumpe verabreicht. Hierzu ist diese Anpassung unverzichtbar.</p> <p>Hierzu gehören das Anlegen von Kurzinfusionen bei liegenden Zugängen und die Überwachung einer Infusionstherapie. Darüber hinaus gehört auch die Punktion eines Port-a-cath für entsprechend nachweislich qualifizierte Dienste zu den HKP-Leistungen.</p> <p>Des Weiteren gehören dazu die Vorbereitung der Medikation, die Einstellung und Überwachung der Medikation mittels Schmerzpumpe einschließlich Kassettenwechsel, die Überwachung einer symptomlindernden Behandlung und/ oder Hilfestellung bei der Anwendung von symptomlindernden Medikamenten sowie die Überwachung von apparativen palliativmedizinischen Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe).</p>
<p>Ergänzungsvorschlag zu Nr. 18 Injektionen, i. v./ Bemerkung:</p> <p>Nach dem Satz <i>„Die i. v. Injektion ist eine ärztliche Leistung.“</i> Ist der folgende Satz einzufügen: <i>„Für die ambulante palliativpflegerische Versorgung gilt entsprechend die Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä " Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013“</i></p>	<p>Eine Ungleichbehandlung der Palliativpflege zur nicht-ärztlichen Praxisassistent(in) (NäPa) ist nicht nachvollziehbar und unbegründet. Zur Wirksamkeit der Leistung Palliativpflege im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung ist die vorgeschlagene Änderung unabdingbar.</p>

Deutscher Caritasverband e.V., Karlstraße 40, 79104 Freiburg	
04.08.2016	
gez. Prof. Dr. Georg Cremer Generalsekretär Vorstand Sozial- und Fachpolitik	



Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

<p>Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. Oranienburger Straße 13-14 10178 Berlin</p>	
<p>05.08.2016</p>	
<p>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</p>	<p>Begründung</p>
<p>Um die AAPV im Sinne der Anforderungen der Patientenbedarfe und –bedürfnisse durchführen zu können, empfiehlt der Paritätische die Aufnahme folgender Punkte in die HKP-RL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schmerztherapie mittels s. c. Infusion über PCA-Pumpen - Symptomkontrolle mittels i. v. Infusion - Versorgung von onkologischen und exulzierenden Tumoren - komplementäre Pflegemethoden zur Schmerzlinderung, Beruhigung und Entspannung z.B. Wickel, Auflagen, Einreibungen, Atemübungen 	<p><u>Grundsätzliches:</u> Der Deutsche Paritätische Gesamtverband begrüßt das Anliegen des G-BA den besonderen Versorgungsbedürfnissen von unheilbar kranken Menschen durch Aufnahme gesonderter Leistungen in die HKP-RL gerecht zu werden. Die geplante Komplexleistung Nr. 24a reicht jedoch in der Form nicht aus um den Anforderungen an eine angemessene allgemeine ambulante Palliativversorgung gerecht zu werden.</p> <p>Um im Rahmen der AAPV eine angemessene Versorgung der Patienten zu ermöglichen, bedarf es zwingend der Aufnahme weiterer Maßnahmen in die HKP-RL. So können häufig auftretende Symptommatiken wie bspw. Übelkeit mit einer entsprechenden i.v. Infusion gelindert werden ohne den Patienten zusätzlich durch die Verabreichung von oraler Medikation weiter zu belasten. Ein weiteres Fehlen dieser Leistungen in der HKP-RL führt vielfach zu unnötigen Verzögerungen in der Linderung von palliativtypischen Symptomen und gefährdet in manchen Situationen durchaus den Verbleib in der Häuslichkeit.</p> <p>Der Beschlusentwurf sieht vor, dass die Leistung alle im Leistungsverzeichnis der HKP-RL genannten Maßnahmen umfasst. Bleibt es jedoch bei den bisherigen behandlungspflegerischen Leistungen, werden viele alltäglich auftretende Problematiken weiterhin unberücksichtigt bleiben. Vor allem die komplementären Pflegemethoden tragen erheblich zur Verbesserung des Wohlbefindens des Patienten bei und dürfen daher nicht unberücksichtigt bleiben.</p>
<p>Beschlusentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung Nr. 24a</p> <p>Der Paritätische spricht sich bei der Benennung der neuen Leistung Nr. 24a im Leistungsverzeichnis unter Leistungsbeschreibung für</p>	<p>Der Paritätische spricht sich für den Titel Palliativpflege aus, da der Zusatz "Komplexleistung" für nicht notwendig erachtet wird und zu Missverständnissen führt. Während in der palliativpflegerischen Versorgung bei der Komplexleistung einzelne an die Bedürfnisse des Patienten ausgerichtete Verrichtungen ausgewählt werden können, bestehen Komplexleistungen in der häuslichen Krankenpflege aus mehreren Einzelverrichtungen, die zwingend erbracht werden müssen.</p>



<p>Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. Oranienburger Straße 13-14 10178 Berlin</p>	
<p>05.08.2016</p>	
<p>den Begriff „Palliativpflege“ aus. Die Position des GKV-SV wird abgelehnt.</p>	
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis Nr. 24a/ Dauer und Häufigkeit der Maßnahme</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Erstverordnung bis zu 28 und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage;</p> <p>situativ/mehrfach täglich</p>	<p>Eine Begrenzung der Verordnungsfähigkeit auf maximal 14 Tage ist aufgrund der besonderen Lebenssituation der Palliativpatienten nicht sachgerecht und erhöht unnötigerweise den Bürokratieaufwand.</p> <p>Wie der G-BA in den tragenden Gründen (unter 2.3.3.1) ausführt, muss es sich hierbei um eine Leistung handeln, die flexibel – situativ auch mehrfach täglich- erbracht werden kann. Dies ist im Leistungsverzeichnis klarzustellen.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Bemerkung</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Diese Leistung ist ordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten am Lebensende nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen. Bei intermittierenden Verläufen über mehrere Monate ist wiederholt die Leistung ordnungsfähig.</p>	<p>Zu Absatz 3:Es wird ausgeführt, dass diese Leistung bei Patientinnen und Patienten in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende ordnungsfähig ist, um den Verbleib in der Häuslichkeit zu gewährleisten.</p> <p>Palliativpatienten leiden zwar an einer unheilbaren, fortschreitenden Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung, befinden sich jedoch nicht unmittelbar im Sterbeprozess. Das Lebensende in einer guten wirksamen Palliativversorgung kann plötzlich eintreten, oder mit entsprechend stabilen und instabilen Phasen noch Monate auf sich warten lassen. Der Bedarf an AAPV ist daher weder auf wenige Tage noch auf maximal vier Wochen begrenzt. Dies hat der Gesetzgeber auch erkannt und in der Gesetzesbegründung zum Hospiz- und Palliativgesetz zur AAPV in § 37 SGB V festgestellt, dass diese oftmals über mehrere Wochen bis Monate notwendig ist. Vor diesem Hintergrund ist die Begrenzung auf wenige Tage bzw. Wochen zu streichen. Ansonsten wird das gesetzliche Anliegen, mit Hilfe der AAPV die Beschwerden von Palliativpatienten wie Schmerzen, Übelkeit, Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Atemnot zu lindern um Lebensqualität bis zum Lebensende zu erreichen, vielfach verfehlt.</p> <p>Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen dynamischen Krankheitsentwicklungen ausgesetzt sind. Die psychischen als auch körperlichen Symptome schwanken während des Krankheitsverlaufs. Daher muss ein Anspruch auf palliativpflegerische Leistungen über mehrere Monate gesichert sein.</p>



<p>Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. Oranienburger Straße 13-14 10178 Berlin</p>	
<p>05.08.2016</p>	
<p>Beschlussentwurf VI Sachverzeichnis</p> <p>Im Sachverzeichnis wird nach der Zeile „Orthesen, An- und ablegen Siehe Körperpflege Nr. 4“ eine neue Zeile eingefügt.</p> <p>Der Paritätische spricht sich für die Aufnahme des Wortes: „Palliativpflege“ aus.</p>	<p>Entsprechend unserer Stellungnahme zu „Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung ist auch im Sachverzeichnis der Wortlaut “Palliativpflege“ aufzunehmen.</p>
<p>Tragende Gründe 2.2. Änderung in §5 Abs.3 HKP-RL <u>Änderungsvorschlag:</u> Werden Leistungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 SGB V verordnet, so ist in Bezug auf die gesetzliche Befristung der Leistungsdauer auf vier Wochen regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall für einen erforderlichen längeren Leistungsbezug anzunehmen. Um die häusliche Pflegesituation von Palliativpatienten nicht zusätzlich zu belasten, soll – bei einer Verordnung von Nr.24a der HKP-RL gem. § 37 Abs. 1 SGB V – regelhaft auf eine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V verzichtet werden. Davon unbenommen gilt in begründeten Ausnahmefällen § 275 SGB V.</p>	<p>In den Tragenden Gründen sind die Ausführungen zum Vorliegen eines begründeten Ausnahmefalls zwingend vorzunehmen. Nach Auffassung des Paritätischen ergänzen sich die beiden Textvorschläge und sind daher beide aufzunehmen. Insbesondere den Hinweis der Patientenvertretung, dass auf eine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 bei ambulanter Palliativversorgung regelhaft zu verzichten ist, halten wir für notwendig.</p>



Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. Oranienburger Straße 13-14 10178 Berlin	
05.08.2016	
Tragende Gründe 2.3.2. Durchführung der Maßnahme <u>Lösungsvorschlag:</u> Streichung des in der Tabelle aufgeführten Vorschlags des GKV-SV und der DKG	Der GKV-SV und die DKG verweisen hier auf Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende und stellen fest, dass diese Grundsätze den Pflegekräften bekannt sein müssen und sofern nicht, hierzu Fort- und Weiterbildungsangebote zu nutzen sind. Der Paritätische fordert die Streichung dieses Hinweises, da im Rahmen der HKP-RL keine Hinweise zur Sicherstellung der Fachlichkeit von Pflegekräften gegeben werden sollten. Inhalt der HKP-RL ist die <u>Verordnung</u> häuslicher Krankenpflege, deren <u>Dauer</u> und deren <u>Genehmigung</u> durch die Krankenkassen sowie die <u>Zusammenarbeit</u> der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit den die häusliche Krankenpflege durchführenden ambulanten Pflegediensten und den Krankenhäusern. Festlegungen über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung sind für alle beteiligten Berufsgruppen an anderen Stellen verortet.

Berlin, den 05.08.2016
 Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.
 Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin, <http://www.der-paritaetische.de>
Ansprechpartnerin:
 Katharina Owczarek, Referentin für Altenhilfe und Pflege, altenhilfe@paritaet.org



Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Deutsches Rotes Kreuz	
02.08.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung Hier: Titel der Leistung</p> <p>Das Deutsche Rote Kreuz spricht sich bei der Benennung der neuen Leistung Nr. 24a im Leistungsverzeichnis unter Leistungsbeschreibung für den Begriff „Palliativpflege“ aus.</p> <p>Die Position des GKV-SV wird abgelehnt.</p>	<p>Die Bezeichnung „Komplexleistung“ ist aus unserer Sicht unangemessen.</p> <p>Bereits bestehende und auf den Landesebenen verhandelte Leistungskomplexe bestehen aus mehreren Einzelverrichtungen. Um die jeweiligen Leistungskomplexe abrechnen zu können, müssen alle Einzelleistungen erbracht worden sein.</p> <p>Bei der Palliativpflege werden aus dem Rahmen möglicher Verrichtungen einzelne für die individuelle Versorgungssituation notwendige Verrichtungen ausgewählt.</p> <p>Um Abrechnungsprobleme in der Praxis zu vermeiden, sollte eine Klarstellung bereits bei der Eingangsbenennung stattfinden.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Dauer und Häufigkeit der Maßnahme</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Erstverordnung bis zu 28 und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage; Verordnungshäufigkeit der Maßnahme bis zu 6x/ Tag</p>	<p>Aufgrund der besonderen Lebenssituation in der Palliativversorgung sollte die Verordnungsdauer bei einer HKP-Erstverordnung nicht auf 14 Tage begrenzt sondern auf 28 Tage verlängert werden.</p> <p>Mit der Verlängerung der Erstverordnung ginge ein Bürokratieabbau für den verordnenden Arzt bzw. für die verordnende Ärztin einher. Auch die Einbeziehung anderer, notwendiger Partner im Netzwerk zur häuslichen Versorgung wäre für eine Zeitperspektive von 28 statt 14 Tagen leichter möglich.</p> <p>Eine Verordnungshäufigkeit von bis zu 6x/ Tag sehen wir als adäquat an.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Bemerkung</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Diese Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem</p>	<p>Zu Absatz 3: Es wird ausgeführt, dass diese Leistung bei Patientinnen und Patienten in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende verordnungsfähig ist, um den Verbleib in der Häuslichkeit zu gewährleisten.</p> <p>Der Sterbeprozess verläuft sehr unterschiedlich, oftmals intermittierend über Monate. Vor diesem Hintergrund führt die Gesetzesbegründung des Hospiz- und Palliativgesetzes hinsichtlich der Ergänzung des §37 SGB V auch aus, dass die allgemeine Palliativversorgung oftmals über mehrere Wochen</p>



Deutsches Rotes Kreuz	
02.08.2016	
<p>Lebensende nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen. Bei intermittierenden Verläufen über mehrere Monate ist wiederholt die Leistung verordnungsfähig.</p>	<p>bis Monate notwendig ist.</p> <p>Das Deutsche Rote Kreuz spricht sich daher in solchen Fällen dafür aus, eine Verordnungsfähigkeit der Leistungen über mehrere Monate zu ermöglichen.</p>
<p>Beschlussentwurf VI Sachverzeichnis</p> <p>Im Sachverzeichnis wird nach der Zeile „Orthesen, An- und ablegen Siehe Körperpflege Nr. 4“ eine neue Zeile eingefügt.</p> <p>Das Deutsche Rote Kreuz spricht sich für die Aufnahme des Wortes: „Palliativpflege“ aus.</p>	<p>In Anlehnung an unsere Stellungnahme zu „Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung Hier: Titel der Leistung“ ist auch im Sachverzeichnis der Wortlaut “Palliativpflege“ aufzunehmen.</p>
<p>Tragende Gründe 2.2. Änderung in §5 Abs.3 HKP-RL <u>Änderungsvorschlag:</u> Werden Leistungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 SGB V verordnet, so ist in Bezug auf die gesetzliche Befristung der Leistungsdauer auf vier Wochen regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall für einen erforderlichen längeren Leistungsbezug</p>	<p>Beim ersten Textblock halten wir den Textvorschlag der KBV für angemessen. Die Nennung des BSG-Urteils ist überflüssig, evt. sogar kontraproduktiv. Kontraproduktiv in dem Fall, wenn dortige weitergehende Aussagen fälschlicherweise auf die Richtlinie übertragen werden.</p> <p>Beim zweiten Textblock befürworten wir den Formulierungsvorschlag der Patientenvertreter. Der alternative Formulierungsentwurf von GKV,KBV und DKG ist schwer verständlich und kann daher in der Praxis zu unterschiedlichen Auslegungen führen.</p> <p>In rot sind bereit a.a.O. genannte Änderungsvorschläge zur Klarstellung eingefügt worden.</p>



Deutsches Rotes Kreuz	
02.08.2016	
<p>anzunehmen. Bei intermittierenden Verläufen über mehrere Monate ist wiederholt die Leistung verordnungsfähig.</p> <p>Um die häusliche Pflegesituation von Palliativpatienten nicht zusätzlich zu belasten, soll – bei einer Verordnung von Nr.24a der HKP-RL gem. § 37 Abs. 1 SGB V – regelhaft auf eine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V verzichtet werden. Davon unbenommen gilt in begründeten Ausnahmefällen § 275 SGB V.</p>	
<p>Tragende Gründe 2.3.2 Durchführung der Maßnahmen</p> <p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p> <p>Das Deutsche Rote Kreuz spricht sich für die Streichung des Textvorschlags von GKV-SV und DKG aus</p>	<p>Unter „Durchführung von Maßnahmen“ weisen der GKV-SV und die DKG auf Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende hin. Es wird ausgeführt, dass diese Grundsätze den Pflegekräften bekannt sein müssen und sofern nicht, hierzu Fort- und Weiterbildungsangebote zu nutzen sind.</p> <p>Dieser von GKV und DKG gewünschte Texteschub wird zurückgewiesen.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Der GBA ist nicht das Gremium, in dem solche Festlegungen, u.a. mit Auswirkungen auf die Leistungsvergütung, getroffen werden kann. Diese Fragen sind in den Vergütungsverhandlungen auf Landesebene zu klären. b) Was aus Sicht von GKV und DKG „einige grundlegenden Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende“ sind, wird nicht näher spezifiziert und bleibt damit unklar. Weder eine kritische Auseinandersetzung mit den fachlichen Inhalten, noch eine Umsetzung ist damit möglich. c) Aus „Empfehlungen“ im ersten Satz „Grundsätze“ im zweiten Satz zu machen und ihnen damit einen verbindlicheren Charakter zu verleihen, ist eine nicht nachvollziehbare Steigerung. d) Wir möchten auf (fach-) politischen Folgen hinweisen,



Deutsches Rotes Kreuz	
02.08.2016	
	<p>die es hätte, wenn eine Berufsgruppe „von außen“ darüber belehrt wird, auf welchen Grundsätzen ihre Arbeit beruht</p> <p>Zusammenfassend bittet das Deutsche Rote Kreuz darum, dass sich der GBA mit den ihm übertragenden Kernaufgaben beschäftigt und Grenzüberschreitungen vermeidet.</p> <p>Langjährige Forderung des Deutschen Roten Kreuzes ist es, dass die HKP-Leistungserbringer im GBA vertreten sind. Diese Forderung ist Anfang der 2000er Jahre entstanden, als der GBA versucht hat die Prophylaxen in diesem Gremium zu regeln. Der o.g. GKV/DKG- Textvorschlag zeigt, dass die Umsetzung dieser Forderung mehr als notwendig ist.</p>
<p>Tragende Gründe 2.3.3.1 Leistungsumfang</p> <p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p> <p>Das Deutsche Rote Kreuz unterstützt die Textvariante des GKV-SV / KBV sowie der Patientenvertretung.</p>	<p>Den von der DKG eingefügten Satz mit einer beispielhaften Darstellung halten wir für nicht notwendig.</p>
<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Hier: Krisenintervention</p> <p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p> <p>Das Deutsche Rote Kreuz unterstützt die Haltung der Patientenvertretung und KBV.</p>	<p>Bei eintretenden Krisen in der letzten Lebensphase ist die Weiterbehandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie zu prüfen. Allein auf den Vertragsarzt zu verweisen, um das weitere Vorgehen abzustimmen, greift aus unserer Sicht zu kurz.</p>
<p>Tragende Gründe 2.3.5 Dauer und Häufigkeit der Maßnahme</p> <p><u>Änderungsvorschlag</u> Erstverordnung bis zu 28 und Folgeverordnungen bis</p>	<p>Mit der Verlängerung der Erstverordnung ginge ein Bürokratieabbau für den verordnenden Arzt bzw. für die verordnende Ärztin einher. Auch die Einbeziehung anderer, notwendiger Partner im Netzwerk zur häuslichen Versorgung wäre für eine Zeitperspektive von 28 statt 14 Tagen leichter möglich.</p>



Deutsches Rotes Kreuz	
02.08.2016	
zu 14 Tage; Verordnungshäufigkeit der Maßnahme bis zu 6x/ Tag	Eine Verordnungshäufigkeit von bis zu 6x/ Tag sehen wir als adäquat an.



Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. Caroline-Michaelis-Straße 1 10115 Berlin	
05.08.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Stellungnahme zur neuen Leistung Nr. 24a	
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Bezeichnung der Leistungsziffer Nr. 24a</p> <p>Zur Auswahl stehen „Komplexleistung zur Palliativpflege“ vs. „Palliativpflege“</p> <p>Die Diakonie Deutschland spricht sich für den Begriff „Palliativpflege“ aus. Auf den Zusatz „Komplexleistung“ ist zu verzichten.</p>	<p>Ausweislich der tragenden Gründe kann die Leistung flexibel - ggf. situativ auch mehrfach täglich- die Symptomkontrolle ermöglichen und alle behandlungspflegerischen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie, die im Rahmen eines Pflegeeinsatzes erforderlich werden, beinhalten. Es können aber auch zusätzlich zur Nr. 24a weitere behandlungspflegerische Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet werden, wenn diese aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht gleichzeitig im Rahmen der Nr. 24a erbracht werden können. Um Letzteres zu ermöglichen und auch eine sprachliche und inhaltliche Abgrenzung zur SAPV zu ermöglichen, halten wir es für erforderlich auf den Zusatz Komplexleistung zu verzichten.</p> <p>Der Begriff Komplexleistung ist in der Palliativversorgung besetzt mit der ärztlich-pflegerischen Komplexleistung in der SAPV, die definiert, dass diese alle Leistungen des SAPV Teams, unabhängig der Berufszugehörigkeit umfasst. Für eine klare Abgrenzung zur SAPV ist hier deshalb die Bezeichnung Palliativpflege vorzuziehen, die damit deutlich ausdrückt, dass in der HKP-RL ausschließlich die pflegerischen Anteile der Palliativversorgung gemeint sind. Diese Leistung ist von Pflegefachkräften, die unter der fachlichen Leitung einer Pflegefachkraft mit der Zusatzqualifikation Palliative Care stehen, zu erbringen.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Änderungsvorschlag zur Leistungsbeschreibung</p> <p>Der dritte Spiegelstrich ist um „Angstzustände, Delir, Verwirrtheit, Unruhe, Depression“ zu ergänzen.</p>	<p>Dies stellt eine notwendige Ergänzung dar. Diese korrespondierend mit den Symptomen der vorgehenden Spiegelstriche, um Notsituationen, die aufgrund von psychischen/emotionalen Problemlagen als Reaktion auf Symptome (z. B. Erstickungsangst aufgrund von Luftnot oder die Angst zu verbluten oder bei Verwirrtheit/Aggressives Verhalten oder bei Delir, Flüssigkeitsmangel, etc. u.v.a.m.) auftreten, entgegenwirken und ressourcenfokussiert stabilisieren zu können.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Ergänzungsvorschlag zur Leistungsbeschreibung</p>	<p>Ein Erstgespräch mit Patienten und Zugehörigen kann in der Häuslichkeit oder auch im Krankenhaus vor der Übernahme der Palliativpflege stattfinden. Hierzu gehören unter anderem ein Eingangsassessment, die persönliche Übernahme des</p>



<p>Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. Caroline-Michaelis-Straße 1 10115 Berlin</p>	
<p>05.08.2016</p>	
<p>Nach den Spiegelstrichen ist folgender Satz zu ergänzen: <i>„Diese Leistung umfasst ebenfalls ein Erstgespräch sowie die ggf. notwendige Beratung der sterbenden Menschen und ihrer Zugehörigen.“</i></p>	<p>Patienten, eine erste Einschätzung des Koordinierungsbedarfes, das Erstellen eines Pflege- und Krisenplans und dessen Dokumentation. Spezifische Beratungselemente im Rahmen der Palliativpflege ergeben sich aus der Notwendigkeit zu einer psychosozialen, spirituellen und palliativen Begleitung als auch der Beratung von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Zugehörigen aufgrund der typischer Weise auftretenden Symptome, wie z. B. Unsicherheit, Angst, Panik oder Störungen der Wahrnehmung sowie bei ihrer Auseinandersetzung mit Tod und Sterben. Hierbei geht es auch um die Wahrung der Selbstbestimmungsrechte des sterbenden Menschen. Dies benötigt einen erhöhten Zeitaufwand, da eine nicht vordergründig kurativ ausgerichtete Pflege (mit dem Ziel der Symptomkontrolle und Förderung der Lebensqualität) auch einen erhöhten Aufklärungs- und Kommunikationsbedarf mit Patienten und deren An- und Zugehörigen hat. Deshalb sind neben der Symptomkontrolle auch ein Erstgespräch und die Beratung als Leistung der Palliativpflege aufzuführen.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Ergänzungsvorschlag zur Leistungsbeschreibung</p> <p>Nach dem o.a. Satz ist folgender Satz zu ergänzen: <i>„Dazu gehört auch der fallbezogene Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf.“</i></p>	<p>Für die ambulanten Pflegedienste entsteht fallbezogen ein Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf bzgl. der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen, da insbesondere in der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen auch der Fokus auf die Kommunikation, Abstimmung und Erreichbarkeit der beteiligten Leistungserbringer gelegt werden muss. Ambulante Pflegedienste übernehmen hier bereits bisher einen großen Teil der Abstimmung der Versorgung. Sie sind meist täglich vor Ort und können dadurch Änderungen im Versorgungsbedarf wahrnehmen. Der Bedarf an Abstimmung kann insbesondere bei sterbenden Menschen sehr schnell ansteigen. Notwendig ist deshalb die enge Abstimmung mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt durch ein Konzept, dass den aus ärztlicher und aus pflegerischer Sicht erforderlichen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt, zukünftig, auch mit dem ggf. vorhandenen besonders qualifizierten Arzt nach § 87b Absatz 1b SGB V. Notwendig ist ggf. auch die Einbeziehung und Abstimmung mit weiteren Berufsgruppen (z.B. Physiotherapeuten, Seelsorger, Psychologen, Apotheker,) und Hilfen (z.B. weitere Heil- und Hilfsmittelerbringer, Sanitätshäuser) und ambulanten Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit. Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen</p>



<p>Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. Caroline-Michaelis-Straße 1 10115 Berlin</p>	
<p>05.08.2016</p>	
	<p>der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung ist der von der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt mit der Pflegefachperson, gemeinsam erarbeitete und abgestimmte Behandlungsplan, der die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsfrequenzen und -dauer) umfasst. Der Behandlungsplan ist regelmäßig im Rahmen von patientenbezogenen Fallbesprechungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern individuell anzupassen. Mit dem Vertragsarzt und anderen Leistungserbringern sind zudem ggf. patientenbezogene Fallbesprechungen zur Evaluation und Verbesserung der Leistungen durchzuführen. Deshalb sollte der fallbezogene Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf der ambulanten Pflegedienste Bestandteil der neuen Leistung „Palliativpflege“ sein. Die Koordinations- und Palliativberatungsleistung der ambulanten Hospizdienste bleibt hiervon unberührt.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Änderungsvorschlag zu Satz 2 in der Spalte Leistungsbeschreibung Dieser ist zu eng gefasst und wie folgt zu formulieren:</p> <p><i>„Diese Leistung umfasst alle im Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses sowie alle weiteren notwendigen palliativpflegerischen Leistungen der</i></p>	<p>Die Eingrenzung der Leistungen auf die im Leistungsverzeichnis entsprechend vorgegebenen, ist zu eingengt und wird dem Anspruch der Palliativpflege und seinen Möglichkeiten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft sowie der sozialgerichtlichen Rechtsprechung¹ nicht gerecht. Palliativpflege bezeichnet ein Handlungsfeld, das eigene Handlungskompetenzen unabhängig von ärztlicher Tätigkeit entwickelt hat. Dabei orientiert sich palliative Pflege an den symptomverstärkenden bzw. symptomlindernden Faktoren bei den alltäglichen Anforderungen, die der lebenslimitierend erkrankte Mensch mit eingeschränkten körperlichen, psychischen oder seelischen Funktionen nicht mehr sicher ausführen kann. Hierdurch kann insbesondere im Alltag ein hohes Maß an Lebensqualität und eigenen Ressourcen zurückgewonnen werden. Die von der Pflegefachkraft in der Palliativversorgung durchgeführten Leistungen dürfen und können nicht allein auf die Durchführung von Behandlungspflege als technisch-manuelle Handlung beschränkt werden. Eine</p>

¹ Behandlungspflege umfasst nach der sozialgerichtlichen Rechtsprechung die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, das heißt alle Pflegemaßnahmen, die nur durch eine bestimmte Krankheit verursacht werden, speziell auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese Maßnahmen typischerweise nicht von einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von Laien erbracht werden. (Bundessozialgericht, Urteil vom 19. 2. 1998 - B 3 P 3/97 R; Urteil vom 17. 3. 2005 - B 3 KR 9/04 R



<p>Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. Caroline-Michaelis-Straße 1 10115 Berlin</p>	
<p>05.08.2016</p>	
<p><i>Symptomlinderung sowie therapiebezogene Besprechungen mit dem verordnenden Arzt, um so die Anpassung der Palliativversorgung in Anerkennung an den dynamischen Krankheitsverlauf und an die Besonderheiten des individuellen Einzelfalls, unter Einbeziehung der therapiebezogenen, palliativpflegerischen Beobachtungen, zu ermöglichen und sicherzustellen.“</i></p>	<p>pflegerische/palliativpflegerische mitverantwortliche Tätigkeit, wie sie in der Palliativversorgung als interprofessionelle Leistung verankert ist, erfordert die Möglichkeit, therapiebezogene Beobachtungen und die im Gespräch mit dem Patienten und seinen Zugehörigen gewonnenen Erkenntnisse von Werten und Vorstellungen sowie Vorbehalte zu eingegangenen Therapieoptionen (Selbstbestimmungsrecht) aufzugreifen und mit dem verordnenden Arzt zu erörtern, um so die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu ermöglichen und regelmäßig bedarfsgerecht anzupassen.. Hierzu gehört auch die Patientenedukation zur Herstellung und Verbesserung der Therapieadhärenz insbesondere bei verordneten Therapien, bei denen in der Gesellschaft große Vorbehalte herrschen wie beispielsweise die Angst vor Abhängigkeit, Lebensverkürzung bei Einsatz von Opiaten oder Fehlinterpretationen des Patienten bei Einsatz von Psychopharmaka als Co-Medikation u.v.a.m.)</p> <p>Hierin liegt auch die Notwendigkeit einer zusätzlichen Qualifikationsanforderung an den Leistungserbringer begründet, der mindestens eine in der Palliativpflege weitergebildete Pflegefachkraft (160 Std.) vorhalten muss, um diesem Anspruch gerecht werden zu können.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Änderungsvorschlag zur Leistungsbeschreibung</p> <p>Nach Satz 2 ist in der Leistungsbeschreibung der folgende Satz einzufügen: <i>„Außerhalb der Leistung Palliativpflege ist die Verordnung von sämtlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch für Palliativpatientinnen und -patienten weiterhin möglich.“</i></p>	<p>Nach Ansicht der Diakonie Deutschland gibt es jedoch verschiedene behandlungspflegerische Leistungen, die neben der Symptomkontrolle notwendig werden können, wie z. B. i. v.- Infusion zur Flüssigkeitssubstitution oder Medikamentengabe, Versorgung der Schmerzpumpe/Kassettenwechsel. Auch in Kapitel 2 Abs. 1 der Tragenden Gründe wird explizit darauf verwiesen, dass Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege auch Palliativpatientinnen und -patienten weiterhin zur Verfügung stehen sollen.</p> <p>Um Missverständnisse zu vermeiden und Palliativpatientinnen und -patienten nicht schlechter als alle anderen Patientinnen und Patienten der häuslichen Krankenpflege zu stellen, ist der nebenstehende kursiv gesetzte Satz an dieser Stelle unbedingt zu ergänzen.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Änderungsvorschlag zu Bemerkung Absätze 1 und</p>	<p>Die Beschränkung der Verordnungsfähigkeit auf die letzten Tage bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende ist zu eng gefasst und entspricht nicht den Erfordernissen einer Symptomkontrolle bei Palliativpatienten. Auch die Gesetzesbegründung zum Hospiz- und Palliativgesetz führt zu §</p>



<p>Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. Caroline-Michaelis-Straße 1 10115 Berlin</p>	
<p>05.08.2016</p>	
<p>2. Diese sind wie folgt zu fassen: <i>„Die Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL ist für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen oder Patienten in jedem Alter verordnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden <u>und-oder</u> so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage oder wenige Wochen oder <u>Monate gesunken</u> limitiert ist und unter anderem die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität, im Vordergrund stehen. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Eine Erkrankung ist <u>weit fortgeschritten</u>, wenn die <u>Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität</u> sowie die</i></p>	<p>37 Absatz 2a SGB V aus, dass die Palliativversorgung oftmals über mehrere Wochen bis Monate notwendig ist. Analog der bei der Palliativversorgung geltenden ärztlichen Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 sowie der Vereinbarung zur Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V (vgl. § 2 Abs. 1 des Entwurfs der Vereinbarung zur Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V vom 20.07.2016), ist als Voraussetzung für die Verordnung eine nicht heilbare Erkrankung vorauszusetzen, bei der die Behandlungsmaßnahmen als spezifisch palliativpflegerische Versorgung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten (s. Punkt 2 „Eckpunkte der Entscheidung“ der Tragenden Gründe zur HKP-RL) der Linderung der schwankenden körperlichen und psychischen Symptome innerhalb des dynamischen Krankheitsverlaufs, nicht zur Heilung der Erkrankung dienen. Bei der Definition der Lebenserwartung ist der Krankheitsverlauf nicht-onkologischer Erkrankungen zu würdigen. Obgleich deren körperliche Symptomlast mit derjenigen von Tumorpatientinnen und -patienten vergleichbar ist, übersteigt nach Auffassung der Fachliteratur die psychische Symptomlast häufig diejenige von Krebspatienten. Der individuelle Verlauf einer Erkrankung, bei der die Behandlungsmaßnahmen die Linderung der schwankenden körperlichen und psychischen Symptome innerhalb des dynamischen Krankheitsverlaufs und nicht die Beseitigung der Erkrankung in den Mittelpunkt stellt, ist schwer vorherzusehen. Gerade bei den nicht-onkologischen Erkrankungen ist der Krankheitsverlauf oft sehr fluktuierend, dabei wechseln sich lange stabile Phasen mit plötzlich und zeitlich kaum vorhersehbaren auftretenden Phasen akuter Verschlechterungen ab.</p> <p>Unserer Auffassung nach muss die Leistung Palliativpflege nach Nr. 24a auch verordnet werden können, wenn nach Ermessen des Vertragsarztes die Lebenserwartung bei Monaten liegt.</p>



<p>Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. Caroline-Michaelis-Straße 1 10115 Berlin</p>	
<p>05.08.2016</p>	
<p><u>psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen</u>.</p>	
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Ergänzungsvorschlag zu Bemerkung. Es ist ein neuer Absatz 3 einzufügen. <i>„Die Leistung kann auch für nacheinander folgende, nicht zusammenhängende Zeiträume bei intermittierenden Verläufen verordnet werden. Dabei kann auch die Beratung und Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung, die bei Bedarf auch wiederholt erbracht werden kann, Gegenstand der Leistung sein.“</i></p>	<p>Der Sterbeprozess verläuft sehr unterschiedlich, oftmals intermittierend über Monate. Vor diesem Hintergrund führt die Gesetzesbegründung des Hospiz- und Palliativgesetzes hinsichtlich der Ergänzung in § 37 Absatz 2a SGB V auch aus, dass die allgemeine Palliativversorgung oftmals über mehrere Wochen bis Monate notwendig ist. Die Einfügung von Satz 2 im neuen Absatz 3 hier dient der Stärkung und der Aufrechterhaltung der häuslichen Pflegearrangements insbesondere bei den Krankheitsverläufen, bei denen durch intermittierende Phasen eine fortlaufende Palliativpflege ggf. nicht erforderlich ist. Die Schulung, Anleitung und Beratung gibt den An- und Zugehörigen Handlungssicherheit im Umgang mit palliativen häuslichen Pflegesituationen.</p>
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Änderungsvorschlag zu Bemerkung/Satz 6. Dieser ist wie folgt zu ergänzen: <i>„Sofern durch Patientinnen oder Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung <u>beispielsweise durch einen ambulanten Hospizdienst, den ambulanten Sozialdienst der Jugendhilfe oder weiterer Hilfs- und Entlastungsdienste</u> unterstützt werden.“</i></p>	<p>Neben der psychosozialen Begleitung beispielsweise durch einen ambulanten Hospizdienst können beispielsweise die unterstützenden Leistungen des Jugendamts von großer Bedeutung sein, sofern Kinder und Jugendliche zu den betroffenen Angehörigen gehören. Je nach individueller familiärer Situation können andere Unterstützungsangebote wichtig werden. Durch die Nennung allein der ambulanten Hospizdienste, werden die Einbeziehung dieser weiteren Dienste mit Hilfe- und Entlastungsangeboten ausgeschlossen. Dies ist nicht gerechtfertigt und wird den individuellen Bedarfslagen in der Palliativversorgung nicht gerecht.</p>



<p>Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. Caroline-Michaelis-Straße 1 10115 Berlin</p>	
<p>05.08.2016</p>	
<p>Beschlussentwurf III Leistungsverzeichnis/ Änderungsvorschlag zu Dauer und Häufigkeit der Maßnahme</p> <p>Diese ist wie folgt zu fassen: „<u>Erstverordnung und</u> <u>Folgeverordnungen bis zu 14</u> <u>Tage</u> <u>Erst- und Folgeverordnungen</u> <u>in der Regel bis zu 6 x tgl.</u>“</p>	<p>Maßnahmen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung können – sofern die jeweiligen individuellen Verordnungsvoraussetzungen erfüllt sind – für nacheinander folgende Zeiträume verordnet werden. Offen bleibt, wie oft am Tag die Leistung verordnungsfähig ist. Können die genannten Voraussetzungen bei erstmaliger Verordnung von Leistungen der Palliativpflege nicht eingeschätzt werden, ist zunächst eine Erstverordnung über einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen zur Festigung der Einschätzung möglich. Eine Begrenzung der Verordnungsdauer bei den Folgeverordnungen halten wir nicht für sachgerecht. Die Entscheidung über Dauer, Häufigkeit und Verordnungs-fähigkeit einer Maßnahme ist von der/dem verordnenden Vertragsärztin bzw. -arzt, orientiert an den erforderlichen individuellen Therapieerfordernissen zu treffen und zu verantworten.</p> <p>Wir sprechen uns dafür aus, dass diese Leistung mehrfach am Tag zur Verfügung steht. Wir gehen von einer Versorgungsnotwendigkeit in der Regel von bis zu 6 x /Tag aus.</p>
<p>Beschlussentwurf VI Sachverzeichnis</p> <p>Im Sachverzeichnis wird nach der Zeile „Orthesen, An- und Ablegen siehe Körperpflege Nr. 4“ eine neue Zeile eingefügt.</p> <p>Die Diakonie Deutschland spricht sich für die Aufnahme des Wortes: „Palliativpflege“ aus.</p>	<p>In Anlehnung an unsere Stellungnahme zu „Beschlussentwurf“ III Leistungsverzeichnis/ Leistungsbeschreibung ist auch „Palliativpflege“ als Titel der Leistung in das Sachverzeichnis aufzunehmen.</p>
<p>Tragende Gründe 2.2. Änderung in § 5 Abs. 3 HKP-RL</p> <p>Änderungsvorschlag: „Werden Leistungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage des § 37 Abs. 1 SGB V verordnet, so ist in Bezug auf die gesetzliche</p>	<p>In den Ausführungen in den Tragenden Gründen zur Leistungsdauer der Palliativpflege ist der Sachverhalt des regelmäßig begründeten Ausnahmefalls aufzunehmen. Aus Sicht der Diakonie Deutschland sollten die Ausführungen der zweiten Tabelle miteinander kombiniert werden. Zum einen ist es richtig, in den Tragenden Gründen die gesetzlichen Bestimmungen aufzunehmen. Zum anderen unterstützen wir den Formulierungsvorschlag der Patientenvertretung ausdrücklich. Aus unserer Sicht ist darauf hinzuweisen, dass auf eine regelhafte Prüfung durch den MDK bei Palliativpatienten verzichtet werden sollte.</p>



<p>Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. Caroline-Michaelis-Straße 1 10115 Berlin</p>	
<p>05.08.2016</p>	
<p><i>Befristung der Leistungsdauer auf vier Wochen regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall für einen erforderlichen längeren Leistungsbezug anzunehmen. Um die häusliche Pflegesituation von Palliativpatienten nicht zusätzlich zu belasten, soll – bei einer Verordnung von Nr. 24a der HKP-RL gem. § 37 Abs. 1 SGB V – regelhaft auf eine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V verzichtet werden. Davon unbenommen gilt in begründeten Ausnahmefällen § 275 SGB V.“</i></p>	<p>Des Weiteren sehen wir es als erforderlich an, an dieser Stelle weitere Ausführungen zu intermittierenden Verläufen im Sterbeprozess aufzunehmen.</p>
<p>Tragende Gründe 2.3.2 Durchführung der Maßnahmen</p> <p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p> <p>Die Diakonie Deutschland spricht sich für eine Streichung des Textvorschlags von GKV-SV und DKG aus.</p>	<p>Unter „Durchführung von Maßnahmen“ weisen der GKV-SV und die DKG auf Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende hin. Es wird ausgeführt, dass diese Grundsätze den Pflegekräften bekannt sein müssen und sofern nicht, hierzu Fort- und Weiterbildungsangebote zu nutzen sind. Diesen Passus halten wir für unangemessen. Es bedarf keiner Aufnahme von Hinweisen zur Sicherstellung der Fachlichkeit von Pflegefachkräften. Die Pflege von Menschen am Lebensende ist Bestandteil der Pflegefachkraftausbildungen.</p>
<p>Tragende Gründe 2.3.3.1 Leistungsumfang</p> <p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p> <p>Die Diakonie Deutschland unterstützt die Textvariante von GKV-SV/KBV sowie der Patientenvertretung.</p>	<p>Den von der DKG eingefügten Satz mit einer beispielhaften Darstellung halten wir für nicht notwendig.</p>



<p>Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. Caroline-Michaelis-Straße 1 10115 Berlin</p>	
<p>05.08.2016</p>	
<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Hier: Symptomkontrolle</p> <p>Änderungsvorschlag <u>„In Abgrenzung der Leistung Palliativpflege im Rahmen der HKP-RL zur SAPV-Leistung ist darauf hinzuweisen, dass beim Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens mit einer ausgeprägten Symptomatik, deren Kontrolle/Kompensation wahrscheinlich einer speziellen palliativmedizinischen bzw. palliativpflegerischen Kompetenz und Erfahrung bedarf, oder aber bei der Notwendigkeit einer häufigen Anpassung und Überprüfung des Behandlungsplanes aufgrund dynamischer Veränderungen im Krankheitsverlauf, erfolgt die Behandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie erfolgt.“</u></p>	<p>Die Ausführungen zur Abgrenzung der Palliativpflege zur SAPV halten wir für sinnvoll und sprechen uns für die Aufnahme des von der Patientenvertretung und der DKG vorgeschlagenen Passus aus.</p> <p>Redaktionell möchten wir einen Vorschlag unterbreiten, in dem die Abgrenzung zu SAPV an den Satzanfang gestellt wird.</p>
<p>Tragende Gründe 2.3.3.2 Begriffsbestimmung Hier: Krisenintervention</p> <p>Dissens – Darstellung in der Tabelle</p> <p>Die Diakonie Deutschland unterstützt die Einschätzung der Patientenvertretung und KBV.</p>	<p>Bei eintretenden Krisen in der letzten Lebensphase ist die Weiterbehandlung im Rahmen der SAPV-Richtlinie zu prüfen. Allein auf den Vertragsarzt zu verweisen, um das weitere Vorgehen abzustimmen, greift aus unserer Sicht zu kurz.</p> <p>Der G-BA geht im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz davon aus, dass es zu jederzeit eine enge Abstimmung zwischen Pflegedienst und der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt gibt, um die Sicherstellung der Leistungserbringung in der Häuslichkeit zu gewährleisten. In der Versorgung Sterbender muss gegenüber der normalen häuslichen Krankenpflege ein besonderes Augenmerk auf die Kommunikation, Abstimmung und Erreichbarkeit der beteiligten Leistungserbringer gelegt werden. Dies bedeutet nicht nur, dass im Rahmen der</p>



<p>Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. Caroline-Michaelis-Straße 1 10115 Berlin</p>	
<p>05.08.2016</p>	
	<p>Symptomkontrolle durch die Palliativpflege die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt bei Veränderungen kurzfristig ansprechbar sein muss, um flexibel auf ein wechselhaftes und plötzlich auftretendes Symptomgeschehen zu reagieren (siehe hierzu Seite 5 Tragende Gründe unter 2.3.3.2 Symptomkontrolle), sondern auch im Rahmen der Krisenintervention (siehe hierzu Seite 6 Tragende Gründe unter 2.3.3.2 Krisenintervention). Hierzu soll die verordnende Ärztin /der verordnende Arzt vorab einen Notfallplan festlegen, der ggf. im Laufe der Versorgung auch angepasst werden. Nach dem derzeitigen Stand ist die Ausführung zum § 87 Absatz 1b SGB V zur Tätigkeit des Arztes im Rahmen der Palliativversorgung noch nicht klar definiert. Nach jetzigem Stand ist für die verordnende Ärztin bzw. den verordnenden Arzt kein Rufbereitschaftsdienst vorgesehen, um für „ihre“/„seine“ Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stehen. Folglich wird nachts oder am Wochenende der ärztliche Notdienst zu rufen oder die kassenärztliche Anlaufpraxis aufzusuchen sein, die/der die Situation vor Ort nicht kennt und somit eine enge (zeitnahe) Abstimmung mit dem Pflegedienst nicht durchgeführt werden kann. Zudem sind die aufgesuchten Ärzte in der Regel nicht die verordnende Ärztin bzw. der verordnende Arzt, sodass der vom G-BA artikulierte Anspruch nicht umgesetzt werden kann. Die Folge daraus sind Unsicherheiten für die zu versorgenden Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase und für die ausführenden Pflegefachkräfte. Letztendlich wird möglicherweise die gewünschte häusliche Versorgung nicht gesichert werden können und stationäre Aufnahmen erfolgen.</p> <p>Die Lösung kann nur sein, dass die verordnende Ärztin/ der verordnende Arzt im Rahmen ihrer/seiner Koordinationstätigkeit verbindlich verpflichtet wird, hier eine kontinuierliche Ansprechbarkeit – 24 Stunden am Tag an 365 Tagen im Jahr - zu gewährleisten, mittels einer nachweislichen Übergabe an definierte, vertretende, ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die die Kriterien der Erreichbarkeit ebenfalls erfüllen müssen. Hierzu bedarf es einer klaren Ergänzung in § 7 Absatz 1 Satz 2 der HKP-Richtlinie in Verbindung mit § 87 Absatz 1b SGB V. Sollte dieses für die verordnenden Ärztinnen und Ärzte nicht verbindlich gelingen, ist im Rahmen der bestehenden Struktur die SAPV geboten. Das gleiche gilt im Besonderen auch bei den Klinikärzten, die nach § 7 Absatz 5 HKP-Richtlinie HKP-Verordnungen ausstellen können. Auch hier muss nachweislich vom Klinikarzt gewährleistet werden, dass er zur Sicherstellung der häuslichen Palliativversorgung die Koordination mit dem</p>




<p>Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. Caroline-Michaelis-Straße 1 10115 Berlin</p>	
<p>05.08.2016</p>	
	<p>zuständigen Arzt und dem zuständigen Pflegedienst verbindlich besprochen und abgeschlossen hat. Steht das Netzwerk zur allgemeinen Palliativversorgung nicht, wäre folgerichtig SAPV zu verordnen. Sollte es zur allgemeinen Palliativversorgung kommen, muss die Krankenhausärztin/der Krankenhausarzt die HKP-Verordnung zur Palliativversorgung ordnungsgemäß ausstellen und zeitnah an den Pflegedienst übermitteln.</p>
<p>Tragende Gründe 2.3.5 Dauer und Häufigkeit der Maßnahme</p> <p>Änderungsvorschlag: „<u>Erstverordnungen und Folgeverordnungen sind bis zu 14 Tage verordnungsfähig.</u> <u>Erst- und Folgeverordnungen sind in der Regel bis zu 6 x tgl. verordnungsfähig</u>“</p>	<p>Wie zum Beschlussentwurf bereits ausgeführt, erfolgt keine Regelung wie oft am Tag die Leistung verordnungsfähig ist.</p> <p>Die Diakonie Deutschland spricht sich dafür aus, dass diese Leistung mehrfach am Tag zur Verfügung steht. Wir gehen von einer Versorgungsnotwendigkeit bis zu 6 x/Tag aus. Außerdem ist unserer Auffassung nach nur die Dauer der Erstverordnung zu regeln.</p>
<p>Änderungen bei weiteren Leistungen der HKP- Richtlinie</p>	
<p>Änderungsvorschlag bei Nr. 16 Infusionen i. v. Nach zweitem Absatz ist einzufügen: „<i>Dies gilt nicht für die ambulante palliativpflegerische Versorgung</i>“.</p>	<p>Hierzu gehören das Anlegen von Kurzinfusionen bei liegenden Zugängen und die Überwachung einer Infusionstherapie. Darüber hinaus gehört auch die Punktion eines Port-a-cath für entsprechend nachweislich qualifizierte Dienste zu den HKP-Leistungen.</p> <p>Schmerzmittel, Antiemetika, etc. werden häufig als Dauerinfusion, bzw. über eine PCA-Pumpe verabreicht. Hierzu ist diese Anpassung unverzichtbar.</p>
<p>Ergänzungsvorschlag zu Nr. 18 Injektionen, i. v./ Bemerkung:</p> <p>Nach dem Satz <i>“Die i.v. Injektion ist eine ärztliche Leistung.”</i> Ist der folgende Satz einzufügen: <i>“Für die ambulante palliativpflegerische Versorgung gilt entsprechend die Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-</i></p>	<p>Eine Ungleichbehandlung der Palliativpflege zur Nicht-ärztlichen Praxisassistentin (NäPa) ist nicht nachvollziehbar und unbegründet. Zur Wirksamkeit der Leistung Palliativpflege im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung ist die vorgeschlagene Änderung unabdingbar.</p>




Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. Caroline-Michaelis-Straße 1 10115 Berlin	
05.08.2016	
<i>Ärzte (BMV-Ä " Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013".</i>	

Stellungnahme zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL): Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

<p>Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe Hauptstadtbüro Reinhardtstraße 19, 10117 Berlin Tel: 030-200 590 79-0 Fax: 030-200 590 79-19</p>		 <p>VDAB PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!</p>
<p>1. August 2016</p>		
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	
<p>Nach § 5 Absatz 3 Satz 3 soll folgender Satz eingefügt werden: „Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von § 37 Absatz 1 Satz 5 SGB V anzunehmen“.</p> <p>Der Zusatz unter Dauer und Häufigkeit der Maßnahme („Erstverordnung und Folgeverordnung bis zu 14 Tage“) ist aus der Beschreibung der HKP-Leistung im Entwurf für die HKP-RiL zu streichen.</p>	<p>Der VDAB begrüßt grundsätzlich diesen Zusatz, denn er könnte dazu führen, dass Menschen in dieser Lebensphase nicht mit bürokratischen Antrags- und Genehmigungsverfahren belastet werden.</p> <p>Unter Dauer und Häufigkeit der Maßnahme wurde im Entwurf jedoch aufgenommen: „Erstverordnung und Folgeverordnung bis zu 14 Tage“. Dies steht unseres Erachtens im Widerspruch zur Festlegung, dass regelmäßig eine Ausnahme im Falle der Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege vorläge. Davon ausgehend, dass vorliegend die Verordnungsfähigkeit von Palliativpflege, sprich die Behandlung von schwerstkranken sterbenden Patientinnen und Patienten, in der HKP-RiL geregelt werden soll, erscheint ein solch hoher und wiederkehrender bürokratischer Aufwand – Antragstellung und Genehmigungsverfahren – nicht nur überflüssig, sondern berücksichtigt auch nicht die Situation dieser Patientinnen und Patienten.</p> <p>Einem im Sterben befindlichen Menschen, beziehungsweise dessen Angehörigen, darf nicht zugemutet werden, dass er ständig neue Anträge stellen muss und nicht sicher sein kann, dass die Kosten für diese Leistungen auch übernommen werden. Es ist <u>nicht</u> davon auszugehen, dass die bürokratische</p>	

<p>Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe Hauptstadtbüro Reinhardtstraße 19, 10117 Berlin Tel: 030-200 590 79-0 Fax: 030-200 590 79-19</p>		 PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!
<p>1. August 2016</p>		
	<p>Genehmigungs- bzw. Ablehnungspraxis der Krankenkassen sich in diesen Fällen ändern wird.</p> <p>Diesem kann auch nicht entgegen gehalten werden, dass in der Begründung zum Beschlussentwurf auf Seite 6 unter 2.3.5 angemerkt wurde, es handele sich bei den Angaben um den Regelfall, von welchem in begründeten Fällen Ausnahmen zulässig wären.</p> <p>Es soll sich bei der Palliativversorgung gerade nicht um einen Regelfall im Sinne der Leistungen nach der HKP-RiL handeln, sondern um einen regelmäßig begründeten Ausnahmefall. Sofern die vorgesehene Regelung in der Richtlinie festgeschrieben ist, ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen von dieser auch regelmäßig Gebrauch machen. Diesem Verwaltungshandeln ist schon von Beginn an vorzubeugen.</p>	
<p>Der VDAB sieht die Titulierung der Leistung mit dem Begriff „Palliativpflege“ als angemessen an.</p>	<p>Grundsätzlich geht es bei vorliegender Beschreibung im Feld „Bemerkung“ um die Verordnung von Palliativpflege im Gesamtkonzept („palliativpflegerische Versorgung“). Deshalb muss die Leistung auch entsprechend benannt werden.</p>	
<p>Die Leistungsbeschreibung ist nach Ansicht des VDAB nicht vollständig. Leistungen wie Beratung und Begleitung sowie Koordinationsleistung (einschließlich Kommunikation mit anderen Beteiligten) sind ebenfalls aufzunehmen.</p>	<p>Gemäß der Bemerkung zur Leistung Palliativpflege im Entwurf für die HKP-RiL soll mit dieser Leistung nicht nur eine Verbesserung der Symptomatik im Vordergrund stehen, sondern auch die Verbesserung der Lebensqualität.</p> <p>Die Verbesserung der Lebensqualität setzt jedoch neben der Symptomkontrolle/Krisenintervention auch eine psychosoziale Begleitung voraus. Zwar soll auf Wunsch der Patientin oder des Patienten bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst unterstützend geholfen werden, jedoch soll es sich dabei lediglich um ein ergänzendes Angebot handeln.</p>	

<p>Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe Hauptstadtbüro Reinhardtstraße 19, 10117 Berlin Tel: 030-200 590 79-0 Fax: 030-200 590 79-19</p>		
<p>1. August 2016</p>		
	<p>Die psychosoziale Begleitung muss auch ohne die zusätzliche Einschaltung eines Hospizdienstes ermöglicht werden können. Insbesondere wenn die Patientinnen und Patienten keine zusätzlichen Besuche/Betreuung durch andere Personen außerhalb der Erbringung der HKP Leistung wünschen, muss die Begleitung im Rahmen der Erbringung der Symptomkontrolle/Krisenintervention durch den Pflegedienst möglich sein.</p> <p>Im Rahmen einer humanen Krankenbehandlung darf und kann es sich bei der Palliativpflege nicht lediglich um eine reine Verrichtungsleistung handeln. Neben der Begleitung zum Zeitpunkt der Leistungserbringung spielt auch die Beratung eine wesentliche Rolle. Oft ist der Pflegedienst der erste Ansprechpartner bei Fragen, da zwischen den Pflegekräften und Patienten – insbesondere bei Palliativpatientinnen und –patienten – häufig ein enges Vertrauensverhältnis besteht.</p> <p>Gemäß den Bemerkungen im Entwurf für die HKP-RiL ist ein erforderlicher Informationsaustausch unter den Beteiligten sicherzustellen. Dies erfordert Koordinations- und Kommunikationsleistungen und ist deshalb auch so zu benennen.</p> <p>Aus benannten Gründen sind die Leistungen „Beratung und Begleitung“ sowie die „Koordination und Kommunikation“ in die Leistungsbeschreibung aufzunehmen.</p>	
<p>Dem von der PatV und dem GKV-SV geforderten Zusatz „Die Feststellungen bei der Symptomkontrolle und die daraus abgeleiteten behandlungspflegerischen Interventionen sind in der Pflegedokumentation zu vermerken.“ darf nach Ansicht des VDAB nicht entsprochen werden.</p>	<p>Diese Ausführungen sind in der HKP-RiL fehlpositioniert und dürfen deshalb keinen Eingang finden. In der Richtlinie können keine Vereinbarungen zu Lasten Dritter abgeschlossen werden. Die Regelungen über die Dokumentationspflichten sind Angelegenheit der Leistungserbringerverbände in Verhandlung mit den Kostenträgern und auf dieser Ebene zu vereinbaren.</p>	



**Stellungnahme
der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL);
Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen
Krankenpflege

Berlin, 05.08.2016

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 04.07.2016 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zu der vorgesehenen Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)) bezüglich der Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege aufgefordert.

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) war der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt worden, Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in der HKP-RL zu regeln. Der Beschlussentwurf sieht neben der Klarstellung, dass die im Leistungsverzeichnis der HKP-RL genannten Leistungen eine kurative aber auch eine palliative Zielsetzung haben können, weiterhin vor, dass bei Leistungen, die im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung verordnet werden, in Bezug auf die gesetzliche Befristung der Leistungsdauer auf vier Wochen regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall für einen längeren Leistungsbezug anzunehmen ist. Ferner beinhaltet der Beschlussentwurf die Aufnahme einer neuen Komplexleistung zur spezifischen palliativpflegerischen Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten, deren Lebenserwartung auf Tage oder wenige Wochen limitiert ist, als neue Nr. 24a in das Leistungsverzeichnis der HKP-RL.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt die Aufnahme der Leistungen der Palliativpflege in die HKP-RL ausdrücklich und sieht hierin einen weiteren Schritt zur Verbesserung der Versorgungssituation von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten.

Anregen möchte die Bundesärztekammer, den Zeitraum „auf Tage oder wenige Wochen limitierte Lebenserwartung“ näher zu präzisieren und ggf. mit der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) abzugleichen. Voraussetzung ist dort, dass die Lebenserwartung nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Bei Kindern gelten die Voraussetzungen für die SAPV auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung als erfüllt.

Berlin, 05.08.2016



Dipl.-Ökonomin Britta Susen, LL.M.
Stv. Leiterin Dezernat 1



Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Aachener Straße 5, 10713 Berlin	
08.08.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
I. Zu 24a Leistungsbeschreibung	
<p><u>1. Stellungnahme</u></p> <p>Vorzuziehen ist die Bezeichnung „allgemeine Palliativpflege“</p> <p>Auf den Zusatz „Komplexleistung“ ist zu verzichten.</p>	<p>Die Leistung kann ausweislich der Tragenden Gründe flexibel - ggf. situativ auch mehrfach täglich - die Symptomkontrolle ermöglichen und alle behandlungspflegerischen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie, die im Rahmen eines Palliativpflegeeinsatzes der „allgemeinen Palliativpflege“ erforderlich werden, beinhalten.</p> <p>Zusätzlich können zur Nr. 24a weitere behandlungspflegerische Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet werden, wenn diese aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht gleichzeitig im Rahmen der Nr. 24a zu erbringen sind oder erbracht werden können.</p> <p>Um dies zu ermöglichen und auch eine Abgrenzung (inhaltlich und auch sprachlich) zur SAPV darzustellen, halten wir es für zwingend erforderlich auf den Zusatz „Komplexleistung“ zu verzichten.</p> <p>Der Begriff Komplexleistung ist in der bereits bestehenden spezialisierten Palliativversorgung besetzt, sowohl mit der ärztlich-pflegerischen Komplexleistung in der SAPV als auch im stationären Bereich mit der (spezialisierten stationären) palliativmedizinischen Komplexleistung (OPS 8.98e; 8.982). Beide Komplexleistungen definieren, dass alle Leistungen des Palliativteams, unabhängig der Berufszugehörigkeit eingeschlossen sind.</p> <p>Für eine klare Abgrenzung und Differenzierung ist hier daher die Bezeichnung „<u>allgemeine Palliativpflege</u>“ vorzuziehen. Damit wird deutlich, dass in der HKP-RL ausschließlich die pflegerischen Anteile der „allgemeinen Palliativversorgung“ zu verstehen sind.</p> <p>Analog zur „Psychiatrischen Krankenpflege“ sollte auf eine Aufzählung von technisch-manuellen Einzelleistungen jedoch verzichtet werden. Die Eingrenzung der Leistungen auf die im Leistungsverzeichnis entsprechenden Vorgaben ist zu eingengt und wird dem Anspruch der „allgemeinen Palliativpflege“ und seinen Möglichkeiten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft sowie der sozialgerichtlichen Rechtsprechung¹ nicht gerecht. „Allgemeine Palliativpflege“ bezeichnet ein spezifisches Handlungsfeld, das komplementäre Handlungskompetenzen zu der medizin-</p>



<p>Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Aachener Straße 5, 10713 Berlin</p>	
<p>08.08.2016</p>	
	<p>ärztlichen Tätigkeit entwickelt hat. Dabei orientiert sich palliative Pflege an den symptomverstärkenden bzw. symptomlindernden Faktoren bei den alltäglichen Anforderungen, die der lebenslimitierend erkrankte Mensch mit eingeschränkten körperlichen und/oder psychischen Funktionen nicht mehr sicher oder selbständig ausführen kann. Hierdurch kann ein hohes Maß an Lebensqualität und eigenen Ressourcen im Alltag zurückgewonnen werden.</p> <p>Eine palliativpflegerisch verantwortliche Tätigkeit in der „allgemeinen Palliativpflege“ erfordert die Möglichkeit, therapiebezogene Beobachtungen und die im Gespräch mit dem Patienten und seinen Zugehörigen gewonnenen Erkenntnisse von Werten und Vorstellungen sowie Vorbehalten zu Therapieoptionen (Selbstbestimmungsrecht) aufzugreifen und mit dem verordnenden Arzt oder der verordnenden Ärztin zu erörtern, um so die „allgemeine Palliativversorgung“ an die Besonderheiten und den Bedarf des Einzelfalls anzupassen. Hierzu gehört auch die Patientenedukation zur Sicherstellung und Verbesserung der Therapieadhärenz, insbesondere bei verordneten Therapien, bei denen in der Gesellschaft große Vorbehalte herrschen, wie beispielsweise die Angst vor Abhängigkeit oder Lebensverkürzung bei Einsatz von Opiaten sowie Fehlinterpretationen des Patienten bei Einsatz von Psychopharmaka als Co-Medikation u.v.a.m.. Weitere Professionen im Netzwerk (ambulanter Hospizdienst, ambulante Psychologie, Sozialdienst, etc.) sind auf Wunsch und Bedarf des Patienten oder der Patientin fallbezogen einzubeziehen.</p> <p>Hierin liegt auch die Notwendigkeit einer zusätzlichen Qualifikationsanforderung an den Leistungserbringer begründet. Die Leistung der „allgemeinen Palliativpflege“ ist daher von qualifizierten Pflegefachkräften (mindestens Palliative-Care Basisqualifikation 40 Stunden), die unter der fachlichen Leitung einer Pflegefachkraft mit der Zusatzqualifikation Palliative Care stehen (160 Std. nach dem Curriculum Palliativpflege von Kern, Müller, Aurnhammer), zu erbringen. Weiteres Qualitätskriterium, das eine Weitergabe des Fach- und Methodenwissens der „allgemeinen Palliativpflege“ an die mitwirkenden Pflegefachpersonen und die Sicherung der lösungsorientierten Betrachtung des Einzelfalls sicherstellt, sollte die regelmäßige Durchführung einer strukturierten kollegialen Fallberatung, wie z.B. nach dem Heilsbronner Modell, bilden.</p> <p>¹ <i>Behandlungspflege umfasst nach der sozialgerichtlichen Rechtsprechung die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, das heißt alle Pflegemaßnahmen, die nur durch eine bestimmte Krankheit verursacht werden, speziell auf den Krankheitszustand</i></p>



Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Aachener Straße 5, 10713 Berlin	
08.08.2016	
	<i>des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese Maßnahmen typischerweise nicht von einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von Laien erbracht werden. (Bundessozialgericht, Urteil vom 19. 2. 1998 - B 3 P 3/97 R; Urteil vom 17. 3. 2005 - B 3 KR 9/04 R</i>
<u>2. Ergänzungsvorschlag:</u> dritter Spiegelstrich: Ergänzen von „Angstzuständen“	Notwendige Ergänzung. Die Ergänzung korrespondiert mit den Symptomen der vorgehenden Spiegelstriche und ist aus unserer Sicht notwendig, um symptomverstärkenden Faktoren sowie psychischen/emotionalen Problemlagen (z.B. Luftnot - Erstickungsangst, Blutungen - Angst zu verbluten) ressourcenfokussiert begegnen zu können.
<u>3. Stellungnahme:</u> Koordination als Leistung sollte Teil der 24a Leistung sein	In der HKP-RL wird lediglich auf die Koordinationsverantwortung des Arztes verwiesen. Die „allgemeine Palliativpflege“ wird jedoch bei der Erbringung der Leistung nach 24a einen wesentlichen Teil der Koordination zu leisten haben (z.B. kollegiale Fallberatung, Fallbesprechungen, Einbeziehung der beteiligten Dienste, Abstimmung mit und Anleitung von Angehörigen, Organisation von Hilfsmitteln, etc.)
II. Zu Nr. 24a Bemerkung	
<u>1. Änderungsvorschlag:</u> Nach „Sofern durch Patientinnen oder Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung durch einen „ambulanten Hospizdienst“ <u>Einfügen von:</u> „oder weiterer Hilfs- und Entlastenden Dienste wie beispielsweise den familienentlastenden Dienst, bei der Beteiligung von Jugendlichen und Kindern.“	Neben der psychosozialen Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst können beispielsweise die unterstützenden Leistungen des Jugendamtes von großer Bedeutung sein, sofern Kinder und Jugendliche zu den betroffenen Angehörigen gehören. Je nach individueller familiärer Situation können andere Unterstützungsangebote wichtig werden. Durch die Nennung allein der ambulanten Hospizdienste, werden die Einbeziehung dieser weiteren Dienste mit Hilfe- und Entlastungsangeboten ausgeschlossen. Dies ist nicht gerechtfertigt und wird den individuellen Bedarfslagen in der Palliativversorgung nicht gerecht.
<u>2. Änderungsvorschlag</u> <u>Letzter Absatz:</u> „Diese Leistung umfasst alle im Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen	Siehe Begründungen zu I. „Zu 24a Leistungsbeschreibung“ und III. „Zusätzlicher Ergänzungsvorschlag“



Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Aachener Straße 5, 10713 Berlin	
08.08.2016	
<p>behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses <u>sowie alle weiteren notwendigen palliativpflegerischen Leistungen der Symptomlinderung sowie therapiebezogene Besprechungen mit dem verordnenden Arzt oder der verordnenden Ärztin, um so die Anpassung der Palliativversorgung in Anerkennung an den dynamischen Krankheitsverlauf und an die Besonderheiten des individuellen Einzelfalls, unter Einbeziehung der therapiebezogenen palliativpflegerischen Beobachtungen, zu ermöglichen und sicher zu stellen.</u>"</p>	
III. <u>Zusätzlicher Ergänzungsvorschlag</u>	
<p>Nach § 4 sollte ein neuer § 4a „Besonderheiten der Verordnung der Palliativpflege“ eingefügt werden. Unser Vorschlag:</p> <p>(1) Für die Verordnung von Leistungen nach Nr. 24a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Leistungen (Allgemeine Palliativpflege) gelten nachfolgende Besonderheiten.*</p> <p>(2) 1 Bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten ist Voraussetzung für die Verordnung von Maßnahmen und Leistungen der „allgemeinen Palliativpflege“, dass die oder der Versicherte über eine unheilbare fortgeschrittene und</p>	<p>* Die Anpassung bzw. Änderung der HKP-RL soll, gem. Punkt 1 und 2 der Tragenden Gründe (Stand: 29.06.2016) des Beschlussentwurfes des Gemeinsamen Bundesausschusses zur HKP-RL, den besonderen Versorgungsbedarf von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten einschließlich deren dynamischer Krankheitsverläufe mit schwankenden körperlichen und psychischen Symptomen berücksichtigen. Es ist zudem eine als spezifisch allgemeine palliativpflegerische Versorgung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten vorgesehen (s. Punkt 2 „Eckpunkte der Entscheidung“ der Tragenden Gründe zur HKP-RL).“ Dieser Spezifität sollte in der Anpassung der Richtlinie auch auf fachlicher Ebene Rechnung getragen werden. Um dies zum Ausdruck zu bringen erachten wir eine eindeutige Klarstellung zwischen der kurativ als auch palliativ indizierten Behandlungspflege und der spezifisch „allgemeinen palliativpflegerischen“ Versorgung sowohl inhaltlich als auch fachlich für dringend erforderlich.</p> <p>Analog zum §4 „Besonderheiten der Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege“ sollten daher auch die</p>



Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Aachener Straße 5, 10713 Berlin	
08.08.2016	
<p>fortschreitende Erkrankung verfügt und deren Lebenszeit nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes auf Tage, Wochen oder Monate** limitiert ist und zu erwarten ist, dass das mit der Behandlung verfolgte Therapieziel (Linderung von Krankheitssymptomen, Erhalt und Verbesserung der Lebensqualität) manifest umgesetzt werden kann.</p> <p>2 *** Der Versorgungsbedarf von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten einschließlich deren dynamischer Krankheitsverläufe mit schwankenden körperlichen und psychischen Symptomen ist zu berücksichtigen.</p> <p>(3) 1 Können die in Absatz 2 genannten Voraussetzungen bei erstmaliger Verordnung von Leistungen der Palliativversorgung nicht eingeschätzt werden, ist zunächst eine Erstverordnung über einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen möglich. 2 Dabei kann auch die Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein.</p> <p>**** (4)1 Diese Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten nur durch die Symptomkontrolle in Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt die unter (2) genannten Therapieziele gewährleistet werden können und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht</p>	<p>„Besonderheiten der Verordnung der allgemeinen Palliativpflege“ durch Hinzufügen eines § 4a deutlich herausgestellt werden. Dgl. sollte auch die Klarstellung im § 3 Absatz 2 Satz 1 der HKP-RL betreffen.</p> <p>** Die Beschränkung auf die letzten Lebenstage/Wochen wird den Anforderungen einer „allgemeinen Palliativpflege“ nicht gerecht, da diese bereits zu einem deutlich früheren Zeitpunkt einsetzen und erforderlich sein kann. Eine Begrenzung auf wenige Tage und Wochen widerspricht dem Willen des Gesetzgebers und den fachlichen Grundsätzen palliativer Versorgung. Der Gesetzgeber hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Palliativversorgung über mehrere Wochen und Monate notwendig sein kann (siehe BT Drs. 18/5170, S. 24, B. Besonderer Teil, zu Nummer 2 (§ 37)).</p> <p>Voraussetzung für die Symptomkontrolle ist das primäre Vorliegen belastender Symptome und nicht der ohnehin schwer einschätzbare Zeitraum vor dem Lebensende. Gerade bei den nicht-onkologischen Erkrankungen ist der Krankheitsverlauf oft sehr fluktuierend, dabei können sich längere stabile Phasen mit plötzlich und zeitlich kaum vorhersehbaren auftretenden Phasen akuter Verschlechterungen abwechseln (vgl. Bükki, J.; Bausewein, C. (2013): Palliativmedizin bei nicht malignen Erkrankungen: Herzinsuffizienz, COPD, Leberversagen, terminale Niereninsuffizienz; in: Z Palliativmed 2013; 14: 257-267; Thieme Verlag und Bausewein, C. (2005): Bislang unterschätzt, Palliativmedizin für Nicht-Tumorpatienten, in Klinikart, 34 (1+2); S. 19-23.</p> <p>*** Die Erbringung von Leistung der „allgemeinen“ ambulanten Palliativpflege bei Patientinnen und Patienten, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, benötigt neben einer besonderen Qualifikation (Palliative Care) auch einen erhöhten Zeitaufwand, da eine nicht vordergründig kurativ ausgerichtete Pflege (mit dem Ziel der Symptomkontrolle und Förderung der Lebensqualität) auch einen erhöhten Aufklärungs- und Kommunikationsbedarf mit Patienten UND Angehörigen, sowie Kooperationspartnern (HausärztInnen, Hospizdienste, u.A.) zur Folge hat.</p> <p>*** Die Leistung kann im Bedarfsfall ab dem Zeitpunkt der Feststellung der Unumkehrbarkeit der zum Tode führenden Erkrankung verordnet/erbracht werden.</p> <p>**** Eine Beschränkung der Verordnungsdauer auf 14 Tage entspricht aus Sicht der DGP nicht dem Neuen HPG und ist</p>



Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Aachener Straße 5, 10713 Berlin	
08.08.2016	
<p>ausreichen. 2 Ziel dieser Leistung ist die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung bei lebenslimitiert erkrankten Menschen mit einem palliativen Versorgungsbedarf, der nicht die spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V erfordert. 3 Der grundsätzliche Anspruch einer Patientin oder eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V wird durch die Verordnung der Nr. 24a nicht berührt. 4 Neben der Leistung Nr. 24a können andere behandlungspflegerische Leistungen nur dann zusätzlich verordnet werden, wenn diese Leistungen nach medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen nicht den unter (2) genannten Gründen und Zielen erbracht werden. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>**** (5) 1 Maßnahmen der „allgemeinen Palliativpflege“ können – sofern die jeweiligen individuellen Verordnungsvoraussetzungen erfüllt sind – auch für nacheinander folgende, nicht zusammenhängende Zeiträume verordnet werden. Dabei kann auch die Beratung und Anleitung der Angehörigen der oder des Versicherten im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung, die bei Bedarf auch wiederholt erbracht werden kann, Gegenstand der Leistung sein. *****2 Die Leistung der „allgemeinen Palliativpflege“ umfasst auch alle im Rahmen</p>	<p>nicht zielführend. Gemäß des neuen HPG gilt §5 Abs. 3: „Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von § 37 Absatz 1 Satz 5 SGB V anzunehmen.“</p> <p>**** Dieser Absatz stärkt zudem die Versorgungsqualität, insbesondere bei den Krankheitsverläufen, bei denen durch intermittierende Phasen eine fortlaufende Palliativpflege ggf. nicht erforderlich ist. Zugleich werden die in Abs. 2 benannten Besonderheiten konkretisiert.</p> <p>*****Mit dieser Formulierung wird der Vorgabe des Gesetzgebers Rechnung getragen, dass der G-BA den Auftrag erhält, in seiner RL über die Verordnung der Häuslichen Krankenpflege die behandlungspflegerischen Maßnahmen <u>UND</u> Leistungen der Palliativpflege näher zu konkretisieren. Zudem wird klargestellt, dass die spezifische Symptomkontrolle eine eigenständige Leistung neben den im Leistungskatalog beschriebenen Einzelleistungen darstellt. Die „allgemeine Palliativpflege“ umfasst die Krankenbeobachtung, Einschätzung, Erfassung und Behandlung (inkl. komplementärer Methoden) bestehender und zu erwartender Symptombelastungen, wie z.B. Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Luftnot, Unruhe, Angst und Niedergeschlagenheit.</p> <p>***** Für die Leistung der „allgemeinen Palliativpflege“ gilt entsprechend die Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä " Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V“ vom 1. Oktober 2013). Eine Ungleichbehandlung der Palliativpflege zur Nicht-ärztlichen Praxisassistentin (NäPa) ist nicht nachvollziehbar und unbegründet. Zur Wirksamkeit der Leistung der „allgemeinen Palliativpflege“ ist die vorgeschlagene Änderung unabdingbar.</p>



Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Aachener Straße 5, 10713 Berlin	
08.08.2016	
des Pflegeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen ***** (6) I.V. Injektionen und I.V. Infusionen können als Bestandteil der „allgemeinen Palliativpflege“ erbracht werden	

DHPV e.V. • Aachener Straße 5 • 10713 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung & veranlasste Leistungen
Frau Stephanie Iwansky
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

03.08.2016

**Stellungnahme gem. § 92 Abs. 7 S. 1 Nr. 5 i.V.m. Abs. 7 S. 2 SGB V
des Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV)
Hier: Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):
Belange von Palliativpatientinnen und –patienten im Rahmen der
häuslichen Krankenpflege**

Sehr geehrte Frau Iwansky,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns in der oben bezeichneten Angelegenheit für die
Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme, die wir Ihnen hiermit
fristgemäß übersenden.

Im Rahmen der HKP-Richtlinie ist den Belangen von Kindern besonders
Rechnung zu tragen. Daher möchten wir Sie bitten, Ihr Augenmerk
insbesondere auch auf die Stellungnahme des Deutschen
Kinderhospizverein e.V. zu richten, der wir uns hiermit anschließen
möchten.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur
Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorstandsvorsitzender

Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.	
1.8.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>1. <u>Zu 24a Leistungsbeschreibung:</u></p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt und den weiteren, an der Versorgung beteiligten Diensten und Leistungserbringern.“</p>	<p>Die Leistung der Palliativversorgung muss mit allen an der Versorgung beteiligten Diensten und Leistungserbringern abgestimmt werden. Die enge Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt ist zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für die Leistungserbringung. Dazu exemplarisch: „Da der Hilfebedarf schwerkranker und sterbender Menschen von Fall zu Fall unterschiedlich ist und sich auch im Verlauf der letzten Lebensphase verändern kann, ist eine vernetzte Versorgung wichtig, die ein reibungsloses Ineinandergreifen verschiedener Hilfsangebote gewährleistet.“ (Gesetzesentwurf der Bundesregierung, BT-Drs. 18/5170, S.1)</p> <p>„Deshalb wird der Leistungsanspruch der häuslichen Krankenpflege im Hinblick auf ambulante Palliativversorgung gesetzlich klargestellt und der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, für den Bereich der Palliativpflege konkrete Festlegungen zu den Versorgungsanforderungen zu treffen. Diese sollen auch Regelungen zur Zusammenarbeit der Akteure an den Schnittstellen der hospizlichen und palliativen Versorgung umfassen und die besonderen Belange von Kindern berücksichtigen. Durch die Konkretisierung behandlungspflegerischer Maßnahmen und Leistungen der Palliativpflege wird deren Bedeutung in der Regelversorgung weiter gestärkt und gleichzeitig die qualifizierte und koordinierte Versorgung gesichert.“ (Ebd. S. 16)</p>
<p>2a. <u>Zu 24 a Leistungsbeschreibung:</u></p> <p><u>Stellungnahme:</u> Die aktive Koordinierungsleistung des Pflegedienstes sollte Teil der 24a-Leistung sein.</p>	<p>In der HKP-Richtlinie wird – anders als in § 87 SGB V – lediglich auf die Koordinationsverantwortung des Arztes verwiesen. Der Pflegedienst wird allerdings bei Erbringung der Leistung nach § 24a einen wesentlichen Teil der Koordinierungsarbeit zu leisten haben (Teilnahme an Fallbesprechungen, Organisation von Pflegehilfsmitteln, Anleitung von Angehörigen, Einbeziehung von anderweitigen Diensten etc.).</p>
<p>2b. <u>Zu 24 a Leistungsbeschreibung:</u> <u>Ergänzung letzter Satz:</u></p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> „Diese Leistung umfasst auch alle entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses im</p>	<p>Mit dieser Formulierung wird klargestellt, dass die Symptomkontrolle eine eigenständige Leistung neben den im Leistungsverzeichnis beschriebenen Einzelleistungen darstellt. Sie umfasst die Erfassung, Einschätzung und Behandlung bestehender und zu erwartender belastender Symptome, insbesondere Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, pulmonale oder kardiale Beschwerden, Obstipation, neurologisch-psychiatrische Beschwerden wie Unruhe, Angst, Niedergeschlagenheit, Beschwerden im Urogenitalbereich u.v.m. Mit dieser</p>

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.	
1.8.2016	
Rahmen des Pflegeeinsatzes notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen"	Formulierung wird der Vorgabe des Gesetzgebers Rechnung getragen, dass „der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag erhält, in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege die behandlungspflegerischen Maßnahmen <u>und</u> Leistungen der Palliativpflege näher zu konkretisieren.“ (ebd. S. 2).
<p><u>3. Zu 24a unter „Bemerkung“, Absatz 3:</u></p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i> „Diese Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten in den letzten Tagen, Wochen oder Monaten vor dem Lebensende nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder den verordnenden Arzt und den weiteren, an der Versorgung beteiligten Diensten und Leistungserbringern der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die Regelleistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen.“</p>	<p>Zum Zeitraum der Palliativversorgung: Eine Begrenzung auf wenige Tage oder Wochen widerspricht dem Willen des Gesetzgebers wie den fachlichen Gegebenheiten der Versorgung. Der Gesetzgeber hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Palliativversorgung über mehrere Wochen bis Monate notwendig sein kann (vgl. BT-Drs. 18/5170, S. 24). Voraussetzung für die Symptomkontrolle ist primär das Vorliegen belastender Symptome und nicht der ohnehin nur schwer abzuschätzende Zeitraum vor dem Lebensende.</p> <p>Von Seiten des DHPV wird ein Synchronisationsproblem zwischen HKP-Richtlinie und ärztlicher Versorgung gesehen: Die Indikation für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung liegt bei Tagen, Wochen oder Monaten, während die Indikation für die 24a-Leistung mit wenigen Tagen oder Wochen zu eng gefasst wird. Dies dürfte in der Praxis dazu führen, dass Verordnungen von an der Versorgung gem. § 87 Abs. 1b SGB V teilnehmenden Ärztinnen/Ärzten von der Kasse mit der Begründung abgelehnt werden, dass die Lebenserwartung länger ist als von der HKP-Richtlinie vorgegeben. Vor diesem Hintergrund ist eine Änderung der HKP-Richtlinie hier dringend geboten.</p> <p>Zur Vernetzung: Folgeänderung zu Nr. 1, siehe Begründung dort</p>
<p><u>4. Zu 24a „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“:</u></p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i> „Erstverordnung und Folgeverordnungen in der Regel bis zu 4 Wochen“</p>	<p>Gemäß Artikel 1 Nummer 2 HPG hat der Gesetzgeber ausdrücklich geregelt, dass die Leistungen der ambulanten Palliativversorgung in der Regel einen begründeten Ausnahmefall im Sinne von § 37 Absatz 1 Satz 5 SGB V darstellen. Da auch nach Auffassung des Gesetzgebers „die allgemeine Palliativversorgung oftmals über mehrere Wochen bis Monate notwendig ist,... kann die ambulante Palliativversorgung als Leistung der häuslichen Krankenpflege auch nach Absatz 1 über einen Zeitraum von mehr als vier Wochen verordnet werden...“. (BT-Drucksache 18/5170, S. 24)</p>

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.	
1.8.2016	
	Damit wird der Versorgungssituation Rechnung getragen und der bürokratische Aufwand auf das Notwendige begrenzt.

Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Deutscher Kinderhospizverein e.V.	
22.07.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
24a ergänzen um folgenden Satz: „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.“	Die besonderen Belange sind in den tragenden Gründen unter 1 Rechtsgrundlagen auf Seite 2 benannt. Eine entsprechende Verankerung in der Richtlinie ist entsprechend vorzunehmen, um der Bedeutung der besonderen Belange von Kindern Rechnung zu tragen.
24a die Bemerkungen auf Seite 2 wie folgt im ersten Absatz ergänzen: „[...] die Lebenserwartung auf Tage oder wenige Wochen, bei Kindern auch auf Monate bzw. Jahre, limitiert ist.“	Bei den Krankheitsverläufen von Kindern mit lebensverkürzenden Erkrankungen ist davon auszugehen, dass sie über Monate oder auch Jahre andauern können. In der Fachliteratur und auch in weiteren Richtlinien sowie Stellungnahmen zur Hospiz- und Palliativversorgung, wie auch den Begutachtungsempfehlungen des MDS, wird davon ausgegangen, dass keine sicheren Aussagen über die Lebenserwartungen von Kindern mit lebensverkürzenden Erkrankungen getroffen werden können. Vor diesen Hintergründen sind die Bemerkungen entsprechend mit einem Hinweis zu ergänzen.
24a die Bemerkungen auf Seite 3 im zweiten Absatz wie folgt ergänzen: „[...] einer ergänzenden psychosozialen Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst, bei Kindern in der Regel durch einen ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienst, unterstützt werden.“	Die Begleitung von Kinder und Jugendlichen wird in der Regel durch ambulante Kinder- und Jugendhospizdienste geleistet, deren haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dafür gesondert befähigt sind.
Dauer und Häufigkeit der Maßnahme: „Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tagen, bei Kindern auch darüber hinaus“	Unter Berücksichtigung der Krankheitsverläufe von Kindern, die über Monate und Jahre gehen können, wäre eine Erweiterung der Dauer der Erstverordnungen und Folgeverordnungen über die hier beschriebenen 14 Tage hinaus, dringend geboten, um unnötigen Sachaufwand, insbesondere für die belasteten Familien, zu vermeiden.



Stellungnahme über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

<p>Deutscher Pflegerat e.V. – DPR Alt-Moabit 91 10559 Berlin Tel.: + 49 30 / 398 77 303 Fax: + 49 30 / 398 77 304 E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de www.deutscher-pflegerat.de</p>	
<p>22. August 2016</p>	
<p>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</p>	<p>Begründung</p>
<p>Anstatt der Angabe des Zeitraums „letzte Tage bis wenige Wochen“, in dem palliativ induzierte, häusliche Krankenpflege verordnet werden kann, wäre „in der letzten Lebensphase“ sachgerechter.</p>	<p>Die Angabe des Zeitraums „letzte Tage bis wenige Wochen“ ist aus ökonomischer Sicht und zur Eingrenzung der zu betreuenden Palliativpatientinnen und -patienten nachvollziehbar. Allerdings zeigt die Erfahrung, dass sich die palliative Versorgung von wenigen Tagen bis zu Monaten ausdehnen kann. Es ist zu befürchten, dass die Angabe des Zeitraumes bestimmte Patientinnen und Patienten mit schweren, Leben begrenzenden Erkrankungen von einer qualifizierten Versorgung ausschließt. Patientinnen und Patienten, die im Rahmen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung nach §132 a Absatz 2 SGB V längerfristig (z.B. 3 - 6 Monate) gepflegt werden, hätten demnach möglicherweise keinen Zugang mehr zu einer qualifizierten Versorgung. Es handelt sich dabei um Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer progredienten Erkrankung eine umfassende palliative Versorgung mit notwendigen Symptomkontrollen und der Verabreichung hochwirksamer Medikamente (z.B. Kurzinfusionen über Portsysteme, Versorgung von Schmerzpumpen, überwachte Gabe von Antiemetika etc.) im häuslichen Umfeld erhalten. Die Verordnung von Behandlungspflege allein kann diesen Bereich nicht abdecken, da die Vergütungsrahmen dafür zu eng bemessen sind. Eine Unterversorgung wie auch vermehrte und unnötige Krankenhausaufenthalte sind die Folge. Zudem ist es ohne einen erweiterten Zeitrahmen nicht möglich zumindest eine psychosoziale Basisbetreuung zu leisten.</p> <p>Daher wäre eine begriffliche Abgrenzung, die sich an der letzten Lebensphase orientiert, sachgerechter als eine zeitliche Festlegung.</p> <p>Denkbar ist auch, eine flexible Zusammenarbeit zwischen der häuslichen Krankenpflege und einem SAPV-Team zu gestalten, die sich am Verlauf und der Symptomkontrolle der Palliativpatientinnen und -patienten orientiert.</p>



<p>Deutscher Pflegerat e.V. – DPR Alt-Moabit 91 10559 Berlin Tel.: + 49 30 / 398 77 303 Fax: + 49 30 / 398 77 304 E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de www.deutscher-pflegerat.de</p>	
<p>22. August 2016</p>	
<p>Inhaltlich unklare Abgrenzung zwischen häuslicher Krankenpflege und der SAPV</p>	<p>Aus der Richtlinie geht nicht klar hervor wie sich die häusliche Krankenpflege von der SAPV abgrenzt. Diese Abgrenzung wäre jedoch erforderlich, um den Übergang zwischen häuslicher Krankenpflege und SAPV dem Krankheitsverlauf bzw. den Symptomen entsprechend gestalten zu können. Eine klare Abgrenzung würde sicherstellen, dass Palliativpatientinnen und -patienten eine SAPV bekommen, wenn sie dieser ergänzend und in enger Verknüpfung zur weiterhin erbrachten Pflege bedürfen.</p>
<p>Einbeziehung bzw. Abgrenzung zwischen der AAPV</p>	<p>Die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten charakterisiert sich durch dynamische Krankheitsverläufe. In der Folge kann es dazu kommen, dass Palliativpatientinnen und -patienten verschiedene Versorgungsformen benötigen, die entsprechend dem Krankheitsverlauf einen flexiblen Übergang erforderlich machen.</p> <p>Daher wäre eine klare Abgrenzung auch zur Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) hilfreich. Sie würde zudem klarstellen, wodurch sich ein Übergang kennzeichnet und wie er stattfindet. Dabei wäre auch zu klären wie sich die Leistungsvergütung der zusätzlichen AAPV-Leistungen abgrenzt und wann die SAPV anstelle des AAPV zum Einsatz kommt.</p> <p>Zudem spricht sich der DPR dafür aus, dass Dienste, die AAPV anbieten, mindestens eine Pflegefachperson vorhalten, die eine Weiterbildung in Palliative Care absolviert hat. Für die Koordination und Moderation der komplexen Prozesse und zahlreichen Akteure bei der Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten sind Pflegefachpersonen prädestiniert, weil dieser Aufgabenbereich ohnehin Teil des Berufsbilds der Profession Pflege ist.</p>
<p>Bei einer Verordnung gem. § 37 Abs. 1 SGB V erfolgt keine Prüfung durch den MDK gem. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V.</p>	<p>Der DPR befürwortet diese Regelung, weil sie der Situation schwer erkrankter Menschen angemessen ist.</p>



<p>Deutscher Pflegerat e.V. – DPR Alt-Moabit 91 10559 Berlin Tel.: + 49 30 / 398 77 303 Fax: + 49 30 / 398 77 304 E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de www.deutscher-pflegerat.de</p>	
<p>22. August 2016</p>	
<p>Dauer und Häufigkeit der Maßnahme</p>	<p>Der DPR empfiehlt aufgrund entsprechender Erfahrungen aus der Versorgungspraxis die Dauer der Erstverordnung und Folgeverordnungen von 14 auf 21 Tage auszudehnen. Damit wäre auch ein Beitrag zum Abbau von Bürokratie geleistet.</p>
<p>Zu GKV-SV/DKG. Die Grundsätze der Empfehlungen für die Betreuung von Menschen am Lebensende müssen den Pflegekräften bekannt sein bzw. durch Fort- und Weiterbildung vermittelt werden.</p>	<p>Die fachliche Qualifikation von Pflegediensten, die palliative, pflegerische Versorgung erbringen, muss gegeben sein. Die Regelungen der üblichen Verträge nach §132 a Absatz 2 SGB V sollten nicht unterschritten werden. Demnach muss die leitende Pflegefachperson eines Pflegedienstes, der die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten erbringt, proportional zur Anzahl der zu versorgenden Palliativpatientinnen und -patienten über eine Mindestanzahl von Pflegefachpersonen (Vollkraftäquivalenz) mit anerkannter Zusatzqualifikation im Bereich „Palliative-Care“ verfügen. Anerkannte Qualifikationen entsprechend den Regelungen der jeweiligen Landespflegekammer oder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Über die Schulung der Pflegefachpersonen ohne diese Zusatzqualifikation ist ein Nachweis zu führen.</p>



<p>Deutscher Pflegerat e.V. – DPR Alt-Moabit 91 10559 Berlin Tel.: + 49 30 / 398 77 303 Fax: + 49 30 / 398 77 304 E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de www.deutscher-pflegerat.de</p>	
<p>22. August 2016</p>	
<p>Ein Hinweis auf die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren fehlt</p>	<p>Die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten zeichnet sich durch Leistungen unterschiedlicher Akteure aus (häusliche Krankenpflege, einschließlich AAPV, SAPV, ambulante Pflege, Hausärztin/Hausarzt, spezialisierte Ärztin/Arzt, Betreuerinnen/Betreuer, Ambulante-Hospiz-Helfer, Angehörige, Ehrenamtliche etc.). Diese Versorgungssituation schafft Schnittstellen wie auch Fragmentierungen und birgt zudem die Gefahr die Bedürfnisse und Wünsche der Palliativpatientinnen und -patienten aus dem Blick zu verlieren.</p> <p>Daher sind Konzepte notwendig, die die verschiedenen Akteure in ein gemeinsames Versorgungsnetz unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Wünsche der Palliativpatientinnen und -patienten einbinden. Ein solches Konzept ist die „Gesundheitliche Versorgungsplanung“ (Advance Care Planning, ACP). Dabei handelt es sich um einen Kommunikationsprozess zwischen der Palliativpatientin, dem Palliativpatienten und den professionellen Akteuren mit dem Ziel einen an der Patientin, dem Patienten orientierten Versorgungsprozess in den Mittelpunkt des Denkens und Handelns zu stellen.</p> <p>Zudem wäre eine Organisationsentwicklung in den jeweiligen Settings mit demselben Fokus für eine Zusammenarbeit notwendig, die sich durch Kooperation und Koordination der beteiligten Akteure auf Augenhöhe auszeichnet. Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung in Palliativ Care sind als Koordinatorinnen und Koordinatoren prädestiniert. Sie haben durch den zumeist länger bestehenden Kontakt zu den Patientinnen und Patienten einen umfassenden Blick für ihre Versorgungssituation im häuslichen Umfeld wie auch für ihre Wünsche und Bedürfnisse. In dieser Funktion müssen Pflegefachpersonen entscheiden, wann Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in die Versorgung einbezogen werden.</p>

Berlin, 22. Juli 2016

Andreas Westerfellhaus
 Präsident des Deutschen Pflegerates

B-9.2 Mündliche Stellungnahmen

B-9.2.1 Wortprotokoll der Anhörung

Mündliche Anhörung



gemäß § 91 Abs. 9 SGB V i.V.m. 1. Kapitel § 12 Verfahrensordnung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**hier: Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)
Änderung der HKP-RL: Belange von Palliativpatientinnen
und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 16. November 2016
von 11.04 Uhr bis 11.42 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmerin für den **Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO):**

Frau Pohl

Angemeldete Teilnehmerin für den **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa):**

Frau Dr. Mallmann

Angemeldete Teilnehmerin für den **Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e. V. (DBfK):**

Frau Krause

Angemeldete Teilnehmerin für den **Deutschen Caritasverband e. V. (Caritas):**

Frau Frischhut

Angemeldete Teilnehmerin für die **Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (Diakonie):**

Frau Stempfle

Angemeldete Teilnehmer für den **Deutschen Hospiz- und Palliativverband e. V.:**

Herr Prof. Dr. Hardinghaus

Frau Bethke-Meltendorf

Angemeldete Teilnehmerin für die **Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP):**

Frau Goudinoudis

Frau Hach

Angemeldete Teilnehmerin für den **Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.):**

Frau Toboll

Beginn der Anhörung: 11.04 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Meine sehr verehrten Damen und Herren, herzlich willkommen im Unterausschuss Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Wir befinden uns im Stellungnahmeverfahren zum Beschlussentwurf zur Änderung der HKP-Richtlinie, hier konkret: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Hier ist ein entsprechender Beschlussentwurf zur Anhörung gestellt worden. Im schriftlichen Stellungnahmeverfahren haben 12 von 15 der stellungnahmeberechtigten Organisationen eine Stellungnahme eingereicht. Ich muss sie der guten Ordnung halber für das Protokoll erwähnen. Es sind dies die Bundesärztekammer, der AWO-Bundesverband, die Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste, der Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen, der Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege, der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V., der Caritasverband, der Paritätische, das Deutsche Rote Kreuz, die Diakonie und der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe. Zudem haben Organisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung Stellungnahmen eingereicht. Das waren namentlich die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, der Deutsche Hospiz- und Palliativverband und der Deutsche Kinderhospizverein. Der Deutsche Pflegerat hat ebenso von seinem Stellungnahmerecht im Einzelfall Gebrauch gemacht.

Zur heutigen mündlichen Anhörung sind angemeldet – ich muss die Anwesenheit kontrollieren – der AWO-Bundesverband, vertreten durch Frau Pohl, der Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen, vertreten durch Frau Toboll, der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, vertreten durch Frau Dr. Mallmann, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e. V., vertreten durch Frau Krause, der Caritasverband, vertreten durch Frau Frischhut, die Diakonie, vertreten durch Frau Stempfle, die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, vertreten durch Frau Goudinoudis und Frau Hach, der Deutsche Hospiz- und Palliativverband, vertreten durch Herrn Professor Dr. Hardinghaus und Frau Bethke-Meltendorf. Ist noch jemand da, der nicht aufgerufen wurde? – Das ist nicht der Fall. Ein kurzer Hinweis zur Technik: Wir führen Wortprotokoll. Deshalb bitte ich, wenn Sie gleich das Wort ergreifen, jeweils das Mikrofon zu benutzen und Ihren Namen sowie die entsendende Institution zu nennen.

Wir wollen heute, weil es eine Vielzahl von Stellungnahmen gab, die Zeit nicht damit verschwenden, dass jeder den Inhalt seiner Stellungnahme erneut vorträgt. Die haben wir in der AG schon besprochen und ausgewertet sowie Rückschlüsse daraus gezogen. Sinn und Zweck der heutigen Anhörung ist, dass Sie zunächst die Gelegenheit erhalten, zu sagen, ob es in dem einen oder anderen Punkt über Ihre schriftliche Stellungnahme hinaus vielleicht noch Ergänzungsbedarf gibt, ob Fakten oder Gesichtspunkte vorliegen, die in Ihrer Stellungnahme noch nicht adressiert worden sind. Danach werden wir eine Frage-und-Antwort-Runde starten, in der Vertreter der Bänke und Patientenvertreter die Möglichkeit haben, ganz konkrete Fragen aufgrund Ihrer Stellungnahme an Sie zu richten. Deshalb ist es aus meiner Sicht ganz wichtig, dass nicht jeder seine Stellungnahme akklamiert.

Als Erstes die Frage in die Runde der hier Anwesenden: Ergibt sich aus Ihrer Sicht etwas, was über Ihre Stellungnahme hinaus aktuell und besonders pointiert vorgetragen werden müsste, was in der Stellungnahme noch nicht adressiert worden ist? – Ich schaue in die Runde. – Bitte schön.

Frau Stempfle (Diakonie): Wir haben uns, glaube ich, nicht explizit dafür bedankt, dass Sie bereits vor der Verabschiedung des HPG aktiv geworden sind. Wir finden es total gut, dass Sie als G-BA bereits vor der Verabschiedung des HPG aktiv geworden sind. Wir würden uns wünschen, dass die

Richtlinie demnächst verabschiedet wird, damit sie in die Praxis umgesetzt werden kann und damit man eine Versorgungslücke teilweise schließen kann.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. Das zeigt, dass der G-BA manchmal flotter ist, als er in der öffentlichen Wahrnehmung dargestellt wird. Aber es ist immer so: Wenn du flott bist, dann sagt es keiner, und wenn du langsam bist, kriegst du Dresche. Daran haben wir uns gewöhnt. Deshalb sehen Sie uns als temporär und partiell traumatisiertes Publikum. Aber heute weicht die Traumatisierung nach dieser einleitenden Belobigung. Sonstige allgemeine Anmerkungen? – Sehe ich nicht. Dann Fragen der Bänke, bitte. – Das gibt aber ein kurzes Wortprotokoll. Keiner? – Die Patientenvertretung, bitte.

PatV: Wir haben uns Ihre Stellungnahmen aufmerksam durchgelesen und haben doch noch zwei, drei Fragen. Zum einen haben Sie alle angeführt, dass in die Anlage 24a Leistungen wie Koordination, Erstgespräch, Begleitung Sterbender, Angehörigenbegleitung mit aufzunehmen sind. Wir haben hier die Frage: Koordinierende Leistungen oder auch Gesprächsleistungen sind durchaus schon Gegenstand der HKP. Was geht über den normalen HKP-Bereich hinaus? Denn Sie sagen, dass sich das abgrenzt in der Palliativpflege. Ich würde hier gerne die Diakonie und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ansprechen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Dann schlage ich vor, wir beginnen mit Frau Stempfle. Bitte schön.

Frau Stempfle (Diakonie): Erst einmal vielen Dank für die Frage. Wir denken, dass das Erstgespräch bisher generell kein Bestandteil der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege ist, im Gegensatz zum Pflegeversicherungsbereich im SGB XI. In der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege geht man in der Regel davon aus, dass es eine ärztliche Verordnung gibt und dass aufgrund der ärztlichen Verordnung der ambulante Pflegedienst aktiv wird. Das halten wir generell für bedauerlich, aber im Hinblick auf die ambulante Palliativversorgung halten wir das für noch sehr viel schwieriger. Denn in einem Erstgespräch muss es unserer Ansicht nach um ein Eingangsassessment gehen, um eine persönliche Übernahme der Patienten, um eine erste Einschätzung des Koordinierungsbedarfs, um die Erstellung des Pflege- und Krisenplans. Es muss auch darum gehen, Vorerfahrung und Wünsche zu erfragen. All das kann man der Verordnung letztlich nicht entnehmen. Das muss man in dem Erstgespräch klären, um mit einer ambulanten Palliativversorgung überhaupt tätig zu werden. – So viel zum Erstgespräch. Ich glaube, die Kollegen machen weiter.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön.

Frau Goudinoudis (DGP): Erstgespräch, ein besonderer Fokus in der palliativen Pflege. Man muss den Patienten abholen, man muss die Angehörigen abholen, Ressourcen erschließen, Stärken erschließen, Bedarfe erschließen. Das ist kein Gespräch, das man zwischen Tür und Angel macht, sondern man hat einen großen Aufwand. Deswegen muss es als Leistung in den Katalog einfließen.

Das Zweite war Ihre Frage nach der Koordination. Die Koordination von Palliativpatienten ist geprägt von hoher Flexibilität, von äußerst dringlicher Brisanz, ob es Hilfsmittel sind, ob es die Zuschaltung von anderen Diensten wie Hospizdiensten oder Kinder unterstützenden Diensten ist. Es bedarf eines wesentlich höheren Maßes an Koordinationsaufwand, als es bisher überhaupt geleistet wird. Wir sagen eindeutig: Das wird nicht allein vom Hausarzt geleistet werden und kann es auch nicht. Die Pflegenden sind diejenigen, die den täglich wechselnden und vielleicht auch zweimal täglich wechselnden Bedarf sehen, erkennen und darauf reagieren müssen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Weitere Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

PatV: Das ist ein Sachverhalt, der vom DPW vorgetragen wurde, sich aber auch bei den anderen teilweise wiederfindet. Es war der Vorschlag, komplementäre Pflegemethoden zur Schmerzlinderung und Beruhigung und Entspannung mit aufzunehmen, zum Beispiel Wickelaufgaben, Einreibung und Atemübungen. Ich würde die Frage an den DBfK weitergeben, in dem Moment, wo die Frage ist, was die Erfahrungen in der Praxis in diesem Bereich sind. Denn wir haben immer das Problem der Evidenz und Praxiserfahrung. Ich würde an dieser Stelle auf die Praxiserfahrung abstellen wollen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Frau Krause, bitte.

Frau Krause (DBfK): Wir sehen hier eine absolut gute Möglichkeit, die Patienten umfassender zu versorgen, als es momentan in der HKP-Richtlinie gegeben ist. Gerade komplementäre Versorgungsmethoden, also Einreiben, Wickel – was erwähnt wurde – können deutlich zur Linderung von Schmerzleiden beitragen. Wir möchten an dieser Stelle aber darüber hinaus darauf hinweisen, dass es aus unserer Sicht noch weitere Leistungen gibt, die zusätzlich in die HKP-Richtlinie aufgenommen werden müssen. Wir sehen zum Beispiel den Bedarf, Schmerzmedikation subkutan über Infusion verabreichen zu können und nicht nur im Rahmen einer Flüssigkeitssubstitution. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Die Patientenvertretung.

PatV: Vielleicht gleich zu dem Bereich Infusion, i.v. Infusion und Injektion. Die Diakonie hat dafür plädiert, die Einschränkung der Leistungen in diesem Bereich aufzuheben. Da stellt sich für uns die Frage: Kommt das in der Praxis häufig vor? Allgemein HKP als auch palliativ, Palliativversorgung dann in dem Moment: Wie sieht das in der Praxis aus, auch im Zusammenspiel zwischen Ärzten und Pflegern?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Frau Stempfle, bitte.

Frau Stempfle (Diakonie): Wir haben vorgeschlagen, die Nummer 18, Injektionen, und die Nummer 16, Infusionen, entsprechend der Anlage 24 – delegierbare Leistungen – des Bundesmantelvertrags zu erweitern. Wir denken, dass die Erstapplikation durch den Arzt gemacht werden muss, aber die Folgeapplikation durch Pflegedienste gemacht werden kann. In der SAPV ist das gängige Praxis. Wir erleben das in verschiedenen Regionen so, dass den Leuten, weil das irgendwie in der normalen HKP bisher nicht möglich ist, eine SAPV verordnet wird, um eine häusliche Versorgung zu gewährleisten. Wir denken, dass die Patienten gar nicht SAPV-pflichtig wären, weil das Symptombeschehen nicht so komplex ist. Aber weil man es fachlich nicht anders regeln kann und damit der Patient zu Hause bleiben kann, wird es gemacht. Deshalb denken wir, dass es unbedingt nötig ist, die Nummer 18 und die Nummer 16 zu ergänzen, dass die Folgeapplikationen durch die Pflegefachkräfte gemacht werden können, im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung und im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, um ein Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen, ohne dass jemand SAPV-pflichtig wird.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Das war jetzt die Haltung der Diakonie. Sehen das Caritas, DGP und Deutscher Hospiz- und Palliativverband in der Praxis genauso? – Bitte schön, für die Caritas Frau Frischhut.

Frau Frischhut (Caritas): Ich möchte dem nur zustimmen. Wir haben in der häuslichen Versorgung sterbender Menschen schon immer das Problem, dass die i.v. Infusion und die i.v. Injektion in dem

Leistungsverzeichnis der häuslichen Krankenpflege fehlen. Deswegen bin ich sehr dankbar, dass das vom Gemeinsamen Bundesausschuss aufgegriffen wurde, dass im Rahmen der Palliativpflege zumindest aufgegriffen wurde, dass da etwas notwendig ist. Wir haben es in unserer Stellungnahme deswegen auch ausgeführt, dass wir das brauchen, um überhaupt Menschen in der Häuslichkeit versorgen zu können. Das fordern wir schon seit 20 Jahren.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Für mich war der Hinweis interessant, dass es Umgehungsstrategien dergestalt gibt, dass man Patienten in die SAPV nimmt, um eher marginale Versorgungsprobleme damit lösen zu können, marginal mit Blick auf das Gesamtvolumen, das in der SAPV abgedeckt werden kann. Dem wird man sicher nachgehen müssen. Wie sieht das die DGP?

Frau Hach (DGP): Wir können uns dem nur anschließen. Wir sehen das in der Praxis aus den Rückmeldungen aus den ambulanten Pflegediensten, die schwerpunktmäßig Palliativpflege leisten, dass die i.v. Gabe sehr häufig angefragt wird und oft zu einer Dilemmasituation führt, dass dadurch Krankenhauseinweisungen notwendig erscheinen. Wir sehen die Grundlage darin begründet, hier ein Gleichheitsprinzip zu schaffen, analog – wie die Kolleginnen der Caritas und auch der Diakonie schon begründet haben – zum Bundesmantelvertrag, in dem diese Möglichkeit bereits geschaffen wurde. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke. – Herr Professor Hardinghaus.

Herr Prof. Dr. Hardinghaus (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband): Wenn es eine Schnittstelle zur SAPV gibt, das muss man sehen. Ich bin trotzdem dafür, weil es dem Patienten letztendlich hilft. In der Praxis wird das häufig schon so durchgeführt. Wir befürworten die Maßnahmen unbedingt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Die Patientenvertretung.

PatV: Ganz herzlichen Dank. – Ich möchte zwei Aspekte aus der Leistungsdauer ansprechen. Sie haben fast alle dafür plädiert, dass anstelle von „letzten Tagen“, „wenigen Wochen“, wie es in dem Richtlinienentwurf steht, Tage, Wochen und Monate bzw. für Kinder auch Jahre als Leistungszeitraum in der HKP-Richtlinie stehen sollte. Das ist relativ unkonkret. Wie vielleicht auch „letzte Tage“, „wenige Wochen“ unkonkret ist, ist auch „Tage“, „Wochen“, „Monate“ recht unkonkret. Hier wollen wir Ihre Erfahrungswerte abfragen, auch mit Blick zur Abgrenzung der SAPV, wo genau die „Tage, Wochen oder Monate“ an dieser Stelle hinterlegt sind. Ich glaube, dass auch die Caritas das in ihrer Stellungnahme drin hatte.

Wir hatten in der Richtlinie noch keine Aussage zur Häufigkeit gemacht. Es gibt aber sehr viele, die dafür plädieren, die Häufigkeit auf „bis zu sechsmal täglich“ festzulegen. Es steht die Frage im Raum, ob das wirklich zielführend ist. Dazu möchte ich gern die AWO fragen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wer möchte beginnen? – Caritas, bitte schön.

Frau Frischhut (Caritas): Zu der unspezifischen Beschreibung Tage und Wochen: Wir haben Krankheitsverläufe, die nicht linear auf das Sterben zugehen, sondern ganz schlecht sind und dann wieder besser werden, und dann werden sie wieder schlechter. Das geht über längere Zeit als nur wenige Wochen. Wir fürchten, dass dann immer wieder eine neue Verordnung ausgestellt werden muss, wenn es Krankheitsbilder sind, die nicht durch Tumore bedingt sind. Deswegen haben wir den Vorschlag gemacht, zu intermittierenden Verläufen etwas zu beschreiben, dass es intermittierende

Verläufe gibt, wo Palliativpflege notwendig ist. Das sollte in der Richtlinie auftauchen, damit es nicht immer wieder verordnet werden muss.

(PatV: Darf ich eine Nachfrage stellen?)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Bitte.

PatV: Was spricht gegebenenfalls dagegen, bei solchen Krankheitsverläufen eine neue Verordnung auszustellen? Prinzipiell wäre das möglich.

Frau Frischhut (Caritas): Wir sehen die Belastung durch die Situation zu Hause, in der Häuslichkeit. Da müssen die Angehörigen immer wieder vorstellig werden, aktiv werden. Es ist in einer Situation, wo ein naher Angehöriger begleitet werden muss, eine zusätzliche Belastung, immer wieder vorstellig werden zu müssen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Die zweite Frage richtete sich an die AWO, Frau Pohl.

Frau Pohl (AWO): Vielen Dank für ihre Frage. Aus der Richtlinie ist nicht hervorgegangen, wie diese Komplexleistung verordnet werden soll. Handelt es sich um eine Tagespauschale, ist die Besuchshäufigkeit also nur einmal täglich angedacht etc.? Aus Sicht der Praxis haben wir die Ergänzung vorgenommen „bis zu sechsmal täglich“, um sicherzustellen, dass ein mehrfacher Besuch und eine Versorgung in der Häuslichkeit von dem ambulanten Pflegedienst im Rahmen der Palliativpflege möglich ist. Darauf begründet sich das.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ist die Frage beantwortet?

PatV: Teilweise.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Es gibt noch eine Wortmeldung. Frau Hach, bitte.

Frau Hach (DGP): Ich denke, dieses Anliegen ist der Versorgungsrealität geschuldet, dass die Versorgung von Palliativpatienten in der Regel auch nicht linear verläuft, sondern unterschiedlichen krisenhaften Schwankungen unterlegen ist, die erfahrungsgemäß teilweise bis zu sechs Hausbesuche erforderlich machen. Zur Verordnungsfähigkeit: In der Richtlinie steht, dass eine Verordnung im Nachgang, also rückwirkend, nicht erfolgen kann. Insofern ist es schwierig, das zu Unzeiten, also an Wochenenden oder an Feiertagen, an dieser Stelle abzudecken. Vorauszusehen oder vor auszubestimmen, wann dieser Bedarf entsteht, ist schwer möglich, denn oft kippt die Situation kurzfristig. Dann entsteht eine hohe Dynamik, die eine Anpassung der Verordnung bedingt. An dieser Stelle hinkt die Genehmigungsfähigkeit hinterher. Das ist die Erfahrung, die in der Palliativpflege auch in anderen Settings dargestellt werden kann.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Eine Frage der KBV.

KVB: Ich hätte eine Verständnisfrage zu der i.v. Therapie, die Sie thematisiert haben. Eine i.v. Therapie ist eine Therapie, bei der der Patient innerhalb von Sekunden, weil Sie direkt zuführen, reagieren kann. Die Dosierung wird Ihnen wahrscheinlich der Arzt vorgeben, nehme ich an. Wir wissen aber, dass gerade bei Palliativpatienten die Dosierung ganz polyfaktoriell daneben liegen kann. Sind Sie dann in der Lage, innerhalb von Sekunden eine hypothetische Überdosierung zu erkennen und die Gegenmaßnahmen zu ergreifen? Das möchte ich bezweifeln. Bei jedem Schmerzmittel können Sie

innerhalb von Sekunden, wenn es falsch dosiert ist – das können Sie bei einem Palliativpatienten nie voraussagen –, eine Atemdepression bekommen, innerhalb von Sekunden. Dann müssen Sie in der Lage sein, entweder das richtige Antidot zu wählen, die Dosierung zu ändern oder den Patienten zu beatmen. Deswegen ist die i.v. Therapie eine sehr grenzwertige Therapie in der Palliativpflege außerhalb der SAPV.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Frau Goudinoudis.

Frau Goudinoudis (DGP): Die Frage gebe ich zurück. Die Delegation ist klar geregelt: Der Arzt kann es an seine Praxisassistentin delegieren. Die hat keine andere, keine bessere, keine höhere Qualifikation als eine Pflegefachkraft, die eine zusätzliche Palliativ-Care-Ausbildung hat. Deswegen die Frage: Kann die das entscheiden? Denn an die ist eine solche Leistung delegierbar. Das ist durch das Urteil vom Oktober 2013 klar geregelt. Ja, eine ausgebildete Pflegekraft kann eine Überdosierung erkennen und kann die entsprechenden Maßnahmen, die der Arzt vorher mit ihr festgelegt hat, ergreifen. Dazu sind Pflegekräfte fähig. Das betrifft nicht alle – da gebe ich Ihnen recht –, aber mit der Zusatzqualifikation, die wir als Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin dringend fordern, sind sie fähig, solche Situationen zu erkennen und darauf zu reagieren.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ergänzung dazu: KBV. – Meines Wissens darf das an die ärztlichen Hilfskräfte delegiert werden, wenn die Aufsicht des Arztes gewährleistet ist. Da stellt sich die Frage, ob das in weiten Strecken im häuslichen Kontext der Fall ist. Aber das ist nur sporadisch in meinem Hirn so abgespeichert. – KBV, bitte.

KBV: Ihre Argumentation ist völlig richtig, dass sie hochqualifiziert sind, solche Komplikationen zu erkennen. Das bezieht sich aber nicht auf Maßnahmen, wo die Nebenwirkungen, und zwar gravierend, innerhalb von Sekunden eintreten können. Das ist etwas völlig anderes. In der Delegationsrichtlinie der Bundesärztekammer steht:

Intravenöse Injektionen ... können an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, wenn sich der Arzt von der Ausbildung und Erfahrung ... überzeugt hat und wenn er sich in unmittelbarer Nähe aufhält.

Das sind die Delegationsrichtlinien der Kammer. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Erwiderung, bitte.

Frau Goudinoudis (DGP): Ich würde dann einfach eine Zusatzfrage stellen. Wir haben im DRK-Pflegereport sehr eindrücklich gesehen, dass der ärztliche Kontakt in der letzten Lebenszeit zurückgeht. Wie sollen i.v. Gaben zu Hause beim Patienten gewährleistet sein, ohne ihn ins Krankenhaus einzuweisen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Entschuldigung, wir stellen keine Rückfragen an die Bänke. Wir nehmen es einfach als Aussage.

(Frau Goudinoudis (DGP): Entschuldigung!)

Eine Ergänzung, bitte.

Frau Hach (DGP): Wir gehen davon aus, dass die Versorgung nach der sogenannten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung geregelt wird, und erinnern daran, dass es eine enge Koordination mit den besonders qualifizierten ärztlichen Leistungen geben soll und hier eine enge Absprache er-

folgt und letztendlich die Richtlinie bzw. die Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen überschrieben ist in der Versorgung in der Häuslichkeit, in Einrichtungen der Behindertenhilfe und auch in Pflegeheimen. Wir denken, dass die besonders qualifizierten Leistungen der AAPV gleichbehandelt werden müssen und dass dann im Ermessen des behandelnden Hausarztes ist, ob er letztendlich unverzüglich erreichbar ist, um diese Thematik abdecken zu können. – Danke schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke. – Weitere Fragen? – Keine mehr? – GKV auch nicht? – Okay, dann hätten wir das. Ganz herzlichen Dank. – Die Patientenvertretung, bitte.

PatV: Eine allgemeine Frage hätte ich noch zum Schluss, die uns in der Diskussion in der AG sehr beschäftigt hat. Der Begriff Symptomkontrolle ist in der Medizin ansonsten nicht definiert, er ist in der Palliativmedizin verschriftlicht, ohne dass auch dort genau festgelegt ist, was darunter zu verstehen ist. Meine Frage an Sie alle ist: Ist das für Sie in der Interpretation und in der Auffassung ein einheitlicher Begriff, oder gibt es auch im Pflegebereich unterschiedliche Auffassungen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wer möchte beginnen? – Herr Professor.

Herr Prof. Dr. Hardinghaus (Deutscher Hospiz- und Palliativverband): Es ist durchaus ein einheitlicher Begriff. Die Symptomkontrolle ist sehr umfassend und umfasst Luftnot, Übelkeit, Angst, psychosoziale Zustände. Es ist ein umfassender, allgemein anerkannter Begriff.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Sehen das alle anderen auch so, dass es da keine Interpretationsspielräume gibt, dass man am Ende darüber streitet: Was gehört zur Symptomkontrolle, was gehört nicht dazu? – Einheitlich. Ein allseitiges Nicken. Das Nicken müssen wir schließlich für das Protokoll in Worte fassen. – Caritas, bitte.

Frau Frischhut (Caritas): Sie fragen sicher vor dem Hintergrund, weil das die erste Beschreibung in dem Verzeichnis ist. Ich finde den Begriff Symptomkontrolle von daher nicht so glücklich geprägt, eben weil er unspezifisch ist. Was in Spiegelstrichen darunter aufgeführt ist, gibt wiederum nicht das wieder, was alles notwendig ist in der Palliativpflege in der Häuslichkeit. Von daher finde ich den Begriff der Symptomkontrolle an dieser Stelle nicht glücklich gewählt und würde mir einiges mehr wünschen, gerade weil so viele andere Leistungen notwendig sind als die, die beschrieben worden sind. Es steht hier etwas von Grundversorgung usw. Das Erstgespräch hat Frau Stempfle schon angesprochen. Wir haben ganz viel Koordinationsleistung, Abspracheleistung. Es müssen so viele weitere Leistungserbringer und ambulante Hospizdienste eingebunden werden. Es gibt an dieser Stelle sehr viel zu tun. Das ist alles ein bisschen dürftig. „Symptomkontrolle“ beschreibt das eigentlich gar nicht.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Da tut sich unter dem Konsens doch ein tiefgreifender Dissens auf. Wir konstatieren, dass wir dissente Auffassungen haben. – Bitte schön, Patientenvertretung.

PatV: Sie sprechen mir im Prinzip aus der Seele. Ist dem Problem, das wir diskutiert haben, eigentlich mit der Erfassung der Symptome schon Genüge getan, oder umfasst der große Begriff der Symptomkontrolle nicht auch den Versuch der Beherrschung der infrage stehenden Symptome bis hin zum gewünschten Ergebnis? Für mich war Symptomkontrolle eher der finale Begriff, dass ich ein Symptom, mit dem ich es zu tun habe, letztendlich so im Griff habe, dass es weiterhin keine Probleme macht. Den Dissens habe ich vermutet. Aber ich weiß nicht, was die anderen Beteiligten dazu noch zu sagen haben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Frau Stempfle hat sich gemeldet.

Frau Stempfle (Diakonie): Die Frage ist: Wie betitelt man die Leistungen, und ist der Leistungstitel „Symptomkontrolle“ aussagekräftig oder nicht? Das ist die eine Frage. Das andere ist die Frage: Wie beschreibt man die Leistung? Wir alle haben Vorschläge gemacht, was noch in die Leistung „Symptomkontrolle“ hineinkommen muss, um eine allgemeine ambulante Palliativversorgung zu gewährleisten. Wir haben Vorschläge zur Leistungsbeschreibung gemacht, zur Ergänzung um Koordination, um Erstgespräche, um Anleitung, um Patientenedukation. Wir haben Vorschläge gemacht zur Verordnungsdauer, wir haben Vorschläge gemacht zu intermittierenden Verläufen. Insofern denken wir, das, was Sie als G-BA als Vorschlag vorgelegt haben, ist unserer Ansicht nach nicht ausreichend.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Frau Goudinoudis.

Frau Goudinoudis (DGP): Ich sehe gar keinen Dissens in dem, was wir unter Symptomkontrolle verstehen. Allerdings ist es in Ihrem Entwurf nicht ausreichend beschrieben. Vielleicht ist das unser großer Konsens, indem wir sagen: Es ist klar, was Symptomkontrolle erfasst, von der Erfassung, von der Erarbeitung symptomverstärkender, symptomlindernder Faktoren und, und, und, bis hin: Wie können wir dem helfen? Deswegen: Deutlich mehr Maßnahmen müssen darunter subsumiert sein als die, die in dem Entwurf aufgelistet sind. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Weitere Fragen? – Noch einmal die Patientenvertretung.

PatV: Eine Frage, die wir schon aus zahlreichen SAPV-Sitzungen kennen, möchte ich hier gerne im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung loswerden: die besonderen Belange von Kindern, denen Rechnung zu tragen ist. Ist da bei Ihnen eine gewisse Einheitlichkeit gegeben, oder gibt es auch dort möglicherweise dissente Auffassungen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Hardinghaus, bitte.

Herr Prof. Dr. Hardinghaus (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband): Da gibt es keine dissente Auffassung nach meiner Meinung. Die besonderen Belange der Kinder sind jeweils zu berücksichtigen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Frau Stempfle.

Frau Stempfle (Diakonie): Ich will keinen Dissens beschwören. Das Thema ist nur: Die besonderen Belange von Kindern sind zu berücksichtigen. Das ist eine Formel, auf die sich der G-BA verständigt hat. Die ist in der Praxis nicht so einfach auszugestalten. In der Ausgestaltung gibt es oft Dissens bei dieser Formel.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Patientenvertretung.

(PatV: Was empfehlen Sie denn?)

PatV: Das wäre meine nächste Frage gewesen. Ich muss den G-BA außen vor lassen. Das ist damals vom Ministerium so in die Welt gesetzt worden. Wir haben das artig weitergeführt. Es gibt meines Wissens durchaus unterschiedliche Auffassungen, was das Besondere an den Belangen der Kinder sein kann. Insofern ist mir nicht so ganz konkret vor Augen, was ich darunter zu verstehen habe und was ich in der entsprechenden Pflege erwarten darf, wenn sie denn ihnen angetragen wird. Insofern ist die Frage schon völlig richtig: Was wäre Ihr Vorschlag, wie können wir das Dilemma etwas entschärfen?

Frau Stempfle (Diakonie): Meine Empfehlung wäre analog zur SAPV. Es gibt eine Empfehlung der Kassen nach § 132d SGB V für die SAPV, und es gibt eine spezielle Empfehlung für Kinder. Da wäre meine Empfehlung, spezielle Vorschläge für Kinder zu machen – ohne dass ich vorbereitet bin, Ihnen darauf konkret zu antworten. Ich kann das gerne nachliefern und Ihnen einen Vorschlag unterbreiten. Das ist kein Thema. Aber nochmals: Das mit den Kindern sollte spezifiziert werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Stempfle. – Jetzt die Caritas, Frau Frischhut.

Frau Frischhut (Caritas): Gerade das Thema, das viele aufgegriffen haben, soweit ich die Stellungnahme der anderen Verbände kenne, ist das Thema intermittierende Verläufe. Das ist gerade bei Kindern ein großes Problem, weil nicht auf kurze Zeit absehbar ist, wann der Tod tatsächlich eintreten wird, weil wir Erkrankungen haben, die oft lange Verläufe haben. Dann macht man noch eine Beatmung, und dann geht das auch nicht mehr. Das wäre ein solcher Punkt, wo man tatsächlich für die Kinder an dieser Stelle das aufnehmen müsste. Wenn man es hier nicht macht, wäre die Frage, ob man nicht häusliche Krankenpflege für Kinder in ähnlicher Art und Weise aufgreift und beschreibt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Weitere Wortmeldungen, Fragen? – Keine. Dann bedanke ich mich erneut dafür, dass Sie da waren, für die Beantwortung der Fragen. Wir werden in unserer Auswertung zu berücksichtigen haben, was Sie schriftlich vorgetragen haben und was hier noch präzisiert wurde.

Damit ist diese Anhörung beendet. Danke, dass Sie da waren und uns auf dem Weg zur Findung der Richtlinienergänzung geholfen haben.

(Beifall)

Schluss der Anhörung: 11.42 Uhr

C Bürokratiekostenermittlung

Laut 1. Kapitel § 5a Abs. 1 VerfO ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu die in den Beschlüssen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Der vorliegende Beschluss beinhaltet Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie bezüglich der Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege.

Es ist davon auszugehen, dass sich durch die vorgesehene Änderung der Richtlinie die Anzahl von HKP-Verordnungen erhöht. Aufgrund der erwarteten höheren Fallzahlen kann mit einem leichten Anstieg der Bürokratiekosten gerechnet werden. Auf eine Ausweisung der Bürokratiekosten wurde verzichtet.