



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 223
Herrn Dr. Christian Abt
11055 Berlin

Nachrichtlich:

Sprecherinnen und Sprecher im
Unterausschuss Veranlasste Leistungen

Ausschließlich per E-Mail am 3. März 2022 an:

[Redacted]

gemäß § 91 SGB V
Prof. Josef Hecken
Dr. med. Monika Lelgemann

Besuchsadresse:
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Ansprechpartner/in:
Prof. Josef Hecken
Dr. Monika L

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
JH/ML

Datum:
3. März 2022

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 91 SGB V vom
19. November 2021: Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL):
Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege**

Ihr Schreiben vom 20. Januar 2022

Sehr geehrter Herr Dr. Abt,

wir danken für Ihr Schreiben vom 20. Januar 2022, in dem Sie uns im Rahmen Ihrer Rechtsaufsicht gemäß § 94 SGB V um ergänzende Stellungnahme zum o.g. Beschluss des G-BA bitten. Ihrer Anfrage kommen wir gerne nach.

Die Leistung gemäß Nummer 24 zweiter Spiegelstrich in der Bemerkungsspalte des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) ist bislang verordnungsfähig in Fallkonstellationen, in denen die ärztliche Entscheidung über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung oder des Verbleibs zu Hause nur auf Basis einer speziellen Krankenbeobachtung durch Pflegefachkräfte bei dauernder Erreichbarkeit der Ärztin oder des Arztes getroffen werden kann. Es handelt sich um eine kontinuierliche Beobachtung und Dokumentation der Vitalfunktionen unter permanenter Anwesenheit der Pflegefachkraft über den gesamten Versorgungszeitraum von mindestens 24 Stunden.

Als die heutige Leistung Nummer 24 zweiter Spiegelstrich in der Bemerkungsspalte mit der Erstfassung der „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V in der Fassung vom 16. Februar 2000“ eingeführt wurde, gab es - anders als heute - eine deutlich weniger ausgebaute Hospiz- und Palliativversorgung. Die Krankenkassen hatten seinerzeit in den Verträgen zur häuslichen Krankenpflege teilweise die Leistung „Tag- und/oder Nachtwache“ vertraglich vereinbart, die bei Menschen in ihrer finalen

Lebensphase, deren Wunsch es war, zuhause zu versterben, eine entsprechende medizinisch-pflegerische Versorgung ermöglichte. Dies hat der seinerzeitige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den o.g. Richtlinien nachvollzogen, indem die Leistung spezielle Krankenbeobachtung mit entsprechenden Verordnungsvoraussetzungen Bestandteil des HKP-Leistungsverzeichnisses wurde.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde zum 1. April 2007 die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingeführt. Nach § 37b Absatz 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, Anspruch auf SAPV. Zielsetzung der SAPV ist es, Versicherten mit einer besonders aufwändigen Versorgung ein Sterben in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vom 1. Dezember 2015 wurden die Leistungsansprüche im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung abermalig stark ausgeweitet. U.a. hat der G-BA in § 92 Absatz 7 Satz 1 Nummer 5 SGB V den Auftrag erhalten, in der HKP-Richtlinie das Nähere zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung zu regeln. Daneben wurde in § 37 Absatz 2b Satz 1 SGB V geregelt, dass die häusliche Krankenpflege auch die ambulante Palliativversorgung umfasst. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA mit Beschluss vom 16. März 2017 den Anspruch auf palliative Leistungen in der HKP-RL explizit neu geregelt.

Bei Versicherten, die sich in einer Palliativsituation befinden, ergeben sich danach folgende Verordnungsmöglichkeiten:

1. Verordnung von Einzelleistungen: Mit den Richtlinien-Änderungen wurde zunächst durch Ergänzung in § 1 Absatz 1 Satz 3 HKP-RL klargestellt, dass die HKP sowohl kurativ als auch palliativ indiziert sein kann. Bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, bei denen die Versorgung in der Häuslichkeit durch Einzelleistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL ausreichend gewährleistet ist, können somit alle verordnungsfähigen Leistungen auch unter palliativer Zielsetzung verordnet werden.

2. Verordnung von Leistung Nr. 24a: Bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, bei denen 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 Verordnung von Einzelleistungen nicht ausreichend ist, kann die Komplexleistung Ziffer 24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“ verordnet werden. Dabei umfasst die Symptomkontrolle im Sinne der Richtlinie sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen.

Vor diesem Hintergrund wird in den Tragenden Gründen des Beschlusses vom 19. November 2021 zur „Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL): Übergangsregelung und Anpassung zur außerklinischen Intensivpflege“ mit Verweis auf Beschluss des G-BA vom 16. März 2017 zur Leistung nach Nummer 24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“ ausgeführt, dass hinsichtlich des Personenkreises, der mit dem zweiten Spiegelstrich der Bemerkungsspalte der Nummer 24 beschrieben wird, kein Bedarf für eine Fortführung der Nummer 24 des Leistungsverzeichnisses gesehen wird. Bezüglich der in diesem Zusammenhang weitergehenden Ausführungen in den Tragenden Gründen, dass nach Kenntnis des G-BA die spezielle Krankenbeobachtung für Versicherte dieses Personenkreises nur noch im Einzelfall verordnet und beansprucht wird, hat der GKV-Spitzenverband eine systematische Abfrage über die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene bei allen Krankenkassen durchgeführt, ob und wenn ja wie häufig und bei welchen Fallkonstellationen Leistungen nach Nummer 24 zweiter Spiegelstrich in der Bemerkungsspalte in den letzten zwei bis drei Jahren verordnet und genehmigt wurden. Ergebnis dieser Abfrage ist, dass insoweit nur eine einstellige Anzahl von Fällen ermittelt wurde, in denen Leistungen nach Nummer

24 zweiter Spiegelstrich in der Bemerkungsspalte verordnet und von einer Krankenkasse genehmigt wurden. Diese Fälle bezogen sich im Wesentlichen auf zwei Versicherte und betrafen in einem rekonstruierten Sachverhalt die Fallkonstellation, dass sich ein SAPV-Team, welches zuvor die Versorgung übernommen hatte, spontan aufgelöst hat und unmittelbar eine Anschlussversorgung organisiert werden musste. Die Versorgung über die HKP fand nicht ganztägig statt, der Pflegedienst hat die Familie pro Verordnung drei Mal aufgesucht. In einem weiteren Sachverhalt kam es bei einem Kind in der letzten Lebensphase zu einer rapiden Verschlechterung der Krankheitssymptomatik; da die Eltern eine Einweisung ins Krankenhaus abgelehnt haben, wurde eine Unterstützung durch den Pflegedienst verordnet. Diese Darstellungen bestätigen, dass es sich auch bei den sehr wenigen Einzelfällen, in denen Verordnungen nach Nummer 24 zweiter Spiegelstrich in der Bemerkungsspalte ausgestellt wurden, um Fälle der Palliativversorgung handelt, die auch über andere Leistungen der HKP-Richtlinie (Ziffer 24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“) oder die SAPV hätten verordnet werden können. Warum dies in den genannten Fallkonstellationen nicht erfolgt ist, lässt sich nicht abschließend klären. Hinweise darauf, dass bei den sehr wenigen Einzelfällen bei Streichung der Nummer 24 zweiter Spiegelstrich in der Bemerkungsspalte eine Versorgungslücke entstehen würde, wurden bei der systematischen Abfrage jedoch in keinerlei Hinsicht erkannt. Zu Ihrer weitergehenden Frage, wie häufig Personen, die in der Vergangenheit diese Leistung beansprucht haben, nunmehr Leistungen nach der ebenfalls in den Tragenden Gründen genannten Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses (Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten) erhalten, liegen dem G-BA keine Informationen vor. Dies würde eine einzelfallbezogene Bewertung des individuellen Versorgungsbedarfs erfordern, die mit den vorliegenden Daten nicht möglich ist.

Wie in den Tragenden Gründen auch ausgeführt wird, ist zudem zu berücksichtigen, dass das Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie nach expliziter Regelung in § 1 Absatz 4 ein nicht abschließendes Verzeichnis darstellt, sodass in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen auch nicht im Verzeichnis aufgeführte Leistungen verordnungs- und genehmigungsfähig sind, wenn sie Bestandteil des von der Verordnerin oder dem Verordner erstellten Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden.

Nach allen vorliegenden Erkenntnissen besteht aus den vorgenannten Gründen weiterhin die Einschätzung, dass für die notwendige Versorgung von Versicherten in den mit den Anspruchsvoraussetzungen nach Nummer 24 zweiter Spiegelstrich in der Bemerkungsspalte beschriebenen Sachverhalten kein Bedarf besteht, die Verordnungsmöglichkeit nach Nummer 24 zweiter Spiegelstrich in der Bemerkungsspalte weiterhin aufrecht zu erhalten. Im Gegenteil würden bei einem Festhalten an dieser Leistungsziffer im Kontext des Inkrafttretens der AKI-Richtlinie die Zielsetzung, der adressierte Personenkreis und die Abgrenzung dieser Leistungsziffer von den anderen aufgezeigten Verordnungsmöglichkeiten offenbleiben, da ein Anwendungsbereich in der Praxis nach der dargestellten Prüfung des aktuellen Verordnungsgeschehens nicht erkennbar ist.

Die Patientenvertretung im Unterausschuss Veranlasste Leistungen enthält sich zu den o.g. Ausführungen.

Zu den weiteren Hinweisen:

Die Hinweise zur Änderung des § 1 Absatz 7 HKP-RL haben wir dankend zur Kenntnis genommen und werden diese hinsichtlich eines Änderungsbedarfes der HKP-RL prüfen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Josef Hecken
Vorsitzender des Gemeinsamen
Bundesausschusses

Dr. Monika Lelgemann MSc
Vorsitzende des Unterausschusses
Veranlasste Leistungen