



**VDAB – Reinhardtstraße 19 – 10117 Berlin**

Bundesministerium für Gesundheit

Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung

Referat 221: Grundsatzfragen der GKV

11055 Berlin

nur per E-Mail an: [221@bmg.bund.de](mailto:221@bmg.bund.de)

**Verband Deutscher Alten-  
und Behindertenhilfe e.V.**  
Gemeinnütziger Fachverband

mit Sitz in Essen

**Hauptstadtbüro**

Reinhardtstraße 19

10117 Berlin

Fon 030 / 200 590 790

Fax 030 / 200 590 79-19

[berlin@vdab.de](mailto:berlin@vdab.de)

[www.vdab.de](http://www.vdab.de)

Berlin, 7. April 2015

## **VDAB zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vom geplanten Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), welches jetzt auf den Weg gebracht wurde, sind auch der Bereich der stationären und ambulanten Pflege und damit Mitgliedseinrichtungen des VDAB direkt betroffen.

Die Pflege- und Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen: Es stellen sich seit Jahren grundsätzliche Fragen, wie der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen Herausforderungen zu begegnen ist. Bislang ist die Pflege in den meisten Fällen nur „Anhängsel oder Vehikel“ zur Umsetzung. Das muss sich aus unserer Sicht zukünftig ändern. Die Pflege muss als wichti-

ger Teil der gesamten Gesundheitsversorgung und daher auch der Hospiz- und Palliativversorgung gesehen werden.

Pflege trägt nicht nur mit ihren Leistungen der Grund- und Behandlungspflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung sondern auch mit Beratung und Koordinierung maßgeblich zur Hospiz- und Palliativversorgung bei. Derzeit findet der zusätzliche Erfüllungsaufwand der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der bestehenden Versorgung keinerlei Berücksichtigung.

Leider wird hier auch zukünftig - wie auch im vorliegenden Gesetzesentwurf - beispielsweise in puncto Vergütung zusätzlicher Leistungen, der Kooperation und Koordination nur unzureichend Rechnung getragen.

Es sollte deshalb aus unserer Sicht ein Anreiz geschaffen werden, Leistungen als Koordinator und im Rahmen von Kooperationen mit anderen Leistungserbringern zu erbringen, auch in der Vergütung bzw. der personellen Ausstattung dieser zusätzlichen Versorgungsleistungen.

Es sind den Pflegeeinrichtungen keine zusätzlichen Anforderungen zuzumuten, ohne dass diese mit entsprechenden personellen sowie finanziellen Mitteln ausgestattet werden: **Immer mehr Aufgaben, müssen mit mehr personellen Ressourcen, die auch finanziert werden, einhergehen:**

Zum SGB V

**§87 Absatz (1b)** *Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens (...) die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung. Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren.(...)Der Bundesärztekammer ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.*

Auch den Leistungserbringern der Pflege sollte Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Sie sind Erbringer der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich und enger Kooperationspartner der Ärzte und spielen somit eine zentrale Rolle bei der qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung.

**§ 92 Absatz 7: Ergänzung 5.** *„Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung“*

*Laut dem vorliegenden Referentenentwurf führt die Anpassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (§ 92 Absatz 7 SGB V) zu einem einmaligen geringfügigen Erfüllungsaufwand.*

Mit dem §92 wird auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege eine Regelung verändert, die den ureigenen Bereich der ambulanten Pflege betrifft. Die Pflege selbst wird aber bei Entscheidungen, welche diese Regelungen unmittelbar beeinflussen, kaum berücksichtigt: So werden die Leistungserbringer der Pflege bei Änderungen

des Paragraphen gehört, haben aber selbst kein Stimmrecht. Es bleibt also auch weiterhin dabei, dass es dadurch Entscheidungen zu Lasten Dritter – also der Pflege – geben wird. Ein für uns als Vertreter auch von ambulanten Pflegediensten unhaltbarer Zustand.

Ein einmaliger geringfügiger Erfüllungsaufwand, wie im Referentenentwurf erläutert, ist hier nicht gegeben. Vielmehr handelt es sich um eine auf Dauer zu erbringende, zusätzliche Leistung, die auch als solche vergütet werden muss. Erst dann, wenn es eine eindeutige Regelung zur Vergütung gibt, kommen - so zeigt es sich in der Praxis im Bereich MRSA - diese Leistungen auch tatsächlich zur Umsetzung und bei dem Patienten an. Es besteht aus unserer Sicht die Gefahr, dass es bei einer erneuten Regelung ohne Vergütung keine Umsetzung auf Länderebene gibt.

Nimmt man diesen Bereich als Gesetzgeber also ernst, muss man dies auch über die Vergütung und eine eindeutige gesetzliche Regelung hierzu deutlich zum Ausdruck bringen. Aus diesem Grund muss es neben der Neuregelung des §92 SGB V zu einer Folgeregelung im §132a Absatz 2 SGB V über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, MRSA und der ambulanten Palliativversorgung kommen. Wir schlagen daher die folgende Ergänzung vor:

§ 132a Absatz 2 „Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, **MRSA und ambulanter Palliativversorgung** über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern.“  
(...)

**§ 119b Absatz 1:** *Die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen soll dadurch verbessert werden, dass stationäre Pflegeeinrichtungen künftig Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abschließen sollen. Dies war bisher lediglich als gesetzliche Möglichkeit vorgesehen ("Kann"-Regelung in § 119b Absatz 1 SGB V). Ziel des Gesetzgebers ist, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine koordinierte Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gewährleisten, um die palliativ-medizinische Versorgung in den Einrichtungen zu verbessern. Künftig wird für die Teilnahme von Vertragsärzten an Kooperationsverträgen eine unbefristete und obligatorische Vergütung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgenommen.*

Der Sicherstellungsauftrag, Menschen in den Pflegeeinrichtungen ärztlich zu versorgen, ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der ihr zugehörigen Ärzte. Es wird durch diese Regelung versucht, ärztliche Aufgaben auf die Pflege zu übertragen, das zudem zusätzlich und ohne finanzielle Förderung.

**§ 132d Absatz 1:** *Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahren tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen.*

Die zukünftige Möglichkeit der Streitschlichtung über eine solche Stelle begrüßen wir, da wir um die Bedeutung aus der Praxis als Einigungsinstanz wissen.

**§ 132d Absatz 3** *angefügt: Krankenkassen können Verträge, die eine ambulante Palliativversorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfassen, auch auf Grundlage der §§ 73b oder 140a abschließen. Die Empfehlungen nach Absatz 2 und die Richtlinien nach § 37b Absatz 3 und § 92 Absatz 7 Satz 1 Nummer 5 gelten entsprechend.*

Im Hinblick auf den Kooperationsgedanken ist es wichtig, dass auch die Pflege in die Verträge einbezogen und ihre Leistungen entsprechend vergütet wird. Wir setzen uns dafür ein, eine Verpflichtung zur Aufnahme der Pflege als eigenständiger Partner in diese Verträge zu schaffen, da die palliative Versorgung auch immer die Pflege betrifft und diese daher bei jedem Vertrag dieser Art mit ihrem Fachwissen und besonderen Leistungen einen wichtigen Beitrag für die kooperative Versorgung leisten kann.

**Neuaufnahme des §132f in den Gesetzentwurf:** *Ziel dieses neuen Paragraphen ist es, die Synchronisierung und Integrierung der Akteure im Rahmen einer aktiven Kooperation miteinander zu erreichen. Neben einer spezifischen ärztlichen Versorgung soll die Organisation und die Koordination verschiedener Leistungen und Leistungserbringer sowie deren Zusammenarbeit gewährleistet werden.*

Wir begrüßen die Neuaufnahme des §132f und den damit verbundenen Kooperationsgedanken und die Vernetzung unterschiedlicher Akteure, weisen aber auch hier darauf hin, dass entsprechende finanzielle Mittel bereitgestellt werden müssen.

**Abs. 2:** Hier müssen die Verbände ebenfalls erwähnt werden.

**Abs. 3** *„Die Krankenkasse des Versicherten trägt die **notwendigen Kosten** für die nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 2 erbrachten Leistungen der Pflegeeinrichtung. Die Kosten sind für Leistungseinheiten zu tragen, die die Zahl der benötigten qualifizierten Mitarbeiter und die Zahl der durchgeführten Beratungen berücksichtigen.“*

Aus Sicht des VDAB müssen die Grundsätze der Vergütungen sowie ihrer Strukturen und Abgrenzungen in die Regelung übernommen werden: Erst dann kann es zu einer Vergütung kommen. Es bedarf daher dringend einer Vergütungsvereinbarung, da der Versicherte sonst nicht zu seinen Leistungen kommen wird.

Zum SGB XI

**§28 Absatz 5** – Leistungen der Pflegeversicherung – wird dahingehend ergänzt, dass Pflege die Sterbebegleitung mit einschließt.

*Jeder Mensch hat das Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Sterbende Menschen benötigen eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die ihrer individuellen Lebenssituation und ihrem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt. Ihre besonderen Bedürfnisse sind auch bei der Erbringung von Pflegeleistungen mit zu berücksichtigen. Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung zu einer Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege dazu gehören.*

*§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1: Entsprechend der leistungsrechtlichen Klarstellung in § 28 SGB XI wird die Bedeutung der Sterbebegleitung auch in den gesetzlichen Vorgaben zu den für die Pflegeeinrichtungen geltenden Rahmenverträgen auf Landesebene betont. Der Regelungsauftrag für die Vereinbarungspartner zum Inhalt der Pflegeleistungen wird dazu um die ausdrückliche Nennung der Sterbebegleitung ergänzt.*

In §28 Absatz 5 müsste neu unter der eigenständigen Nummer 16 als Leistung der Pflegeversicherung die „Sterbebegleitung“ aufgenommen und diese nicht – wie im vorliegenden Referentenentwurf – in die bisherigen Pflegeleistungen eingeschlossen werden. Entsprechende Regelungen müssen dann auch Berücksichtigung in den Regelungen des §75 sowie §§84 und 89 (Vergütung) finden. Denn ein Mehr an unentgeltlich zu erbringenden Leistungen ist den Pflegeeinrichtungen nicht mehr zuzumuten. Dies geht nur mit mehr Ausstattung an Ressourcen und Personal und muss gesetzlich klar geregelt werden.

*§114 Abs. 1 und § 115 Absatz 1b Satz 1: Die vollstationären Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, darüber zu informieren, wie sie ab dem 1. Juli 2016 auch die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz regeln.*

*Die Regelung schließt die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten ein, geht aber auch darüber hinaus, indem sie etwa ambulante Hospizdienste einbezieht. Die für vollstationäre Pflegeeinrichtungen hier ab dem 1. Juli 2016 als verpflichtend geplante Informationspflicht ist dabei komplementär zu der in § 39a SGB V getroffenen Regelung, in den Rahmenvereinbarungen zu ambulanter Hospizarbeit die ambulante Hospizarbeit in stationären Pflegeeinrichtungen besonders zu berücksichtigen. Relevante Änderungen bezüglich der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz sind den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von vier Wochen zu übermitteln. Ab dem 1. Juli 2016 sollen auch die Informationen zur Zusammenarbeit*

*mit einem Hospiz- und Palliativnetz für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.*

Der VDAB fordert, dass die Einrichtungen hier nicht weiterhin für etwas in der Öffentlichkeit gerade stehen müssen, worauf sie nur bedingt Möglichkeiten der Einflussnahme haben.

Sollte der Gesetzgeber jedoch eine so zentrale Rolle der Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Informationen im Bereich Hospiz und Palliativversorgung haben, dann muss der Pflege diese Rolle auch bei der Vergütung zuteil werden. Aber diese bleibt der Gesetzgeber ihr - bei dem jetzt vorliegenden Referentenentwurf - schuldig.