

**Bundesverband privater Anbieter  
sozialer Dienste e.V.  
(bpa)**

Stellungnahme zum

**Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit**

**Entwurf eines Gesetzes zur  
Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung  
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)**

Berlin, 12. November 2020

## Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3

## **Stellungnahme zum Gesundheitsversorgungs- Weiterentwicklungsgesetz (GVWG)**

### **Vorbemerkung**

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 12.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 365.000 Arbeitsplätze und circa 27.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 29 Milliarden Euro. Mit rund 6.200 Pflegediensten, die circa 280.000 Patienten betreuen, und 5.800 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 350.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

### **Zusammenfassung**

Der bpa begrüßt das Bestreben zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung.

#### **Änderung zum § 275b SGB V**

Grundsätzlich betreffen die Änderungen vorrangig die Übertragung der bereits nach dem SGB IX und SGB XI geltenden Regelungen einer Zusammenarbeit zwischen den die Regelprüfung veranlassenden und durchführenden Stellen und den Heimaufsichtsbehörden. Neu ist auf der Grundlage des § 275b Absatz 4 SGB V die Einbeziehung der Eingliederungshilfeeinrichtungen in die Abstimmung bezüglich der Prüfung. Die dem zugrunde liegende Zielsetzung, Doppelprüfungen auszuschließen, begrüßt der bpa ausdrücklich. Allerdings ist darüberhinausgehend sicherzustellen, dass Doppelprüfungen auch in den Fällen vermieden werden, in denen die Intensivpflege nach § 37c SGB V in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 43 SGB XI) erbracht wird.

#### **Ausbau von Hospiz- und Palliativnetzwerken**

Die vorgesehene Förderung zur Koordination der Hospiz- und Palliativnetzwerke ist ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Vernetzung der einzelnen Leistungsangebote für schwerstkranke und sterbende Menschen. Es wäre wünschenswert, dass der Gesetzgeber neben dem Aspekt der Koordination und Vernetzung auch die hospizliche und palliative Versorgung selbst noch einmal in den Fokus nimmt. Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), welche im Jahr 2015 durch das Hospiz- und

Palliativgesetz als eigenständiger Leistungsanspruch der Versicherten eingeführt wurde, konnte in der überwiegenden Anzahl der Bundesländer bis heute nicht umgesetzt werden. Vereinbarungen zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gemäß der Positionsnummer 24a der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses gibt es lediglich in Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Sachsen und Schleswig-Holstein. Hier wurden entsprechende Vereinbarungen im Rahmen der Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen im SGB V vereinbart. Allerdings kann die Leistung trotz der getroffenen Vereinbarungen nicht umgesetzt werden. Als Hinderungsgründe werden genannt:

- die AAPV wird von den Hausärzten nicht verordnet. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass die Positionsnummer 24a zur Symptomkontrolle bei Palliativpatienten den Hausärzten nicht bekannt ist und vielfach ein Unverständnis bei den Ärzten besteht, wozu die Leistung verordnet werden sollte,
- die fehlende Abgrenzung zwischen der allgemeinen und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV / SAPV),
- in den Vereinbarungen wurden – auf massives Drängen der Krankenkassen(verbände) – zahlreiche Fort- und Weiterbildungsvoraussetzungen vorgesehen. Um die Leistung der AAPV erbringen zu können, muss das entsprechend qualifizierte Personal vorhanden sein bzw. muss die Qualifizierung des Personals begonnen haben. Aufgrund der Corona-Epidemie können die geforderten Qualifizierungsmaßnahmen jedoch nicht begonnen / fortgesetzt werden, so dass die Leistung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung aufgrund des fehlenden qualifizierten Personals nicht umgesetzt werden kann.

Der gesetzliche Leistungsanspruch kommt damit in der Praxis nicht bei den Versicherten an.

Auch im Bereich der ambulanten Pflege nach dem SGB XI fehlt es an entsprechenden Regelungen. Einzig in Hamburg konnte ein Leistungskomplex zur Sterbebegleitung im Rahmen der häuslichen Pflege geschaffen werden. Hier wäre eine gesetzliche Nachbesserung, die die Krankenkassen stärker in die Pflicht von entsprechenden Vertragsabschlüssen nimmt, sinnvoll. Derzeit stehen die hospizlichen und palliativen Angebote nur einem kleinen Teil der Betroffenen zur Verfügung und konzentrieren sich insbesondere auf spezialisierte Angebote (SAPV).

Der Ausbau der allgemeinen Palliativversorgung muss gesetzgeberisch stärker in den Vordergrund gerückt werden.

## **Zu den Vorschriften im Einzelnen:**

### **Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken – § 39d SGB V**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Entwurf des Gesetzes für eine Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung sieht die Förderung der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken durch die Krankenkassen vor. Daneben sollen sich auch die kommunalen Träger der Daseinsvorsorge mit Zuschüssen an dem Aufbau und der Förderung von regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken beteiligen. Des Weiteren soll zur Stärkung der ambulanten Kinderhospizarbeit eine gesonderte Rahmenvereinbarung über die Zuschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen werden.

#### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt, dass der Gesetzentwurf die Förderung eines Netzwerkkoordinators durch die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen vorsieht. In jedem Kreis bzw. in jeder kreisfreien Stadt soll eine entsprechende Koordinationsfunktion geschaffen werden, in Ballungsgebieten auch mehrere Netzwerkkoordinatoren für verschiedene Stadtteile, um den Aufbau von Netzwerkstrukturen zu gewährleisten bzw. bestehende Hospiz- und Palliativnetzwerke bei der Koordination zu unterstützen.

Als Aufgaben der Netzwerkkoordinatoren sind vorgesehen:

- die Unterstützung der Kooperation und Koordination der Netzwerkmitglieder
- Öffentlichkeitsarbeit
- Initiierung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung
- Organisation von Netzwerktreffen
- Einbeziehung weiterer Akteure in das Netzwerk
- Erfahrungsaustausch mit anderen Koordinatoren auf kommunaler und Landesebene

Die Grundsätze der Förderung regelt der GKV-Spitzenverband in Förderrichtlinien, erstmals bis spätestens zum 31.03.2022. Die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sind an der Erstellung der Förderrichtlinien zu beteiligen. Außerdem besteht für den

GKV-Spitzenverband eine Berichtspflicht gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium, mit der die Entwicklungen der Netzwerkstrukturen und Auswirkungen der Förderung bis zum 31.03.2025 dargelegt werden sollen.

Die Koordination ist ein wesentlicher Bestandteil hospizlicher und palliativer Angebote – sowohl in der allgemeinen Palliativversorgung als auch in der spezialisierten Palliativversorgung. Für eine ganzheitliche Begleitung und Versorgung am Lebensende ist das abgestimmte Handeln und die Einbeziehung unterschiedlicher Leistungserbringer und Unterstützungsangebote erforderlich. Um Schnittstellen zu überbrücken und eine gemeinschaftliche Versorgung zu gewährleisten kommt den Netzwerken eine besondere Bedeutung zu. Bislang ist die Koordinationsfunktion jedoch oftmals an deren Finanzierung gescheitert. Im Rahmen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland wurde dies deshalb – in einem breiten Konzertierungsprozess mit den wesentlichen Akteuren der Gesundheitsversorgung – in den Blick genommen und die Stärkung der Koordinationsfunktion als Handlungsempfehlung im Rahmen der Nationalen Strategie formuliert. Es wird begrüßt, dass die Forderung vom Gesetzgeber aufgegriffen und eine finanzielle Förderung der Koordinationskräfte durch die kommunalen Träger der Daseinsvorsorge und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen vorgesehen ist. Die (Weiter-)Entwicklung der Netzwerkstrukturen mit einer Berichtspflicht des GKV-SV gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium zu begleiten erachtet der bpa als sinnvoll, um nachvollziehen zu können, ob sich mit der vorgesehenen Förderung weitere Netzwerke bilden.

Keinesfalls darf die Voraussetzung – dass sich die Kommunen in gleicher finanzieller Höhe wie die Krankenkassen an der Förderung beteiligen müssen – dazu führen, dass die Beschäftigung von Netzwerkkoordinatoren verhindert bzw. blockiert wird.

### C) Änderungsvorschläge

#### Förderung

#### Änderungsvorschlag:

**Bei der Förderung handelt es sich nicht um eine Kofinanzierung. Die Krankenkassen und Träger der kommunalen Daseinsvorsorge werden deshalb unabhängig voneinander zur Förderung verpflichtet.**

Die Regelung stellt sicher, dass die Förderung der Netzwerkkoordinatoren durch die gesetzliche Krankenversicherung, in der die Mittel hierfür bereitgestellt sind, nicht dadurch blockiert wird, dass ein kommunaler Träger der Daseinsvorsorge sich nicht bzw. nicht zu gleichen Teilen an der finanziellen Förderung beteiligt / beteiligen kann.

### **Unabhängigkeit und Neutralität der Netzwerkkoordinatoren**

Im Rahmen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland wurde im Zuge der Handlungsempfehlungen darauf hingewiesen, dass es für das Funktionieren und Ausüben der Koordinierungsfunktion einer neutralen und unabhängigen Person bedarf. Bestehende Netzwerkstrukturen in der Hospiz- und Palliativversorgung zeigen, dass die Neutralität und Unabhängigkeit der Koordinatoren Voraussetzung für eine gelingende Umsetzung sind.

#### **Änderungsvorschlag:**

**Gesetzliche Klarstellung, dass die Netzwerkkoordinatoren – trotz einer Förderung durch die gesetzliche Krankenversicherung und Kommunen – unabhängig und neutral tätig werden und handeln. Sie haben außerdem die gleichberechtigte Einbeziehung aller Akteure und Angebote im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung sicherzustellen.**

### **Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen / Aufgaben der Netzwerkkoordinatoren**

Im Zuge der Handlungsempfehlung der Charta zum Aufbau und zur Stärkung regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke wird als Aufgabe der Koordinatoren auch die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen benannt. Als Netzwerker und Vermittler zwischen den einzelnen Akteuren und Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung fungieren die Koordinatoren als Gradmesser und Motoren zur Beseitigung von Umsetzungshindernissen und zur Initiierung erforderlicher Veränderungsprozesse.

#### **Änderungs- / Ergänzungsvorschlag:**

### **Unterstützung bei der Weiterentwicklung der Leistungsangebote und Versorgungsstrukturen durch die Netzwerkkoordinatoren**

In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf die allgemeine Palliativversorgung hinzuweisen, die als gesetzlicher Anspruch der Versicherten verankert und in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Erbringung veranlasseter Leistungen aufgenommen ist (Positionsnummer 24a der HKP-RL), die in den meisten Bundesländern bis dato jedoch nicht mit den zuständigen Krankenkassen(verbänden) vereinbart werden konnte, vgl. Zusammenfassung. Der gesetzliche Anspruch, der seit 2015 besteht, läuft damit ins Leere. Aufgabe der Netzwerkkoordinatoren muss es auch sein, die Entwicklungen zur Umsetzung der Leistungen zu unterstützen und voranzubringen. Ziel ist die Erreichung einer flächendeckenden Versorgung mit Hospizangeboten sowie mit allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung und die Vernetzung der einzelnen Akteure und Angebote.

## **Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung – § 275b Absatz 4 SGB V**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Krankenkassen(verbände) und der Medizinische Dienst mit den nach den heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe bei Prüfungen nach § 275b SGB V zusammenarbeiten. Im Vordergrund stehen die regelmäßige gegenseitige Information und Beratung, die Absprache für Termine und arbeitsteilige Prüfungen von Pflegeeinrichtungen sowie die Verständigung über die jeweils erforderlichen Maßnahmen. Doppelprüfungen sollen vermieden werden.

### **B) Stellungnahme**

Mit der Neuregelung wird der Vorschlag des Bundesrates im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz umgesetzt und gewährleistet, dass sich die Krankenkassen(verbände) und der Medizinische Dienst bei Regel- und Anlassprüfungen nach § 275b SGB V mit den für die heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden abstimmen, wie dies bereits für Prüfungen nach § 114 SGB XI vorgegeben ist. Die im SGB XI und SGB IX bestehenden Regelungen zur Abstimmung mit den Heimaufsichtsbehörden werden somit für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung übertragen.

Zur Vermeidung von Doppelprüfungen hat seitens der Krankenkassen(verbände) und des Medizinischen Dienstes bei Prüfungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe mit deren Trägern eine Abstimmung zu erfolgen. Vermieden werden sollen Prüfungen, deren Inhalte sich weitgehend überschneiden, wie zum Beispiel bei Prüfungen der medizinischen Qualität der erbrachten Leistungen in der Intensivpflege.

Keine Berücksichtigung findet im Entwurf, dass nach § 37c SGB V die außerklinische Intensivpflege auch in und durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI erbracht werden kann und auch insofern – über die Abstimmung mit Heimaufsichtsbehörden hinaus – ein Koordinierungsbedarf in Bezug auf die Prüfungen nach dem SGB V und dem SGB XI besteht. Im ambulanten Bereich wird die außerklinische Intensivpflege bei einer Leistungserbringung im Sinne des § 132l Absatz 5 Nummer 4 SGB V aufgrund der in diesen Fällen häufigen Erbringung von Leistungen

nach dem SGB V und dem SGB XI in die Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI einbezogen. In diesen Fällen ist also sichergestellt, dass nur eine Regelprüfung stattfindet. Gleiches muss gelten, wenn die außerklinische Intensivpflege zusammen mit Leistungen nach § 43 SGB XI in und durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen erbracht wird.

### **C) Änderungsvorschlag**

§ 114 Absatz 2 SGB XI ist dahingehend anzupassen, dass in die Regelprüfung auch Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches einzubeziehen sind, die auf Grundlage eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen gemäß § 132l Absatz 5 Nummer 2 des Fünften Buches erbracht werden.