



**Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.**  
vormals: **Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz**

Geschäftsstelle  
Aachener Str. 5  
10713 Berlin  
Telefon 030/83223893  
Telefax 030/83223950  
E-Mail: [dhpv@hospiz.net](mailto:dhpv@hospiz.net)  
Internet: [www.hospiz.net](http://www.hospiz.net)

**Stellungnahme des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands (DHPV)  
zum  
Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der  
Pflegeversicherung  
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG)**

**15.01.2008**

**I. Vorbemerkungen:**

Der DHPV begrüßt sehr, dass mit diesem Gesetzesvorhaben die Voraussetzungen und Grundlagen für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen weiterentwickelt werden. Unbeschadet konkreter Vorstellungen zum Pflege-Weiterentwicklungskonzept insgesamt konzentrieren wir uns als DHPV in unserer Stellungnahme auf die Teile des Gesetzentwurfs, die wesentliche Schnittstellen zur Hospiz- und Palliativversorgung darstellen und die die Interessen der haupt- und ehrenamtlich in der Hospizarbeit und Palliativmedizin Tätigen sowie der von uns vertretenen ambulanten Hospizdienste, stationären Hospize und Palliativeinrichtungen tangieren<sup>1</sup>. Deren Erfahrungen und Fachwissen beziehen wir gezielt in unsere Stellungnahme ein.

Bei unserer Auseinandersetzung mit dem Gesetzentwurf war für uns vor allem auch die Neuregelung des mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz neu eingeführten § 37b zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und dessen Umsetzung mit im Blick. Wir haben sehr begrüßt, dass mit dieser Neuregelung ein entscheidender Schritt zum Ausbau der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung getan wird.

Wenn hier nun ein tatsächlicher Durchbruch erreicht werden und der Vorrang der Versorgung und des Sterbens in der gewohnten häuslichen Umgebung tatsächlich realisiert werden soll, dann muss nicht nur eine effektive Umsetzung des § 37 b SGB V gewährleistet werden, sondern es muss auch eine vorbildliche Verzahnung mit allen weiteren

---

<sup>1</sup> Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) ist die Dachorganisation von rund 1000 Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland und vertritt deren Interessen sowie die Belange der Betroffenen gegenüber Politik und Gesundheitswesen.



Gesetzesvorhaben, die den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung wesentlich tangieren, sichergestellt werden.

Dies gilt in besonderer Weise für das hier zur Diskussion stehende Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Vor allem in der Kombination beider Gesetzesvorhaben können die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass ein Sterben in Würde möglich und das gemeinsame Ziel erreicht werden kann, dem „Ruf nach Sterbehilfe“ tatsächlich humane Alternativen durch eine flächendeckend ausgebaute Hospiz- und Palliativversorgung entgegenzusetzen.

Damit kann auch einem Ziel der Pflegecharta entsprochen werden, die fordert: jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

Insbesondere unter folgenden Aspekten haben der neue § 37 b SGB V und das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz enge Bezüge:

- Die demographische Entwicklung und die Zunahme chronischer Erkrankungen, z.B. Herzkreislauf - und Krebs- Erkrankungen spielen in beiden Versorgungsbereichen eine wesentliche Rolle
- Die Integration der Hospiz- und Palliativversorgungskonzepte in Pflegeeinrichtungen, besonders auch in stationäre Pflegeeinrichtungen, wo für viele Menschen der neue Wohnort entstanden ist, und bei der Versorgung Demenzkranker, hat aktuelle Bedeutung und ist auch Gegenstand des § 37b SGB V
- Für beide Versorgungsbereiche gilt der Vorrang des Ausbaus der ambulanten Versorgung für die zum Teil gleiche Klientel mit einem hohen Integrations- und Koordinierungsaufwand
- Das Engagement Ehrenamtlicher ist bereits seit Beginn der Hospizbewegung wesentliches Merkmal und soll nun mit diesem Gesetz auch in der Pflege gesetzlich verankert werden
- Die stationären Hospize werden gemäß § 39a SGB V teilfinanziert aus der Pflegeversicherung und sind damit unmittelbar von den hier zur Diskussion stehenden Regelungen betroffen

Daraus ergeben sich aus Sicht des DHPV wesentliche Konsequenzen, auf die im folgenden bei der Kommentierung einzelner Paragraphen im Detail eingegangen wird.

Ganz im Vordergrund steht dabei das Erfordernis, dass die Organisation der Pflege so aus- und aufgebaut wird, dass jeweils dort, wo sich Pflegebedürftigkeit mit der Notwendigkeit der Sterbebegleitung und Palliativversorgung verbindet, die Beratung und Koordination aus einer Hand erfolgt, die Einbindung des Hospiz- und Palliativ- Teams dabei gewährleistet ist und den Zielen, dem Selbstverständnis und den qualitativen Anforderungen der Hospiz- und Palliativversorgung Rechnung getragen wird.



Im einzelnen befasst sich die Stellungnahme mit den folgenden Regelungen:

#### **Artikel 1**

- Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI)
- Aufgaben der Pflegekassen (§ 12 SGB XI)
- Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI)
- Pflegebedürftigkeit von Kindern (§ 18 Abs. 7 SGB XI)
- Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung (§ 75 SGB XI)
- Ehrenamtliche Unterstützung (§ 82b SGB XI)
- Qualität in der Pflege – Qualitätssicherung (§ 113 SGB XI)

**Artikel 3:** Gesetz über Pflegezeit (§§ 1-8)

#### **Artikel 6:**

- Leistungsarten (§ 11 SGB V)

**Artikel 15:** Änderung des Krankenpflegegesetzes

## **II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs**

### **Artikel 1**

#### **Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI)**

Der DHPV begrüßt sehr, dass der Gesetzentwurf einen Rechtsanspruch auf Beratung und Unterstützung für Betroffene sicherstellen will und in dieser Hinsicht bundesweit einheitliche Regelungen vorsieht, da sich die Versicherten derzeit in den für sie unübersichtlichen Angeboten und Kompetenzen der Leistungserbringer und Kostenträger häufig nicht zurecht finden und die Situation in den Bundesländern durch ganz unterschiedliche Entwicklungen gekennzeichnet ist

Bei der Weiterentwicklung des Gesetzes muss aus Sicht des DHPV sichergestellt werden, dass:

1. die Hospiz- und Palliativeinrichtungen, die sowohl bezogen auf die von ihnen zu versorgende Klientel als auch bezogen auf die für sie geltenden Finanzierungsregelungen zum Thema Pflegebedürftigkeit und Pflegerecht einen engen Bezug haben, verbindlich einbezogen werden
2. auch die Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung bei der Aufstellung des individuellen Versorgungsplans neben den dort aufgeführten medizinischen und sozialen Hilfen explizit berücksichtigt werden. Wir schlagen daher in diesem Zusammenhang vor, jeweils in § 7a, Abs.1 Nr.2 und § 92c Abs.1,Nr.2 hinter dem Wort *kurativen* das Wort *palliativen* zu ergänzen: „... *kurativen, palliativen, rehabilitativen und sonstigen*“... )



3. die Beratung und Begleitung durch die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in jedem Fall personell sowohl von den Kostenträgern als auch von den Anbietern der Pflegeleistungen unabhängig sind. Damit werden insbesondere finanzielle Interessen ausgeschlossen und eine hohe Qualität der Beratung sichergestellt.
4. sozialarbeiterische Kompetenz und pflegerische Kenntnisse, die auch sozialrechtliche Kompetenz einschließen müssen, die fachliche Grundlage für die Beratungsangebote / Pflegestützpunkte sind und
5. das soziale Umfeld und die Bezugspersonen bei der Beratung und Pflegeplanung einbezogen werden.

### **Aufgaben der Pflegekassen ( §12 SGB XI)**

#### **Zu Absatz 2 Satz 2:**

Wir halten es für einen außerordentlich wichtigen Schritt nach vorn, dass zukünftig in der Pflege eine Versorgung in der häuslichen Umgebung Vorrang haben und gefördert werden soll. Als Dachorganisation der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland weisen wir in diesem Zusammenhang auf die aktuellen Entwicklungen zur Umsetzung des §37b SGB V (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) hin, mit der auch hier der Vorrang der Versorgung im ambulanten Bereich realisiert werden soll. Beide Entwicklungen müssen aus Sicht des DHPV Hand in Hand gehen; darüber hinaus muss die Einbeziehung der ambulanten und stationären Hospizleistungen sicher gestellt werden.

*Wir möchten daher vorschlagen in §12 Abs.2 Satz 2 hinter den Worten „spezialisierte Palliativversorgung“ die Worte „ambulante und stationäre Hospizleistungen“ einzufügen.*

### **Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ( §18 SGB XI)**

Wir begrüßen, dass für bestimmte Fallkonstellationen die beschleunigte Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorgesehen ist. Eine entsprechende Beschleunigung des Verfahrens ist auch für die stationären Hospize dringend erforderlich; ein Anteil des Pflegesatzes der stationären Hospize wird ebenfalls aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert.

Im Hinblick auf die häufig nur noch sehr kurze Lebenserwartung der Betroffenen sind die geltenden Fristen zur Begutachtung von Schwerstkranken, die der Hospizversorgung bedürfen, heute zu lang und führen zu beträchtlichen Problemen bei der Finanzierung der Hospizversorgung. Wir schlagen deshalb vor, in § 18 Abs. 3 einen neuen Satz 3 einzufügen: *„Bei Indikationsstellung zur stationären Hospizversorgung durch den Arzt hat die Begutachtung unverzüglich zu erfolgen.“*

### **Pflegebedürftigkeit von Kindern ( §18 Abs. 7 SGB XI)**

Nach dem Willen des Gesetzgebers (GKV-WSG- § 37b SGB V) sind im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sowie im Rahmen der ambulanten und stationären Hospizleistungen die besonderen Belange der Kinder zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund ist es in besonderer Weise erforderlich, die Qualität und Akzeptanz der Begutachtung zu gewährleisten; wir halten es in diesem Zusammenhang für notwendig, die Einschränkung *„in der Regel“* zu streichen.



## **Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung ( §75 SGB XI)**

### **Zu Absatz 2, Nummer 9**

Wir begrüßen, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die ehrenamtlichen Strukturen in die Vertragsgestaltung über die Leistungen der pflegerischen Versorgung einbezogen werden sollen. Die Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung verfügen über vielfältige Erfahrungen mit der Einbeziehung Ehrenamtlicher in ihre Arbeit.

In diesem Zusammenhang möchten wir auf zwei Punkte hinweisen:

1. Die neue Nr. 9 des §75 Abs. 2 sieht vor, Einzelpersonen von Selbsthilfegruppen und des ehrenamtlichen Engagements in die Verträge einzubeziehen. Wir halten dies nur für Organisationen und Einrichtungen für möglich, denn ehrenamtliches Engagement ist freiwillig und kann nicht – bezogen auf Einzelpersonen - Bestandteil von Verträgen zwischen den Vertragspartnern sein.
2. Wir halten es für erforderlich, die Kooperation mit anderen Leistungserbringern, insbesondere nach §37b SGB V (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) und §39a SGB V (stationäre und ambulante Hospizleistungen), in die Rahmenverträge mit aufzunehmen.

### **Ehrenamtliche Unterstützung ( §82b SGB XI)**

Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband bewertet es positiv, dass Regelungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Mitglieder von Selbsthilfegruppen und das bürgerschaftliche Engagement vorgesehen werden. Für die Arbeit von Ehrenamtlichen im ambulanten Hospizbereich gibt es seit 2002 Regelungen, die sich auf die in Nr. 1 und 2 dieses Paragraphen aufgeführten Leistungen beziehen. Es ist daher darauf hinzuweisen, dass zukünftig – im Rahmen einer Gleichstellung - auch für die ehrenamtliche Arbeit im Hospizbereich der unter Nr. 3 aufgeführte „Ersatz des angemessenen Aufwands“ zu berücksichtigen sein wird.

### **Qualität in der Pflege – Qualitätssicherung (§ 113 SGB XI)**

Wir sehen es als großen Fortschritt an, dass Fragen der Qualität, Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Pflege zukünftig einen wichtigen Stellenwert erhalten. Besonders positiv ist anzumerken, dass die hierzu zu entwickelnden Maßstäbe und Grundsätze, einschließlich der Pflegedokumentation, einheitlich und gemeinsam von den Vertragsparteien zu entwickeln sind.

Nur wenn die Anforderungen an Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement auf bundesweit einheitlichen Indikatoren beruhen, wird die Transparenz über das Leistungsgeschehen für alle Beteiligten, insbesondere die Betroffenen hergestellt und werden Möglichkeiten des Vergleichs eröffnet und Lernprozesse möglich.

Die Fragen von Qualität und Qualitätssicherung werden im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung – insbesondere in Umsetzung des § 37b SGB V (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) - gegenwärtig definiert und weiterentwickelt. In diesem Zusammenhang halten wir eine Kompatibilität beider Bereiche für sehr wesentlich. Es wird



auch für die Umsetzung des §37b SGB V entscheidend darauf ankommen, dass die Anforderungen bundesweit einheitlich definiert werden.

### Artikel 3

#### **Gesetz über Pflegezeit (§§ 1-8)**

Die Bundestags-Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“, hat in ihrem Bericht über „Die Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ vom Juni 2005 (BT-Drs.15/5858) zu Recht eine „Freistellung von Angehörigen für die Sterbebegleitung“ gefordert.

Mit diesem Gesetzentwurf wird nunmehr ein solcher Rechtsanspruch bei bestehender Pflegebedürftigkeit nach SGB XI begründet. Der DHPV weist darauf hin, dass bei vielen schwerstkranken Menschen, die hospizlich und palliativmedizinisch betreut werden, ein vergleichbares Erfordernis zur Pflege durch Angehörige besteht. Der Verbleib in der häuslichen Umgebung palliativmedizinisch versorgter Menschen wird in der Regel nur mit Unterstützung der Angehörigen möglich sein. Insbesondere vor dem Hintergrund der Umsetzung des §37 b SGB V (spezialisierte ambulante Palliativversorgung), der den Vorrang der ambulanten Versorgung ausdrücklich vorsieht, ist daher zu fordern, dass auch eine Freistellung von Angehörigen palliativmedizinisch betreuter Patientinnen und Patienten im Sinne des §37b SGB V im vorliegenden Gesetzentwurf berücksichtigt wird. Es wird daher vorgeschlagen, folgende Ergänzungen im Artikel 3 – Pflegezeitgesetz - aufzunehmen:

1. § 1: hinter dem Wort „*Pflegebedürftige*“ die Worte „*oder gem. §37b SGB V Versorgte*“ einzufügen.
2. § 3 Abs. 2: hinter den Worten „*die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit*“ die Worte „*oder Behandlungsbedürftigkeit gem. §37b SGB V*“ einzufügen
3. § 7 Abs. 4: folgenden Satz anzufügen „*Die Voraussetzungen sind auch bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach §37b SGB V erfüllt.*“

### Artikel 6

#### **Leistungsarten (§11 SGB V)**

##### **zu Absatz 4**

Mit der Neuregelung über das Entlassungsmanagement in Krankenhäusern werden wichtige Weichenstellungen für eine Verzahnung und Integration der verschiedenen Leistungsbereiche und ein effektiverer Übergang in andere Versorgungsbereiche vorgenommen.

Insbesondere im Hinblick auf den derzeit erfolgenden Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, für den diese Schnittstellenfragen essenziell sind, hat diese Regelung einen besonderen Stellenwert.

Wir schlagen daher folgende Formulierungen in §11 Abs. 4 vor:

1. Im Satz 2 werden hinter den Worten „*die ambulante Versorgung*“ die Worte: „*einschließlich der nach §37b SGB V*“ eingefügt.
2. In Satz 3 werden hinter den Worten „*den behandelnden Krankenhausärzten*“ die Worte „*den ambulanten und stationären Hospizeinrichtungen*“ eingefügt .



## Artikel 15

### **Änderung des Krankenpflegegesetzes**

Die im Rahmen dieses Gesetzentwurfs vorgesehene Erprobung von Ausbildungsangeboten im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs.3 c SGB V zur Weiterentwicklung der nach diesem Gesetz geregelten Berufe mit der Möglichkeit und dem Ziel erweiterter Kompetenzen für Pflegefachkräfte wird vom DHPV begrüßt. Dies ermöglicht den Anschluss an internationale Standards, wo es zum Teil bereits seit langem andere Abgrenzungen von Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen den Berufsgruppen gibt.

Der DHPV weist darauf hin, dass es gerade in Umsetzung des §37b SGB V zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung darauf ankommen wird, dass die Pflegefachkräfte ihre Qualifikation im Rahmen des Delegationsverfahrens besser ausschöpfen können, um im Rahmen einer größeren Eigenständigkeit effizienter handeln zu können. Nur auf diese Weise können die Ziele der ambulanten Hospiz- und Palliativarbeit zügig erreicht werden. Damit kann sehr viel häufiger als dies in der Vergangenheit möglich war, ein Verbleiben in der häuslichen Umgebung bis zuletzt ermöglicht werden. Die Erfahrungen mit den gut qualifizierten Palliative Care-Pflegefachkräften begründen eine solche Forderung.

Es sollte geprüft werden, inwieweit – parallel und vor allem im Übergang – Regelungen gefunden werden können, die dies Pflegefachkräften mit bestehenden spezialisierten Kompetenzen schon deutlich vor 2011 erlauben; die jetzt vorgesehene Regelung würde erst sehr spät, frühestens im Jahr 2011 greifen und damit nicht Schritt halten können mit dem anstehenden und dringend erforderlichen Aus-und Aufbau der Hospiz-und Palliativversorgung.