



## **Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)**

### **A. Zusammenfassende Bewertung**

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) begrüßt die mit dem Entwurf des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG), der als „Sammelsurium-Gesetz“ viele Einzelpunkte regelt.

1. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen insbesondere die Ansätze zur Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung. Die BAGFW hatte sich schon seit langem für die Einführung eines Netzwerkkordinators für die vor Ort bestehenden Angebote und Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung eingesetzt und Vorschläge für die Finanzierung sowie für die Koordinierungsaufgaben unterbreitet. Diese finden sich weitgehend im vorgelegten Referentenentwurf. Ergänzt werden müssen die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements und der Auftrag zur Schaffung einer entsprechenden Sorgeskultur in der Region. Im Bereich der SAPV sind neben den schon bestehenden ärztlichen und pflegerischen Leistungen psycho-soziale Leistungen zu ergänzen; das bisherige Leistungsspektrum wird dem Modell des „Total pain“ ohne die psycho-soziale Dimension nicht gerecht. Zudem bedarf es wesentlich differenzierter Daten und Aussagen über die Entwicklung der SAPV, um weiße Flecken im Versorgungsgeschehen entdecken und diese Versorgungsform weiterentwickeln zu können. Im Bereich der stationären Hospize sehen wir die Notwendigkeit der gesetzlichen Normierung eines Verfahrens für die Entwicklung und Erprobung von Anforderungen und Kriterien für ein Qualitätsprüfungsverfahren und –instrument. Zur Weiterentwicklung der mit dem HPG eingeführten Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V soll der GKV im Benehmen mit den Vereinbarungspartnern verpflichtet werden, eine Erhebung zu den Struktur- und Prozessdaten durchzuführen. Im Bereich der medizinischen Vorsorge wird mit Nachdruck begrüßt, dass ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten sowie stationäre Vorsorgeleistungen mit dem Referentenentwurf von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt werden. Dafür wir hatten sich die Verbände seit langem eingesetzt.
2. Beim QS-Verfahren wird ein Auseinanderdriften der Qualitätssysteme der GKV und der DRV befürchtet, dies auch vor dem Hintergrund des Gesetzentwurfs zum Digitalen Rentengesetz, das das Zulassungsverfahren der Reha im SGB VI neu ordnet. Es bedarf der Verpflichtung einer Zusammenführung der beiden QS-Verfahren zu einem einheitlichen Qualitätssicherungsverfahren im SGB IX, da die Einrichtungen sowohl Versicherte nach dem SGB V als auch nach dem SGB VI versorgen. Abge-

lehnt wird auch, dass der GKV-Spitzenverband künftig einseitig die Daten zur externen Qualitätsversicherung veröffentlichen kann und auf dieser Grundlage sogar Empfehlungen an die Versicherten abgeben kann. Da sich die Datenerhebung der Qualitätssicherung über einen Zeitraum von 3 Jahren erstreckt und damit die Qualitätsberichte nur in diesem Zyklus veröffentlicht werden, bedarf es zudem eines Korrekturmechanismus, um die Aktualität der Daten sicherzustellen.

3. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bitten den Gesetzgeber, einen unbeabsichtigten Kollateralschaden des TSVG bei den Heilmittelerbringerverträgen zu korrigieren: Die Krankenkassen haben auf Landesebene geschlossene Verträge mit Einrichtungen der Eingliederungshilfe, welche selbst im Rahmen eines multiprofessionellen Teams Heilmittelerbringer beschäftigen, mit Verweis auf die neue Rechtsgrundlage bundesweiter Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V gekündigt. Das bedroht die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung in den genannten Einrichtungen. Das Problem gilt es zu heilen.
4. In mehreren Stellungnahmen haben die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege immer wieder auf das Problem des Präqualifizierungserfordernisses der Pflege- und Behinderteneinrichtungen bei der Hilfsmittelversorgung hingewiesen. Auch hier verweisen die Krankenkassen auf die bestehende Rechtsgrundlage, die sie zu einem Präqualifizierungsverfahren der Einrichtungen zwingt. Dabei wird nicht bestritten, dass die Einrichtungen Hilfsmittel nicht erbringen, abgeben oder anpassen, sondern diese nur anwenden, sie sind somit keine Hilfsmittelerbringer sui generis. Auch hier bitten wir um eine gesetzliche Klarstellung.
5. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich grundsätzlich für die Stärkung der Tarifbindung ein. Die Anerkennung der Tarifbindung bei der Versorgung mit Haushaltshilfe ist bislang in § 132 SGB V, anders als in der Häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V, nicht geregelt. Auch hier sehen die Verbände daher Nachbesserungsbedarf, nicht nur, aber auch gerade vor dem Hintergrund der Mindereinnahmen und Mehraufwendungen in der Pandemie.
6. Begrüßt wird die Etablierung einer Gesetzesgrundlage über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und des Gesundheitspersonals. Besonders zu würdigen ist die Möglichkeit zu einem regionalen Fachkräftemonitoring, insbesondere angesichts des Fachkräftemangels in allen Berufszweigen des Gesundheitswesens. Wünschenswert wäre sowohl in Bezug auf die Pflegeberufe als auch die therapeutischen Berufe, dass auch Fachweiterbildungen und Versorgungsschwerpunkte in dieser Statistik erfasst werden. Bezüglich des Fachkräftemonitorings im Bereich der Pflege sollte zunächst eine Priorisierung der für den Roadmap-Prozess nach § 113c SGB XI benötigten Daten erfolgen. In der Stellungnahme werden detaillierte Vorschläge zur Konkretisierung der Datenerhebung zu standardisierten Kennzahlen gemacht.

## **B. Zu den Regelungen im Einzelnen**

### **Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** **§ 23 Ambulante Vorsorgeleistungen**

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationäre Vorsorgeleistungen werden von einer Ermessensleistung („Kann“) in eine Pflichtleistung umgewandelt. Dies entspricht einer langjährigen Forderung der in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände. Durch die Regelung wird der Ansatz der Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt. Dies ist angesichts des in den letzten Jahren zu verzeichnendem stetigen Rückgangs der Vorsorgeleistungen nachhaltig zu begrüßen.

Des Weiteren setzen sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, wie bereits in mehreren Stellungnahmen ausgeführt, nachdrücklich dafür ein, dass der Vorrang ambulanter Maßnahmen vor stationärer Maßnahmen für pflegende Angehörige nicht nur bei der medizinischen Rehabilitation aufgehoben wird, sondern gerade auch bei der medizinischen Vorsorge. Da für diese Zielgruppe ambulante Maßnahmen in der familiären Situation praktisch nur schwer nutzbar sind, sollte gerade bei dieser Zielgruppe bei Bedarf ein früherer Zugang in gesundheitspräventive Angebote auch in einem stationären Setting ermöglicht werden.

#### **Änderungsbedarf**

§ 23 Absatz 4 zweiter Halbsatz wird aufgehoben und ersetzt durch folgenden neuen Satz ersetzt:

„Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht, unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht.“

### **§ 39a Absatz 2 Ambulante Hospizleistungen - Stärkung der ambulanten Kinder- und Jugendhospizarbeit durch eine gesonderte Rahmenvereinbarung**

Nach Auffassung der BAGFW haben Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien/Zugehörigen in der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung besondere Bedürfnisse. So erfolgt z.B. die Begleitung der erkrankten Kinder und Jugendlichen unter systemischer Begleitung der Kernfamilie - hierzu zählen die Eltern und Geschwister. Des Weiteren gibt es besondere Krankheitsbilder wie z.B. erblich bedingte Stoffwechselkrankheiten, die lebensbegrenzend sind, Muskelerkrankungen mit degenerativem Verlauf und besonders häufig intermittierende Krankheitsverläufe. Folglich wird die Option einer gesonderten Rahmenvereinbarung für die ambulante Kinder- und Jugendhospizarbeit für sachgerecht gehalten.

## § 39d Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken

Für die Begleitung, Beratung und Versorgung der schwerstkranken und sterbenden Menschen müssen alle Helfenden, z.B. Ärzte und Ärztinnen, Pflegende, Ehrenamtliche, Sozialarbeiter/innen oder Seelsorger und alle Einrichtungen und Dienste, z.B. Krankenhäuser, Palliativstationen, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize oder ambulante Pflege- und Hospizdienste eng zusammenarbeiten. Hospiz- und Palliativnetzwerke arbeiten am erfolgreichsten und effektivsten, wenn sie eine Instanz zur Koordinierung haben. Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAGFW die Einführung der Förderung der Koordination regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke nachdrücklich. Dies entspricht einer langjährigen Forderung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege.

### Absatz 1 Fördersumme der Netzwerkkoordination

Die BAGFW unterstützt den Lösungsansatz, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich in jedem Kreis oder jeder kreisfreien Stadt die Koordination in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch eine/n Netzwerkkoordinator/in fördern. Die Förderung setzt allerdings voraus, dass die maßgeblichen kommunalen Träger der Daseinsvorsorge an der Finanzierung der Netzwerkkoordination in jeweils gleicher Höhe beteiligt sind. Die BAGFW hat die Beteiligung der Kommunen an der Förderung der Koordination regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke aktiv eingefordert, da kommunale Netzwerkarbeit auch die Begleitung der Bürger/innen in ihrer letzten Lebensphase im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung umfassen sollte. In den vergangenen Jahren haben sich viele kommunale Träger mit ihrer Unterschrift für die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihre Umsetzung eingesetzt und somit signalisiert, dass ihnen die Förderung der hospizlichen und palliativen Beratung, Begleitung und Versorgung wichtig ist. Die aktuelle Haushaltslage sollte dieser Intention nicht im Wege stehen.

Um angesichts unterschiedlicher finanzieller Belastungen der Kommunen zu vermeiden, dass eine hälftige Beteiligung der Kommunen an der Netzwerkförderung zu einer Finanzierung „nach Haushaltslage führt“, schlägt die BAGFW deshalb konkret vor, dass der Zuschuss aus Mitteln der Krankenversicherung nicht ausschließlich um die finanzielle Förderung in Euro und Cent durch die jeweiligen kommunalen Träger zu ergänzen ist, sondern dass auch das jeweilige Land die Möglichkeit haben sollte, diese Förderung bereitzustellen. Des Weiteren spricht sich die BAGFW dezidiert dafür aus, dass es dem jeweiligen kommunalen Träger oder dem jeweiligen Land auch möglich sein sollte, die Förderung in Form von Personal- und/oder Sachmitteln einzubringen, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den Förderzweck zu erreichen.

Angesichts der Tatsache, dass 7 Prozent der Patient/innen in Deutschland privat versichert sind, setzen wir uns für eine entsprechende verpflichtende anteilige Beteiligung der PKV an der Finanzierung ein.

## Absatz 1 Förderung in Ballungsgebieten

Ballungsgebiete können unterschiedlich groß sein und sehr unterschiedlich strukturiert sein. Damit auch dort eine abgestimmte Netzwerkkoordination möglich ist, sollte für die Gebietskörperschaften klar sein, unter welchen Bedingungen in Ballungsräumen mehrere Netzwerkkoordinatoren zuständig sein sollen. Dazu sollen die Gebietskörperschaften verpflichtet werden, Kriterien festzulegen.

### **Änderungsbedarf**

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fördern gemeinsam und einheitlich in jedem Kreis oder jeder kreisfreien Stadt die Koordination in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator. Bedarfsgerecht können **aufgrund festzulegender Kriterien durch die zuständigen Gebietskörperschaften**, insbesondere in Ballungsräumen, mehrere Netzwerkkoordinatoren für verschiedene Teilräume gefördert werden.“

## Absatz 2: Ziel der Förderung und Aufgaben des Netzwerkkoordinators

Das Ziel eines regionalen Hospiz- und Palliativ-Netzwerkes ist es, in der Region eine abgestimmte, nicht nur vom Engagement einzelner Personen abhängige, nachhaltige und an den Bedürfnissen Betroffener angepasste, strukturierte Beratung, Begleitung und Versorgung systematisch zu entwickeln, zu fördern und zu etablieren. Dabei orientiert sich das Zusammenwirken der Netzwerk-Akteure nicht an einzelnen fachlichen oder organisatorischen Interessen, sondern am Gesamtnutzen für die Betroffenen sowie der Bürger/innen einer Kommune. Im Mittelpunkt des Netzwerkes stehen also die Vorteile, die Betroffene von der sektorenübergreifenden Kooperation von Praktiker/innen – etwa bei der Beratung, Begleitung, und Versorgung – in ihrem Alltagsleben vor Ort haben. Die Netzwerkpartner/innen verbindet das Ziel, ein würdevolles Lebensende an allen Orten und in allen Institutionen zu ermöglichen. Netzwerke sind damit ein wichtiges Element bei der Überwindung von Sektorengrenzen und der Sicherung von Versorgungskontinuität. Mit abgestimmten Versorgungsverläufen gilt es, den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden. Sie stellen so ein Qualitätsmerkmal in der Versorgung dar.

Für die erfolgreiche Koordination eines Netzwerkes und seiner Akteure ist die Neutralität, Allparteilichkeit und Unabhängigkeit der mit der Koordination betrauten Person von großer Bedeutung. Als Lösung schlagen wir vor, dass die mit der Koordination betraute Person von den Akteuren des Netzwerkes mit Hilfe eines demokratisch angelegten Prozesses gewählt wird.

Die im Gesetzentwurf im Absatz 2 Satz 2 genannten **übergreifenden Koordinationsstätigkeiten**, sehen wir nicht als Charakterisierung des Netzwerkes, sie stellen vielmehr eine Beschreibung der Tätigkeit des/r Koordinators/in dar. Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, diese Tätigkeiten in Satz 3 zu platzieren.

Entsprechend des Ziels des Netzwerkes liegt die übergreifende Aufgabe des/ Netzwerkkoordinators/in in der Unterstützung der Kooperation und der Abstimmung und Koordination der gemeinsamen Aktivitäten der Mitglieder des regionalen Netzwerkes. Das Wirken des/r Koordinators/in versteht sich immer auf das Zusammenspiel aller

Netzwerkakteure, auf die Aktivitäten des Netzwerkes und das Wirken des Netzwerkes in der Kommune. Aus unserer Sicht empfiehlt sich daher die Formulierung dieser Aufgabe in Satz 3 unter Nr. 1. zu schärfen und anstelle des Begriffes der „**Maßnahmen**“ von „Aktivitäten“ zu sprechen.

Weiterhin sehen wir es im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit als bedeutsam an, neben der Information über die Versorgungsangebote des Netzwerkes auch über die **Arbeit des Netzwerkes** an sich zu berichten und darauf hinzuweisen.

Als wesentlich erachten wir zudem, dass über den/r Netzwerkkoordinator/in das **bürgerschaftliche Engagement sowie die Sorgeskultur in der Region** bzw. Kommune weiter gefördert und unterstützt wird. Aus Sicht der BAGFW kann ein Netzwerk dazu beitragen, weitere Einrichtungen und Dienste des Gesundheits- und Sozialwesens und der Kommunen, wie z.B. Stadtplaner/innen, Quartiersentwickler/innen, sowie Akteure der lokalen Bürgergesellschaft (Besuchsdienste, Trauergruppen oder Vereine, wie z.B. Bürgervereine, Migrantenvereine) für die Sorgeskultur in der Kommune zu sensibilisieren und bürgerschaftliches Engagement, über ein Engagement in einem ambulanten Hospizdienst hinaus, zu ermöglichen.

## **Änderungsbedarf**

„Ziel der Förderung ist der Aufbau und die Unterstützung einer Netzwerkstruktur unter Einbeziehung bestehender Versorgungsstrukturen, **um regional eine abgestimmte, nachhaltige und an den Bedürfnissen der Betroffenen angepasste, strukturierte, koordinierte und sektorenübergreifende Beratung, Begleitung und Versorgung systematisch zu entwickeln, zu fördern und/oder zu etablieren.**

Ein Netzwerk ist dadurch gekennzeichnet, dass es sich aus verschiedenen Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung zusammensetzt, für alle in der Region in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer und versorgenden Einrichtungen sowie für die ehrenamtlichen und kommunalen Strukturen offen steht. ~~und übergreifende Koordinationstätigkeiten ausführt.~~ Aufgaben des/r Netzwerkkoordinators/in **sind übergreifende Koordinierungstätigkeiten**, ist insbesondere

1. die Unterstützung der Kooperation und die Abstimmung und Koordination der **Aktivitäten Maßnahmen** der Mitglieder des regionalen Netzwerkes,
2. die Information der Öffentlichkeit über die **Arbeit und die** Versorgungsangebote des Netzwerkes in enger Abstimmung mit weiteren informierenden Stellen auf Kommunal- und Landesebene,
3. die Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Organisation und Durchführung qualifizierter Schulungen zur Netzwerktätigkeit,
4. die Organisation regelmäßiger Netzwerktreffen zur stetigen bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen und zur gezielten Weiterentwicklung der Versorgungsangebote entsprechend des regionalen Bedarfs
- 5. die Förderung bürgerschaftlichen Engagements sowie der Sorgeskultur in der Region bzw. Kommune,**

6. die Ermöglichung von Kooperationen mit thematisch verwandten Akteuren wie etwa Pflegestützpunkten, lokalen Demenznetzwerken, Einrichtungen der Altenhilfe sowie kommunalen Behörden und kirchlichen Einrichtungen,

7. die Ermöglichung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches mit anderen koordinierenden Personen und Einrichtungen auf Kommunal- und Landesebene.“

Folgender Satz wird angefügt:

**„Der/Die Netzwerkkoordinator/in wird von den Mitgliedern des Netzwerkes bestimmt.“**

### Absatz 3: Förderrichtlinien

Im Hinblick auf die Erstellung der Förderrichtlinien durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sollten neben den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung und dem Verband der privaten Krankenversicherung auch die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände beteiligt werden.

### **Weitergehender Änderungsbedarf zum Netzwerkkoordinator**

Nach Ansicht der BAGFW sollte die Koordination regionaler Netzwerke nur dann förderfähig sein, wenn es sich um Netzwerke handelt, die Rechte und Pflichten der Mitglieder des jeweiligen Netzwerkes gemeinsam festgelegt haben und auf Grundlage gemeinsamer Leitsätze zusammenarbeiten. Dies ist aus unserer Sicht durch einen freiwilligen Zusammenschluss, z. B. als eingetragener Verein (e. V.), als gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gGmbH) oder ohne Rechtsform auf Basis von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen der in der Region beteiligten Netzwerk-Akteure möglich.

Wir weisen auch darauf hin, dass in der Begründung des Gesetzes an geeigneten Stellen zum Ausdruck gebracht werden sollte, dass die mit der Koordination betraute Person gewisse Qualifikationen und Kompetenzen mitbringen sollte. Besonders wichtig erscheinen uns in dieser Hinsicht Kenntnis des Feldes und des Sozialraums, hospizlich-palliative Kompetenz, Moderationsfähigkeit sowie ein systemischer Blick. Eine abgeschlossene Berufsausbildung, insbesondere Qualifikationen im Sozial- oder Gesundheitswesen sind unserer Ansicht nach von Vorteil.

### **Weitergehende Änderungsbedarfe im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung**

#### **1. § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung - Erweiterung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung um psychosoziale Leistungen**

Schwerstkranke und sterbende Menschen leiden nicht nur körperlich. Sie leiden auch an den psychischen, sozialen, seelischen, und finanziellen Folgen ihrer Krankheit. Ziel der Hospizarbeit und Palliativversorgung muss es deshalb auch sein, neben den körperlichen Beschwerden einer unheilbaren Krankheit auch psychische Probleme (z.B. Angst, Trauer) und soziale Probleme (z.B. Einsamkeit, Kommunikation, Ein-

kommensverlust) zu lindern und die letzte Lebenszeit lebenswert zu machen. Symptombelastung und Leid setzen sich aus erlebten Belastungen verschiedener Dimensionen zusammen. Diese Dimensionen werden kategorisiert als physisch (ärztlich und pflegerisch), psychosozial und spirituell. Diese Kategorien sind als gleichwertig behandlungsrelevant anerkannt. Eine Reduktion auf einzelne Elemente wird dem Bedarf nach und Anspruch auf Palliativversorgung nicht gerecht. Dies gilt umso mehr, je komplexer die Ausgangslage ist. Die Diagnose einer lebensverkürzenden Krankheit und die Auseinandersetzung mit dem Herannahen des eigenen Todes gehören zu den größten Herausforderungen im Leben eines Menschen.

Die Notwendigkeit psychosozialer Leistungen als Teil der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wird u.a. durch das anerkannte Modell des „Total Pain“ Konzepts belegt. Symptomprävalenzstudien bei unterschiedlichsten Erkrankungen dokumentieren den (Be-)Handlungsbedarf in den psychischen, psychosozialen und spirituellen Dimensionen – eine effektive und effiziente SAPV Teamstruktur muss diesem Faktor Rechnung tragen können.

Gerade Menschen in der häuslichen Begleitung und Versorgung haben am Lebensende oft einen intensiven Bedarf an dieser multiprofessionellen Unterstützung. Psychosoziale Fachkräfte unterstützen die Betroffenen dabei die Bedeutung ihres bisherigen Lebens zu erkennen und gleichzeitig Sinn in der momentanen, durch Leid und Ausweglosigkeit bestimmten, Situation zu finden. Mit Hilfe einer lösungsorientierten Gesprächsführung helfen psychosoziale Fachkräfte beim Herausarbeiten neuer Lebensperspektiven und neuem Lebensmuts. Psychosoziale Beratung hilft Betroffenen auf der Grundlage von Ressourcenerschließung, basiert auf rechtlichen Grundsätzen und beinhaltet sozialanwaltschaftliches Handeln. Sie unterstützt den Betroffenen in Form von Einzel-, Paar- oder Familien- bzw. Zugehörigengespräch unter Berücksichtigung individueller sowie kultur- und religionsspezifischer Aspekte.

Um sicherzustellen, dass auch Schwerkranke und sterbende Menschen, die ambulant begleitet, beraten und versorgt werden vollumfänglichen Zugang zu hospizlich-palliativen Leistungen erhalten, einschließlich der Unterstützung durch psychosoziale Fachkräfte, bedarf es einer Ergänzung der bestehenden gesetzlichen Grundlage.

Im Versorgungssektor der Palliativversorgung im Krankenhaus ist die Multiprofessionalität einschließlich psychosozialer Leistungen als ein obligates Mindestmerkmal spezialisierter Palliativversorgung operationalisiert.

Auch in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung i. d. F. vom 31.03.2017 wird die Notwendigkeit des Einsatzes einer psychosozialen Fachkraft aufgegriffen. Diese sieht für ein stationäres Hospiz mit 8 Plätzen für psychosoziale Fachkräfte einen Stellenanteil von 0,75 Vollzeitäquivalenten vor. Eine analoge Regelung enthält die Rahmenvereinbarung stationäre Kinderhospize (...) vom 31.03.2017.

Nach Auffassung der BAGFW muss der vorliegende Gesetzentwurf eine Gleichbehandlung der ambulant und stationär zu begleitenden und zu versorgenden schwerkranken und sterbenden Menschen herbeiführen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist explizit um psychosoziale Leistungen zu erweitern.

## Änderungsbedarf

§ 37b Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

“Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche, ~~und~~-pflegerische und **psychosoziale Leistungen** einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen;(…)”

### **2. § 37b Abs. 4 SGB V Weiterentwicklung des Berichts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Entwicklung der Palliativversorgung gem. § 37b Abs. 4 SGB V (SAPV-Bericht)**

Seit Beginn der SAPV 2009 wird regelmäßig ein Bericht zur Versorgungslage in der SAPV erstellt. Seit 2016 ist dies eine Pflicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen geworden, der dieser Pflicht alle 3 Jahren nachkommt (Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Entwicklung der Palliativversorgung gem. § 37b Abs. 4 SGB V).

Die Darstellung des SAPV-Berichts beschränkt sich seither allerdings mehr oder weniger nur noch auf einen Aspekt: auf die Darstellung, in welchen Landkreisen es einen Dienstleister mit einem SAPV-Vertrag gibt. Diese Darstellung reicht unseres Erachtens nicht aus, um die Versorgungslage im Bereich der SAPV zu beschreiben. Um eine Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in Bezug auf die Versorgung mit SAPV zu ermöglichen, soll nach Ansicht der BAGFW der SAPV-Bericht differenzierter werden und sich über weitere Themen erstrecken. Aus Sicht der BAGFW fehlt z.B. eine Darstellung der Entwicklung der Beschäftigten in der SAPV, sowie der SAPV-Versorgung in Bezug auf den Umfang der Dienstleistung (Beratung, Koordination, Teilversorgung, Vollversorgung), Erkenntnisse zur leistungsauslösenden Diagnose der Patienten und zum Leistungsbedarf in Verbindung zum Lebensort.

Ziel einer verbesserten Berichtslage wäre es, die tatsächliche Versorgungslage vor Ort zu erfassen, darzustellen und bedarfsgerecht anpassen zu können. Solche Daten würden zudem eine Vergleichbarkeit der SAPV-Versorgung bzw. dem Versorgungsgrad in den verschiedenen Regionen ermöglichen.

Aus unserer Sicht könnte diese qualitativ verbesserte Darstellung der Versorgung mit SAPV im SAPV-Bericht durch die Verknüpfung von Daten geschehen, die an vielen Stellen bereits vorhanden sind. Das sind insbesondere die Daten der KBV zu den Verordnungen mit SAPV, Daten aus den relevanten Gesundheits- und Pflegestatistiken als auch durch Daten der Leistungserbringer in der SAPV selbst. Diese sollten bezogen bis auf die der Landkreise dargestellt werden, damit ein realistisches Bild der Versorgung vor Ort gezeichnet werden kann. Die BAGFW sieht in der Weiterentwicklung des SAPV-Berichts den richtigen Ansatz, um verfolgen zu können, wie sich die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in der Fläche etabliert und um evaluieren zu können, welche Maßnahmen getroffen werden müssen, um dem Ziel der Flächendeckung näher zu kommen.

Erhoben werden sollten nach Ansicht der BAGFW folgende Daten:

- Anzahl mit SAPV versorgten Versicherten (Geschlecht und Geburtsjahr)
- Anzahl der Verordnungen zur SAPV differenziert nach Art (Beratung, Koordination, Teilversorgung, Vollversorgung), Dauer und Häufigkeit der SAPV-Leistung (Erst- und Folgeverordnung)
- Hauptdiagnose (leistungsauslösend für die SAPV) nach ICD 10
- Pflegegrad der Patienten
- Anzahl der Patienten/innen, die in der Häuslichkeit verstorben sind, differenziert nach folgenden Versorgungsformen: mit SAPV, mit HKP, ohne HKP, mit Begleitung durch den Hausarzt, Arzt nach § 87 Abs. 1b SGB V, Facharzt, im Krankenhaus, in der stationären Pflege.

### **Änderungsbedarf**

§ 37b Abs. 4 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre über die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und die Umsetzung der dazu erlassenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Er bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die geschlossenen Verträge, **die Entwicklung der Versorgung und die erbrachten Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Darüber hinaus bezieht er die notwendigen Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des statistischen Bundesamtes mit ein. Die zu ermittelnden Daten sind insbesondere Angaben zur Art, Dauer und Häufigkeit der SAPV-Leistung, die Anzahl der versorgten Versicherten nach Geschlecht und Geburtsjahr, Pflegegrad und mitversorgende Einrichtungen und Dienste des Gesundheitssystems. Die Partner des Rahmenvertrages nach § 132d SGB V vereinbaren hierzu weitergehende Daten, die im Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Entwicklung der Palliativversorgung gem. § 37b Abs. 4 SGB V veröffentlicht werden sollen. Die Daten sind in anonymisierter Form bis auf die Ebene der kommunalen Gebietskörperschaften darzustellen. Der GKV erstellt den Bericht im Benehmen mit den Partnern der Rahmenvereinbarung n. § 132d SGB V.**“

Neben der Weiterentwicklung des SAPV-Berichts (vgl. § 37b Abs. 4 SGB V) muss dazu allerdings auch die Rahmenvereinbarung nach § 132d SGB V um den Gesichtspunkt der Evaluation der SAPV angepasst werden.

### **Änderungsbedarf**

§ 132d SGB V Abs. 1 wird wie folgt ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals bis zum 30. September 2019 einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b. Den besonderen Belangen von Kindern ist durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung zu tragen. In den Rahmenverträgen sind die sachlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur

Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. **Zur Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes legen die Vertragspartner gemeinsam die entsprechend § 37b Abs. 4 Satz 3 SGB V zu erhebenden und zu veröffentlichenden statistischen Daten zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Rahmenvertrag nach § 132d SGB V fest. Die auf Landesebene von den Krankenkassen zu erhebenden Daten werden jährlich zu einem von den Vertragspartnern zu vereinbarenden Stichtag erhoben und im Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Entwicklung der Palliativversorgung gem. § 37b Abs. 4 SGB V veröffentlicht.“**

### **3. § 39a Absatz 1 Stationäre Hospizleistungen - Sicherung und Entwicklung der Qualität in stationären Hospizen**

Aufgrund der Änderungen durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vom 01.12.2015 haben der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenverbände u. a. die Aufgabe erhalten, in den Rahmenvereinbarungen nach 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art, Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen.

In der aktuellen Fassung der Rahmenvereinbarung finden sich derzeit Standards zur Qualität im Bereich der Struktur- und Prozessqualität sowie allgemeine Aussagen zur internen und externen Qualitätssicherung. Standards zur Qualität im Bereich Ergebnisqualität in Gestalt von Lebensqualität konnten in Ermangelung entsprechend wissenschaftlich abgesicherter Anforderungen und Kriterien bisher nicht vereinbart werden. Für den Aufbau eines geeigneten Konzeptes zur internen und externen Qualitätssicherung in der stationären Hospizarbeit liegen deshalb derzeit keine ausreichenden Erkenntnisse zum Thema Ergebnisqualität (im Sinne von Lebensqualität) vor. Aus diesem Grund wurden entsprechend der Protokollnotiz zur Rahmenvereinbarung die Beratungen zu bundesweit geltenden Standards zur Qualität der Hospizversorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aufgenommen.

Im ersten Schritt wurde von den Rahmenvereinbarungspartnern eine systematische nationale und internationale Literaturrecherche und -auswertung im Hinblick auf bestehende Qualitätskriterien und -indikatoren insbesondere mit Hinblick auf Ergebnisqualität (im Sinne von Lebensqualität) vergeben. Die entsprechende Leistungsbeschreibung, die Bewerbungsbedingungen sowie die erforderlichen Vergabeunterlagen für die Ausschreibung des zu vergebenden Auftrages wurden durch die Rahmenvereinbarungspartner gemeinsam erarbeitet.

Durchgeführt wurde die Literaturrecherche von GAB München (Gesellschaft für Ausbildungsforschung und Berufsentwicklung eG). Finanziert wurde die Literaturrecherche in gleichen Teilen vom GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenverbänden. Die Literaturstudie kam zu dem Ergebnis, dass die ermittelten Qualitätskriterien und -indikatoren zum Thema Ergebnisqualität in Gestalt von Lebensqualität sich nicht unmittelbar auf die stationären Hospizarbeit in Deutschland übertragen lassen.

Der nächste Schritt besteht nun darin, aufbauend auf den mit Hilfe der Literaturrecherche ermittelten Qualitätskriterien und -indikatoren, bestehender hospizspezifischer Prüfsiegel und -leitfäden sowie der hospizspezifischen Qualitätsrahmenhandbücher, Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen für stationäre Hospize in Deutschland zu entwickeln.

Diese Entwicklungsschritte für die Anforderungen und Kriterien, Instrumente und das Verfahren für die Qualitätsprüfungen sind als Regelungsgegenstand in § 39a Absatz 1 zu konkretisieren und als gemeinsame Aufgabe der Rahmenempfehlungspartner zu definieren. Außerdem ist die Finanzierung dieser Aufgabe durch die GKV zu tragen.

## **Änderungsbedarf**

Nach Satz 6 sollten folgende Sätze 7 und 8 ergänzt werden:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen geben ein wissenschaftliches Verfahren für die Entwicklung und Erprobung von Anforderungen und Kriterien sowie der Instrumente und Verfahren für die Prüfung der Qualität (Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität in der Gestalt von Lebensqualität) in stationären Hospizen und stationären Kinderhospizen in Auftrag und entwickeln bis zum 31.12.2025 ein Qualitätsprüfungssystem für stationäre Hospize und stationären Kinderhospize. Die Kosten hierfür trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

### **4. Finanzierung von Hospizkultur und Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe**

Ein weiteres Ziel des Gesetzentwurfs sollte die Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sein. Dieses Ziel erfordert eine bessere Personal- und Ressourcenausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen. Die Debatte um das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.02.2020 zum Recht auf selbstbestimmtes Sterben und der möglichen assistierten Selbsttötung zeigt, dass das Vertrauen in eine gute medizinische, pflegerische und spirituelle Begleitung in Tagen schwerer Krankheit und zum Lebensende zu stärken ist. Wir sehen damit verbunden einen Auftrag an die Gemeinschaft und an die sozialrechtlichen Strukturen, dem Einzelnen Ängste und Sorgen des eigenen Daseins in der letzten Lebensphase zu nehmen und eine gute Versorgung auch für Verwandte, Freunde und Bekannte erfahrbar zu machen.

Eine würdevolle Begleitung der Sterbenden in ihrer letzten Lebensphase erfordert einen hohen zeitlichen und damit personellen Aufwand. Dieser Mehraufwand umfasst sowohl in großem Maße die pflegerische und medizinische Versorgung als auch die psycho-soziale Begleitung und Betreuung des Sterbenden. Auch Angehörige haben in der letzten Lebensphase einen deutlich höheren Bedarf an Gesprächen. Sowohl mit der Anwesenheit von Angehörigen vor Ort, als auch wenn enge Angehörige bei dem Sterbenden in seiner letzten Lebensphase nicht dabei sein können, verbinden sich Nachfragen und Absprachen zum Gesundheitszustand der sterbenden Angehörigen sowie häufig auch ein persönlicher Bedarf an emotionaler Unterstützung. Weiterhin besteht ein hoher Organisations- und Koordinierungsaufwand mit behandelnden Ärzten, ggf. dem SAPV-Team, dem ambulanten Hospizdienst und weiteren Personen oder in Hinblick auf die Zusammenkunft zu ethischen Fallbesprechungen.

Aktuell sind die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge einschließlich der pflegebedingten Aufwendungen und Aufwendungen der sozialen Betreuung über § 43 SGB XI abgegolten. Auch die Leistungen der pflegerisch-palliativen Versorgung in Heimen sind über diese bestehende Pauschale inbegriffen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich dafür ein, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege grundsätzlich aus dem SGB V finanziert werden.

Die hospizliche und palliative Versorgung pflegebedürftiger Menschen umfasst jedoch nicht nur die reine medizinische Behandlungspflege, sei es als allgemeine oder spezialisierte pflegerische Palliativversorgung. Sie muss auch ganz wesentlich die psycho-soziale Begleitung umfassen. Die Begleitung der in den vollstationären Einrichtungen betreuten Menschen auf ihren letzten Lebensweg ist entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen sehr individuell auszugestalten. Dafür braucht es zusätzliche personelle Kapazitäten, die im Rahmen der Personalbemessung berücksichtigt werden müssen. Sie dürfen jedoch nicht zu einer Belastung mit höheren Eigenanteilen der Heimbewohner/innen führen.

Vor diesem Hintergrund setzen sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege für eine Verbesserung der palliativen Versorgung und Sterbebegleitung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen ein, die nicht mit einer Steigerung des Eigenanteils der Heimbewohner/innen einhergeht. Die finanzielle Verantwortung für die Verbesserung der Palliativversorgung und die Förderung einer hospizlichen Kultur in vollstationären Pflegeeinrichtungen sehen wir - in Anlehnung der Finanzierung stationärer Hospize - in der gesetzlichen Krankenversicherung verortet.

## **5. § 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase**

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wurden eine gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern ein individuelles und ganzheitliches Beratungsangebot über Hilfen und Angebote zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten können. Durch Koordinierung der verschiedenen Versorgungsangebote und Kooperation mit den dafür zuständigen Leistungserbringern und Einrichtungen ist sicherzustellen, dass eine umfassende palliative und hospizliche Betreuung entsprechend der individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gewährleistet ist. Das Beratungsangebot wird von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung hat der GKV-Spitzenverband gemäß § 132g Abs. 3 SGB V gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XII vereinbart.

Zum einen sieht die Vereinbarung nach §132g Abs.3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017 in § 16 eine Überprüfung des Vergütungsverfahrens vor und zum anderen statuiert § 132g Absatz 5 eine Berichtspflicht des GKV- SV über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase alle drei Jahre.

Aus Sicht der BAGFW umfassen die in Absatz 5 Satz 2 zu erhebenden statistischen Informationen Daten, die eine Betrachtung und Bewertung des neuen Leistungsangebotes ermöglichen. Hierzu gehören sowohl einrichtungsbezogene Strukturdaten als auch Daten zum Beratungsprozess und den durchgeführten Beratungsgesprächen, inkl. des zeitlichen Aufwandes. Nur in der erweiterten Betrachtung von Struktur- und Prozessdaten kann die Entwicklung dieser neuen Leistung verfolgt und bewertet werden. Daraus ergeben sich zudem wichtige Erkenntnisse für eine Weiterentwicklung des Leistungsangebotes. Wir regen, vor diesem Hintergrund, eine differenziertere Formulierung zur Berichtspflicht des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen an sowie eine Einbeziehung der Vereinbarungspartner nach § 132g Absatz 3 in die Erstellung des Berichts.

## **Änderungsbedarf**

Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre **im Benehmen mit den Vereinbarungspartnern nach § 132g Absatz 3** über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und die Umsetzung der Vereinbarung nach Absatz 3. Er ~~legt~~ **führt zu diesem Zweck eine Erhebung durch, bei der sowohl Struktur- und Prozessdaten zur Versorgungsplanung am Lebensende erhoben werden, mit dem Ziel, eine Weiterentwicklung des Angebotes der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zu ermöglichen** ~~die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die erstatteten Leistungen fest.~~“

## **§ 125 Heilmittelverträge**

Aus verfahrenstechnischen Gründen wird das Inkrafttreten der neuen bundesweiten Heilmittelverträge auf der Grundlage des § 125 SGB V auf den 1.1.2021 verschoben. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege weisen in diesem Kontext auf einen wichtigen Ergänzungsbedarf hin. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz ist die Vertragskompetenz im Heilmittelbereich grundsätzlich auf die Bundesebene verlagert worden. Bestehende Verträge auf der Landesebene, die zur Heilmittelversorgung von Kindern mit Behinderung, die in Kitas, Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe durch Anstellung von Heilmittelerbringern im multiprofessionellen Team geschlossen wurden, haben mit Verweis auf die neue Rechtslage ihre Gültigkeit verloren. Daher wurden sie von den Krankenkassen, wie z.B. in NRW und Rheinland-Pfalz, gekündigt. Wir bitten den Gesetzgeber, diese sicher durch die Neuregelung nicht-intendierte Wirkung aufzuheben und wieder eine rechtssichere Grundlage für das Fortgelten der bestehenden und in der Praxis sehr bewährten Verträge zu schaffen. Der Bundesrat hatte in seiner Stellungnahme zum GKV-FKG bereits auf diesen Punkt hingewiesen und gefordert, eine Rechtsgrundlage zu schaffen, die ergänzend zu den Bundesverträgen sowohl für bewährte regionale Verträge als auch für die Fortgeltung der Verträge zur Versorgung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen eine sichere Rechtsgrundlage geschaffen werden sollte.

## **§ 126 Präqualifizierungserfordernis für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe bei der Hilfsmittelerbringung**

Nach § 126 Absatz 1 Satz 2 können Vertragspartner der Krankenkassen nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Krankenkassen müssen dies nach § 126 Absatz 1a sicherstellen. Zu diesem Zwecke müssen sich Leistungserbringer von der Präqualifizierungsstelle nach Absatz 1a Satz 2 qualifizieren lassen. Die Präqualifizierung gilt für alle Verträge, die durch Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 zustande gekommen sind sowie für Verträge der Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die nach § 127 Absatz 2 geschlossen werden. Eine Präqualifizierung ist lediglich beim Abschluss von Verträgen der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die im Einzelfall nach § 127 Absatz 3 geschlossen werden, nicht notwendig.

Grundlage für die Präqualifizierungsanforderungen bildet das Berufsrecht der Leistungserbringer. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Handwerksordnung und die Gewerbeordnung (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 9 f.). Unter Leistungserbringer fallen somit klassische Handwerksbetriebe und Angehörige von Handwerksberufen (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 13 ff.). Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln kommt es nicht zu einer „Herstellung, Abgabe und Anpassung“ i. S. d. § 126 SGB V, da dies klassische handwerkliche Tätigkeiten nach der Handwerks- oder Gewerbeordnung voraussetzt. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe sind daher nicht als Leistungserbringer i. S. d. § 126 SGB V einzuordnen und benötigen keine Präqualifizierung als Lieferant von Hilfsmitteln.

Ohne deren Einbezug in den vorstehend beschriebenen Vorgang der Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln geht es bei Pflegeeinrichtungen allenfalls noch um die sachgerechte Unterstützung der Versicherten bei deren Verwendung. Dies ist Gegenstand der Versorgungsverträge nach §§ 72 ff SGB XI, bei denen das auf die Auftragsvergabe oder die Beitrittsverträge zugeschnittene Präqualifizierungsverfahren aber gerade nicht zur Anwendung kommt. Zudem kontrollieren die im Zusammenhang mit dem Versorgungsvertrag durchgeführten Qualitätsprüfungen regelmäßig auch die hier relevante Unterstützung und deren tatsächliche fachgerechte Durchführung. **Vor diesem Hintergrund besteht wegen dieser letztlich wirksameren Kontrolle keinerlei Bedarf nach dem zusätzlichen, kostspieligen und zudem zeitlich immer nur befristeten Präqualifizierungszertifikat im Sinne von § 126 Abs. 1a SGB V.**

### **Änderungsbedarf:**

In § 126 Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:

**„Keine Leistungserbringer im Sinne von Satz 2 sind Pflegeeinrichtungen und andere Einrichtungen, die Versicherte mit Hilfsmitteln versorgen, ohne diese herzustellen, abzugeben oder anzupassen.“**

## **§ 132 Anerkennung der Tarifbindung bei den Leistungserbringern der Versorgung mit Haushaltshilfe**

In vielen Bundesländern entsprechen die von den Krankenkassen gewährten Vergütungen für die Leistungserbringung im Bereich der Versorgung mit Haushaltshilfe (§

38 SGB V) bei weitem nicht den tariflichen Vergütungen, welche die entsprechenden Dienste an ihre Mitarbeitenden zu bezahlen haben. Die Lücken zwischen der gewährten Vergütung und den tatsächlich zu bezahlenden tariflichen Gehältern betragen teilweise bis zu 30 Prozent. Die Lücke in der Refinanzierung wird überwiegend durch Spendenaufkommen, Zuschüsse kirchlicher Träger, teilweise durch freiwillige kommunale Zuschüsse (wie z.B. in der Stadt München) getragen. Die Corona-Pandemie hat die Situation der Familienpflegedienste nochmals erschwert, da die Dienste im März und April 2020 Einnahmeverluste durch Erlösausfälle im Umfang von ca. 30 Prozent hinnehmen mussten. Die Freie Wohlfahrtspflege setzt sich mit großem Nachdruck dafür ein, die Finanzierungslücke durch die Anerkennung der Tarifbindung bei Vergütungsverhandlungen nach § 132 SGB V zu schließen.

Familienpflegedienste leisten mit ihren Haushaltshilfen und Dorfhelfer/innen gerade für Familien in prekären Lebenslagen mit hohen krankheitsbedingten Belastungen Hilfen, deren Wert unschätzbar ist. Typische Familienkonstellationen sind Mehrkind-Familien im Niedrigeinkommensbereich oder Familien mit einem Kind mit einer Behinderung, in denen die Mütter schwerst erkrankt sind. Brechen die Dienste weg, bleiben die Familien unversorgt.

## **Änderungsbedarf**

§ 132 Absatz 1 wird nach Satz 1 um folgende Sätze ergänzt:

„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.“

## **§ 137d QS-Reha-Verfahren**

Mit den Ergänzungen des § 137d Absatz 1 soll der GKV Spitzenverband die Ergebnisdaten aus dem QS Reha® Verfahren bezogen auf die stationären Rehabilitationseinrichtungen erhalten. Er wird verpflichtet, die Ergebnisse einrichtungsbezogen vergleichend im Internet zu veröffentlichen und berechtigt, Empfehlungen auszusprechen.

### Umfassende Transparenz für die Versicherten

Das Ziel der Transparenz und der Stärkung der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts tragen wir ausdrücklich mit. Problematisch ist die Beschränkung auf die Daten des QS-Reha®-Verfahrens. Da derzeit die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nach dem Federführungsprinzip unterschiedlichen Programmen der externen Qualitätssicherung der Reha-Träger unterliegen, gibt es Einrichtungen, für die nur Daten aus dem QS-Reha®-Verfahren der GKV und andere, für die nur die Daten der Deutschen Rentenversicherung vorliegen. Für dieses Nebeneinander besteht kein sachlicher Grund, da –bis auf wenige Ausnahmen- dieselben Fachabteilungen von beiden Reha-Trägern in Anspruch genommen werden. Das Nebeneinander der Verfahren verhindert einen umfassenden Vergleich der Einrichtungsqualität im Sinne der Versicherten. Mit dem Digitale-Renten-Übersicht-Gesetz erhält auch die Deutsche Rentenversicherung den Auftrag, ihre Qualitätssicherungsdaten im Internet zu veröffentlichen. Wir befürchten, dass sich das Nebeneinander der Verfahren so weiter verfestigt und große Chancen zur Qualitätstransparenz verspielt werden.

Notwendig ist die Verpflichtung zur Zusammenführung der QS-Verfahren zu einem einheitlichen Verfahren der Qualitätssicherung. Es bietet sich an, eine entsprechende Verpflichtung zur Zusammenführung der Verfahren im SGB IX gesetzlich zu verankern und die nähere Ausgestaltung des Verfahrens und der Maßnahmen zur Qualitätstransparenz zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Rentenversicherung und den Verbänden der Leistungserbringer zu vereinbaren.

#### Gemeinsame Verantwortung

Bislang tragen GKV-Spitzenverband und die Verbände der Leistungserbringer die Verantwortung für die externe Qualitätssicherung im Sinne des Grundsatzes der gemeinsamen Selbstverwaltung gemeinsam. Dass dieser Grundsatz verlassen und die Veröffentlichung und ggf. Kommentierung der Daten nun in die alleinige Verantwortung des GKV Spitzenverbandes gegeben werden und die Mitwirkung der Leistungserbringerverbände lediglich auf eine Stellungnahme-Möglichkeit beschränkt wird, kritisieren wir. Auch die Veröffentlichung der Daten sollte weiterhin eine gemeinsame Aufgabe von GKV Spitzenverband und Leistungserbringerverbänden sein und ihre Grundlagen entsprechend geregelt werden. Die Rehabilitationseinrichtungen sind über ihre Verbände vollumfängliche Partner im QS-Rehasystem. Eine „einseitige“ Veröffentlichung der Ergebnisse nur von einem Vereinbarungspartner ist sachlich nicht angemessen, da die entsprechenden Strukturen für eine gemeinsame Veröffentlichung existieren.

#### Aktualität der Daten

Da die Erhebungen zur Qualitätssicherung und damit die Qualitätsberichte in dreijährigen Phasen erfolgen, beschreiben sie eine Momentaufnahme zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt. Da bisher im QS Reha® Verfahren keine Korrekturschleifen für die Qualitätsberichte möglich sind, würde eine 1/1 Veröffentlichung auch evtl. Unrichtigkeiten wie Fehleingaben oder Auswertungsfehler über einen Zeitraum von drei Jahren festschreiben. Für die Versicherten muss für aktuelle Auswahlentscheidungen aber die aktuelle Situation transparent sein, deshalb ist es zwingend in die vorgesehene Veröffentlichung auch Aktualisierungen einzubeziehen.

Die Qualitätsberichte müssen in barrierefreier Form im Internet veröffentlicht werden.

#### Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands

Der Referentenentwurf sieht vor, dass der GKV- Spitzenverband auch Empfehlungen aussprechen kann. Dies ist zu weitgehend und zurückzunehmen. Die Rolle des GKV- Spitzenverbandes kann sich nur auf die neutrale und transparente Veröffentlichung beziehen. Eventuelle Präferenzen sind bezogen auf den Einzelfall von den Versicherten selbst im Benehmen mit ihrer Kasse zu treffen

### **Änderungsbedarf**

§ 137d Absatz 1 Satz 1 n.F. soll wie folgt geändert und ergänzt werden:

„Die auf der Grundlage der Vereinbarung nach Satz 1 bestimmte Auswertungsstelle übermittelt die Ergebnisse der Qualitätssicherung an den Spitzenverband Bund der **Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen**. Diese sind verpflichtet, diese Ergebnisse einrichtungsbezogen, **unter Einbezug erforderlicher Aktualisierungen**, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache **und**

**barrierefrei** im Internet zu veröffentlichen. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der Versorgung soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen **und die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen** die Versicherten auf Basis der Ergebnisse auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen informieren und über die Umsetzung der Barrierefreiheit berichten; ~~er kann auch Empfehlungen aussprechen.~~

### **Artikel 15: (Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Personals im Gesundheitswesen)**

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände begrüßen das Vorhaben der Bundesregierung mit dem Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz (GAPSG) eine **Rechtsgrundlage für die Gesundheitspersonalrechnung**, sowie weiterer statistischer Auswertungen, zu schaffen. Im Besonderen soll hier die Etablierung eines **regionalen Fachkräftemonitorings des Gesundheitspersonals** gewürdigt werden, was vor dem Hintergrund des allgegenwärtigen Fachkräftemangels in allen Berufszweigen des Gesundheits- und Pflegewesens einen wichtigen Beitrag für die Versorgungssicherheit der Bevölkerung darstellt.

Hierzu soll das Statistische Bundesamt ermächtigt werden, die erforderlichen Angaben bei den Stellen einzuholen, die über bundesweite Daten zu den jeweiligen Fragestellungen verfügen. Ebenso behält sich das Bundesministerium für Gesundheit eine Verordnungsermächtigung vor, um bislang noch nicht verfügbare Datenerhebungsverfahren auf den Weg bringen zu können, was grundsätzlich zu begrüßen ist.

**Denn aufgrund einer fehlenden zentralen Registrierung der Gesundheitsfachberufe muss die derzeitige Datengrundlage der Gesundheitsberichtserstattung als limitiert angesehen werden.**

Insbesondere da sich die aktuelle Gesundheitspersonalrechnung auf Beschäftigungsfälle bezieht, sodass erstens Personen mit Beschäftigungsverhältnissen in mehreren Einrichtungen auch mehrfach gezählt werden<sup>1</sup> und zweitens nicht der tatsächliche Personalkörper<sup>2</sup> der jeweiligen Berufsgruppe erfasst wird.

**So fließen beispielsweise diejenigen Berufsangehörigen, die entweder nicht beschäftigt sind, oder mittlerweile in anderen Berufen und Branchen tätig sind, nicht in die Gesundheitsberichtserstattung mit ein.** Darüber hinaus fehlen die Daten über die Anzahl der Auszubildenden und Absolvent/innen der jeweiligen Gesundheitsfachberufe, aber auch zu den Assistenz- und Helferqualifikationen, insbesondere in den Pflegeberufen<sup>3</sup>.

Weiterhin handelt es sich bei der Gesundheitsberichterstattung um aufbereitete Sekundärdaten aus 30 verschiedenen Grundstatistiken, die teilweise unter völlig anderen Fragestellungen oder Zielsetzungen erhoben wurden, und mit Hochrechnungen sowie Schätzungen arbeiten<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020). Gesundheitspersonalrechnung 2018. Qualitätsbericht. S. 4 – 7. Online im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/gesundheitspersonalrechnung.pdf> [10.11.2020].

<sup>2</sup> Die Grundgesamtheit aller Absolventinnen und Absolventen der jeweiligen Berufsausbildungen unabhängig des Beschäftigungsstatus

<sup>3</sup> Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020). Gesundheitspersonalrechnung 2018. Qualitätsbericht. S. 4 – 7. Online im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/gesundheitspersonalrechnung.pdf> [10.11.2020].

<sup>4</sup> ebenda

Hinweise bezüglich der **Fluktuation in einzelnen Berufsgruppen und Versorgungszweigen** können allerdings nur auf der Grundlage eines vollständigen Personalkörpers gewonnen werden, was insbesondere für die **Reaktivierung bestehender Fachkraftpotentiale** oder die **Registrierung freiwilliger „Reservist/innen“**<sup>5</sup> von besonderer Bedeutung ist.

**Der tatsächliche Personalkörper der Gesundheitsfachberufe kann daher nur von den Institutionen erhoben werden, die eine zentrale Registrierung aller Berufsangehörigen eines Bundeslandes vornehmen.**

Die Verbände der BAGFW sprechen sich daher dafür aus, dass die Daten für die Gesundheitspersonalrechnung primär von den berufsständischen Kammern zugeliefert werden, sofern sie denn etabliert sind. Im Falle der Ausbildungen nach dem PflIBG könnten zudem die Ausbildungszahlen (Zu- und Abgänge sowie Abbrecher/innen und Absolvent/innen) von den zuständigen Stellen für die Ausbildungsfonds in den Bundesländern bezogen werden.

Des Weiteren wäre vor dem Hintergrund eines kompetenzorientierten Personaleinsatzes in der medizinisch-pflegerischen Versorgung, aber auch im Bereich der Therapieberufe, die Registrierung und Aufbereitung von Fachweiterbildungen und Versorgungsschwerpunkten der Berufsangehörigen wünschenswert. Wie auch eine Differenzierung der nicht-approbierten Gesundheitsberufe in beruflich oder hochschulisch qualifiziert, um ein Monitoring der Akademisierungsquote in den jeweiligen Berufszweigen durchführen zu können.

**Ebenso werden für eine solide Personalplanung für das Gesundheits- und Pflegewesen Daten hinsichtlich der verfügbaren Studien-, Fachschul- und Ausbildungsplätze in den jeweiligen Gesundheitsfachberufen benötigt.**

Diese Angaben stehen bislang allerdings noch nicht zur Verfügung.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen zudem ausdrücklich das Aufgreifen der in der **Konzertierten Aktion Pflege** gemeinsam vereinbarten Maßnahmen hinsichtlich eines besseren Fachkräftemonitorings. Aufgrund dessen, dass hierzu erst noch Datenerhebungsverfahren aufgebaut werden müssten, sollte unserer Ansicht nach zunächst eine **Priorisierung der für den Roadmap Prozess nach 113c SGB XI benötigten Daten** erfolgen.

### Änderungsbedarf

- **Erhebung standardisierter Kennzahlen:**
  - Zu- und Abgänge des Personalkörpers einer Berufsgruppe
  - Differenz zwischen Personalkörper und Erwerbstätigen einer Berufsgruppe
  - Zu- und Abgänge sowie Abbrecher/innen und Absolvent/innen der jeweiligen Fachausbildungen sowie Assistenz- und Helferqualifikationen
  - Registrierung und Aufbereitung von Daten hinsichtlich Fachweiterbildungen und Versorgungsschwerpunkten der Berufsangehörigen

---

<sup>5</sup> Stichwort: #Pflegereserve. Online im Internet: <https://pflegereserve.de/#/login> [10.11.2020].

- Differenzierung der nicht-approbierten Gesundheitsberufe in berufliche oder hochschulische Qualifikation
  - Verfügbare Studien-, Fachschul- und Ausbildungsplätze in den jeweiligen Gesundheitsfachberufen
  - Auslastung der Studien-, Fachschul- und Ausbildungsplätze in den jeweiligen Gesundheitsfachberufen
  - Über-, Unter- und Fehlkapazitäten
- **Aufbereitung dieser Daten in absoluten Häufigkeiten sowie Vollzeit-Äquivalenten:**
    - Geschlecht und Geburtsjahr
    - Berufsabschluss aufgrund einer Ausbildung und Weiterbildung (z.B. Zusatzqualifikation palliativ care, Palliativmedizin, etc.)
    - Beschäftigungsgrad (geringfügig beschäftigt, Teilzeit, Vollzeit)
    - Versorgungssektor
    - Einrichtungstyp
    - Dienststellung
    - Beschäftigungsverhältnis
    - Selbstständigkeit/Freiberuflichkeit
    - Verhältnis Berufsangehörige zu 100.000 Einwohnern einer Region
    - Verhältnis Einwohner einer Region zu einem Berufsangehörigen
    - Verhältnis Berufsangehörige zu 100.000 Pflegebedürftigen einer Region
    - Verhältnis Pflegebedürftige einer Region zu einem Berufsangehörigen
  - **Primärdatenbezug über die berufsständischen Kammern in den Bundesländern (soweit vorhanden)**
  - **Bezug der Ausbildungsdaten nach dem PfIBG über fondsverwaltende Stellen in den Bundesländern**
  - **Einbeziehung der pflegepolitischen Maßnahmen der Konzertierten Aktion Pflege, wie den Roadmap Prozess nach § 113c SGB XI, a priori**

Berlin, 13.11.2020

Bundesarbeitsgemeinschaft  
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm  
Geschäftsführer

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix ([elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de))

Markus Breit ([m.breit@drk.de](mailto:m.breit@drk.de))