

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum  
Gesetzentwurf zur Verbesserung der  
Hospiz- und Palliativversorgung  
in Deutschland  
(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)  
vom 12.06.2015**

Der Gesetzentwurf zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland greift zahlreiche Themenbereiche zur Weiterentwicklung der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen auf: so wird die palliative Versorgung stärker als bisher in das Leistungsgeschehen einbezogen. Die Leistungen werden besser vernetzt, das Angebot in strukturschwachen Gebieten erweitert, die Beratungsstrukturen ausgebaut und die Finanzierung sowohl in den Hospizen als auch in Krankenhäusern verbessert. Zudem sollen die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung Pflegeheimbewohnern eine individuelle Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zu ermöglichen.

Das Gesetz sieht zudem Maßnahmen vor die u.a. darauf abzielen, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) flächendeckend auszubauen. Der DPR begrüßt dieses Ziel. Bei der Einführung des Rechtsanspruches auf SAPV ging der Gesetzgeber bei der SAPV von einem Versorgungsbedarf von 10 Prozent aller Sterbenden aus. Diese Einschätzung ist längst überholt.

Ziel des Gesetzentwurfes ist es, die Versorgung der Menschen in der letzten Lebensphase zu verbessern. Aus Sicht des DPR bleibt allerdings unklar, wie und anhand welcher Indikatoren die Verbesserung der Versorgungsqualität bewertet werden soll. Zudem fehlt es insgesamt an konkreten Strukturvorgaben, die dann von Experten mit ihrer fachlichen Expertise inhaltlich ausgestaltet werden können. **Auch wird in dem Gesetzentwurf der professionellen Pflege kein spezifischer Beitrag bei der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen zugeschrieben. Da Pflegefachpersonen den längsten und damit intensivsten Kontakt zu schwerkranken und sterbenden Menschen haben und zudem über entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten verfügen (Palliativ Care, Case Management), haben sie spezifische Kompetenzen für einen konkreten Beitrag im Rahmen der Versorgung von Menschen am Lebensende wie das Schnittstellenmanagement, die psychosoziale Beratung und Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen und die Begleitung und Koordination Ehrenamtlicher. Daher fordert der DPR, dass die Pflege mit ihren**

**Kompetenzen und Erfahrungen stärker in dem Gesetzentwurf berücksichtigt wird mit dem Ziel, ihren Beitrag zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung zu leisten.**

Im Hinblick auf ein professionelles Netzwerkmanagement bei der Begleitung und Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen sollten die Schnittstellen definiert werden, um Schwierigkeiten im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen zu vermeiden.

Zudem sollten in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen Palliativbeauftragte aus der Pflege mit einer Palliativ Care Fortbildung qualifiziert werden, damit sich eine Abschiedskultur etablieren kann. Beispielsweise könnten Palliativbeauftragte Ressourcen zur besseren Begleitung sterbender Menschen identifizieren.

**Jedoch muss dann auch sichergestellt sein, dass eine adäquat aufwendigere Pflege im Rahmen des SGB XI geleistet und abgerechnet werden kann (z.B. höhere Pflegeeinstufung nach Aktenlage).**

Stellungnahme zu den geplanten Neuregelungen im Einzelnen:

### **Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### *Geplante Neuregelung Nummer 2*

Gemäß der Neuregelung § 37 Absatz 2a umfasst die häusliche Krankenpflege auch die ambulante Palliativversorgung.

#### *Stellungnahme*

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie die palliative Pflege der häuslichen Krankenpflege in Bereichen zuordnet, die nach dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff als Grund- und Behandlungspflege bezeichnet wurden. Damit wird das Spektrum einer pflegefachlichen Versorgung der Bevölkerung um einen wichtigen Bereich ergänzt, der oft die letzte Lebensphase kennzeichnet. Hier muss allerdings unbedingt sichergestellt werden, dass diese Zusatzleistungen auch vergütet werden.

#### *Geplante Neuregelung 3*

Gemäß den Neuregelungen in Absatz 1 soll die finanzielle Grundlage der Hospize verbessert werden. So trägt die Krankenkasse die zuschussfähigen Kosten nach § 39 a Absatz 1, Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 95 vom Hundert.

Auch darf der Zuschuss kalendertäglich nunmehr 9 anstatt 7 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten

und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten.

Gemäß Absatz 2 soll die Förderung der Hospize zeitnah ab dem Jahr erfolgen, in dem der ambulante Hospizdienst zuschussfähige Sterbebegleitung leistet und es soll sichergestellt werden, dass ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern gewährleistet ist.

Außerdem hat die Krankenkasse ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte in Krankenhäusern Sterbebegleitung im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen.

Zudem erfolgt die Förderung durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten wie auch zu den Sachkosten.

### *Stellungnahme*

Entsprechende Verbände und Organisationen beklagten in der Vergangenheit, dass die tatsächlich benötigten Mittel für die stationäre und ambulante Hospizarbeit pro Monat deutlich über dem Eigenanteil von 10 Prozent liegen und vor allem von nicht kirchlichen Trägern kaum zu finanzieren sind. Der Mehraufwand setzt sich u.a. aus zusätzlichen Qualifizierungsmaßnahmen der Mitarbeiter, Maßnahmen der Krisenintervention oder der Unterbringung der Angehörigen zusammen. Angesichts der generell abnehmenden Spendenbereitschaft stellt dieser hohe Eigenanteil ein zunehmendes Problem für den Fortbestand der Hospizdienste dar. Daher begrüßt der DPR die Erhöhung der zuschussfähigen Kosten wie auch die zeitnahe Vergütung.

Die Einbeziehung Ehrenamtlicher in die Hospiz- und Palliativversorgung entspricht der Hospizidee, die einen gesellschaftlichen Beitrag bei der Gestaltung des Lebensendes vorsieht. Der DPR begrüßt, dass nicht nur die Personal-, sondern auch die Sachkosten für die Leistungseinheiten gefördert werden. Ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern ist hier zielführend. Der DPR weist jedoch darauf hin, dass die psychosoziale Begleitung und Koordination der Ehrenamtlichen Aufgaben der Pflegefachpersonen ist und dass eine qualitativ angemessene Erfüllung dieser Aufgaben an eine entsprechende Personalausstattung gebunden ist.

Die Förderung ambulanter Hospizdienste für die Begleitungen schwerkranker und sterbender Menschen im Krankenhaus begrüßt der DPR. **Dabei sollte sich die Förderung der Begleitung im Krankenhaus an den Rahmenvereinbarungen für den häuslichen Bereich orientieren und entsprechend geregelt werden. Konsequenz wäre allerdings auch die Förderung dieser Dienste in stationären Pflegeeinrichtungen.** Bisher wird ihre Arbeit nicht vergütet und nur in beschränktem Umfang bei der Finanzierung der Koordination berücksichtigt, obwohl bei vielen Diensten hier die Haupteinsätze liegen.

#### *Geplante Neuregelung Nummer 4:*

Gemäß dem neu eingefügten § 39b zur Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen sollen Versicherte besser über die bestehenden Angebote in der Hospiz- und Palliativversorgung informiert werden. Daher sollen sie eine individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung erhalten. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie anderer Beratungsstellen (z. B. kommunaler Servicestellen) vorgesehen.

#### *Stellungnahme*

Der DPR begrüßt diese Neuregelung, weil sie dazu beiträgt, dass das für den Laien oftmals unübersehbare Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung übersichtlicher gestaltet wird. Die nunmehr gesetzlich festgeschriebene Zusammenarbeit der verschiedenen Beratungsangebote führt neben der Verbesserung der Übersichtlichkeit der Strukturen auch zu mehr Effizienz der Leistungen.

Der DPR hält jedoch eine unabhängige Beratung für eine fachlich fundierte Versorgung für unverzichtbar. Daher müssen neben den Hausärzten auch andere Leistungserbringer, insbesondere ambulante Pflegedienste in die Information und Beratung verpflichtend einbezogen werden. Da sie eng in die Versorgungssituation schwerkranker Menschen eingebunden sind, können sie zudem situations- und bedarfsgerecht informieren und beraten. Für diese Leistungen bedarf es allerdings einer entsprechenden Vergütung. Bei der Beratung durch die Krankenkasse kann nicht ausgeschlossen werden, dass es zu Interessenskonflikten kommt.

#### *Geplante Neuregelung 6*

Gemäß dem neuen Absatz 1b des § 87 SGB V sollen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Bundesmantelvertrag die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung vereinbaren. Dabei soll es um 1. Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung und deren Abgrenzung zu anderen Leistungen, 2. Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer, 3. Anforderungen an die Koordination und um 4. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität gehen.

#### *Stellungnahme*

Der DPR begrüßt diese Regelungen; insbesondere die Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung und deren Abgrenzung zu anderen Leistungen. Bedauerlich ist jedoch, dass Pflegefachpersonen in diesem Zusammenhang nicht erwähnt werden; weder die erforderliche Qualifikation, noch ihre Durchführung koordinierender Aufgaben. Da letztere in der Versorgungspraxis

ein wichtiger Bestandteil pflegerischer Tätigkeiten sind, die zudem zu einer ganzheitlichen Betrachtung der Patientinnen und Patienten entscheidend beiträgt und erfahrungsgemäß weniger von Ärzten wahrgenommen wird, wäre hier eine Nachbesserung erforderlich. Der DPR möchte hier klarstellen, dass Betreuung und Pflege von Schwerstkranken zwei verschiedene Dinge sind und z.T. auch von unterschiedlichen Personen durchgeführt werden.

Daher fordert der DPR, dass für die Palliativ- und stationäre Hospizversorgung, die auch in Pflegeheimen durchgeführt wird, Sach- und Personalkosten zur Verfügung gestellt werden. Dies könnte zu einer erheblichen Verbesserung (Humanisierung, Professionalisierung und Zufriedenstellung aller Beteiligten) in Alten- und Pflegeheimen führen. Hier ist entweder eine Regelung erforderlich, wie die Palliativ- und Hospizversorgung im Rahmen des SGB XI erbracht werden kann oder ob SGB V Leistungen auch in Pflegeheimen erbracht und finanziert werden können. Die derzeitige Regelung, dass ambulante Pflegedienste mit SAPV-Qualifikation diese Leistungen erbringen, ist nicht ausreichend.

#### *Geplante Neuregelung Nr. 7*

In den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 sind insbesondere Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung zu regeln.

#### *Stellungnahme*

Der DPR begrüßt die geplante Regelung, wonach die ambulante Palliativversorgung in die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verordnung häuslicher Krankenpflege aufgenommen werden soll.

**Der DPR fordert jedoch eine Beteiligung an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über pflegerelevante Aspekte der Palliativversorgung und eine mitberatende Einbeziehung wie die Patientenorganisationen nach § 140f. Dadurch wird gewährleistet, dass der Beitrag der Pflege bei der Palliativversorgung mit der entsprechenden Fachlichkeit berücksichtigt werden kann.**

#### *Geplante Neuregelung Nummer 8.*

Gemäß § 119b, Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen, wird die Kann-Regelung beim Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu einer Soll-Regelung.

In Absatz 3 wird geregelt, dass der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen u.a. die finanziellen Auswirkungen der zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen evaluieren soll.

### *Stellungnahme des DPR*

Die Soll-Regelung begrüßt der DPR, weil sie die Kooperation zwischen den Leistungserbringern fördert und damit zu einer Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung beiträgt. Dabei sollten insbesondere Ärzte, Pflegefachpersonen und Teams in die Kooperation einbezogen werden, die palliativmedizinisch, -pflegerisch qualifiziert sind.

Der DPR weist allerdings darauf hin, dass die Kooperation zwischen den Leistungserbringern vor allem zusätzliche Aufgaben für Pflegefachpersonen bedingt, die sowohl Kompetenzen als auch Zeit erfordern. Beides darf nicht nur in die ärztliche Leistungsvergütung eingehen, sondern auch in die von Pflegefachpersonen.

### *Geplante Neuregelung Nummer 9*

Im § 132d zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist geregelt, dass die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung abschließt. Neu hinzugefügt wurde die Regelung, dass im Fall der Nichteinigung der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt wird.

### *Stellungnahme*

Der DPR begrüßt die Einführung eines gesetzlichen Schiedsverfahrens in streitigen Vertragsverhandlungen. Es kann dazu beitragen, zeitnahe Lösungen im Konfliktfall zu erleichtern.

### *Geplante Neuregelung Nummer 10*

Der § 132g zur gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase sieht vor, dass Pflegeeinrichtungen den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung anbieten können. Zudem soll es mehr Beratung und Information geben. Die individuellen Bedürfnisse sollen im Rahmen von Fallbesprechungen berücksichtigt und einbezogen werden. Die Krankenkasse des Versicherten trägt die notwendigen Kosten für die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung, die von den entsprechenden Organisationen ausgehandelt werden.

### *Stellungnahme*

Der DPR begrüßt diese Neuregelungen grundsätzlich. Er möchte jedoch in diesem Zusammenhang auf die spezifische Rolle der Pflegefachpersonen hinweisen, die einen klar zu benennenden Beitrag zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung leisten können. Pflegefachpersonen haben den

längsten Kontakt zum Patienten; können den Verlauf und die individuellen Rahmenbedingungen aus verschiedenen Perspektiven beurteilen und Handlungen daraus ableiten.

In dem Paragraph wird darauf hingewiesen, dass die Krankenkasse des Versicherten die notwendigen Kosten für die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung trägt. **Da die Krankenkasse vermutlich nicht für die Kosten für die Inhalte und Anforderungen der Pflegefachpersonen in den Einrichtungen übernimmt und es die Pflegefachpersonen sind, die Teile dieser Anforderungen konkret umsetzen, bleibt die Frage der Vergütung pflegerischer Leistungen hier offen. Der DPR fordert hier eine Klärung und Nachbesserung.**

Zur Integration und Koordination der verschiedenen Leistungserbringer bedarf es aus Sicht des DPR spezifischer Kompetenzen insbesondere in den Bereichen Case Management und Palliativ Care. Für die Pflege bestehen entsprechende Spezialisierungsmöglichkeiten, die Pflegefachpersonen für diese Aufgabenbereiche qualifizieren. Vor diesem Hintergrund schlägt der DPR vor, die Schnittstellenkoordination für die Erstellung der Versorgungsplanung und die Fallbesprechungen Pflegefachpersonen zu übertragen und diese Aufgabe gesetzlich festzuschreiben. Die Kranken- und Pflegekassen sollen zudem die Versicherten über die Funktion der Pflegefachpersonen als Schnittstellenkoordinatoren informieren.

### **Artikel 3: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

#### *Geplante Neuregelung Nummer 1*

In § 28 Abs. 4 SGB XI wird klargestellt, dass pflegerische Maßnahmen der Sterbegleitung zu einer Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege im Sinne des SGB XI gehören und demgemäß Bestandteil von Pflege sind.

#### *Stellungnahme*

Der DPR begrüßt diese Klarstellungen. Pflegefachpersonen haben bei der Hospiz- und Palliativversorgung einen spezifischen und kompetenten Beitrag zu leisten, der nunmehr gesetzlich festgeschrieben wird. Der DPR weist jedoch wiederholt darauf hin, dass zusätzliche Aufgaben für Pflegefachpersonen auch entsprechend vergütet, bzw. mit einer entsprechenden Anzahl entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen ausgestattet werden müssen.

Zudem sieht es der DPR nicht als ausreichend an, Häusliche Krankenpflege nur zur Vermeidung bzw. Verkürzung von Krankenhausbehandlungen zu verordnen, sondern auch zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung. Mit der ersten Ergänzung in § 37 Abs. 1 zur Verordnungsmöglichkeit der Häuslichen Krankenpflege zur Sicherstellung der poststationären Versorgung

könnte die vom Gesetzgeber geplante Ergänzung der Allgemeinen ambulanten palliativen Versorgung entfallen.

### *Änderungsvorschläge*

Um die Allgemeine palliative Versorgung zu einer verordnungsfähigen Leistung zu machen und die Fortbildung der Pflegefachpersonen zu finanzieren, schlägt der DPR drei Änderungen vor:

Der § 37 Abs. 1 SGB V zur Häusliche Krankenpflege soll folgendermaßen erweitert werden:

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, ~~oder~~ wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird **oder zur Sicherstellung der poststationären Versorgung**. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege, ~~sowie~~ hauswirtschaftliche Versorgung, **sowie die Allgemeine ambulante palliative Versorgung**. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist. **Bei Bedarf an Allgemeiner ambulanter palliativer Versorgung besteht der Anspruch auf Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung bis zum Eintreten der Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI unabhängig davon, ob Krankenhauspflege vermieden oder verkürzt werden kann.**

Der § 37 SGB V Abs. 2 sollte folgendermaßen gefasst werden:

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege **und Allgemeine ambulante palliative Versorgung**, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen und **Allgemeine ambulante palliative Versorgung** auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.



Der § 132a SGB V Abs. 2 soll um die Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) ergänzt werden:

Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege **und Allgemeine ambulante palliative Versorgung**, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen.

#### *Geplante Neuregelung Nummer 3*

Bei den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI sind vollstationäre Pflegeeinrichtungen nun auch verpflichtet, Mitteilungen zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz zu machen.

#### *Stellungnahme*

Da diese Neuregelung grundsätzlich zur Zusammenarbeit der an der Hospiz- und Palliativversorgung Beteiligten beiträgt, wird sie vom DPR begrüßt.

Allerdings bedingt die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz zusätzliche Aufgaben für Pflegefachpersonen, die sowohl Kompetenzen als auch Zeit erfordern, die vergütet werden müssen.

### **Artikel 4: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

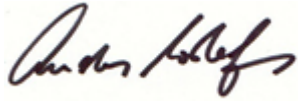
#### *Geplante Neuregelung*

In § 17b, Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, wird geregelt, dass Ausnahmeregelungen bei dem Vergütungssystem bei Palliativstationen oder -einheiten beantragt werden können.

#### *Stellungnahme*

Aus Sicht des DPR ist diese Regelung sinnvoll, weil sie die finanzielle Situation der Palliativstationen verbessert und damit bisher bestehende Nachteile mindert.

Berlin, 17. September 2015



Andreas Westerfellhaus  
Präsident des Deutschen Pflegerates

Adresse:

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR

Alt- Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Fax: + 49 30 / 398 77 304

E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)

<http://www.deutscher-pflegerat.de>