



Wortprotokoll der 50. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

21. September 2015, 10:00 Uhr
10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungsaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG)

BT-Drucksache 18/5170

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Haushaltsausschuss

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG)

-18/5170-

Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 18/5868

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Haushaltsausschuss



- c) Antrag der Abgeordneten Birgit Wöllert, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung als soziales Menschenrecht sichern

BT-Drucksache 18/5202

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Haushaltsausschuss

- d) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gute Versorgung am Lebensende sichern - Palliativ- und Hospizversorgung stärken

BT-Drucksache 18/4563

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Blienert, Burkhard Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Bas, Bärbel Freese, Ulrich Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Montag, 21. September 2015, 10:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
CDU/CSU		CDU/CSU	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	_____
Henke, Rudolf		Brehmer, Heike	_____
Henrich, Michael		Dinges-Dierig, Alexandra	_____
Hüppe, Hubert		Eckenbach, Jutta	_____
Irlstorfer, Erich		Lorenz, Wilfried	_____
Kippels Dr., Georg		Manderla, Gisela	_____
Kühne Dr., Roy	_____	Nüßlein Dr., Georg	_____
Leikert Dr., Katja	_____	Pantel, Sylvia	_____
Maag, Karin		Rupprecht, Albert	_____
Meier, Reiner		Schmidt (Ühlingen), Gabriele	_____
Michalk, Maria		Schwarzer, Christina	_____
Monstadt, Dietrich	_____	Steineke, Sebastian	_____
Riebsamen, Lothar	_____	Steiniger, Johannes	_____
Rüddel, Erwin		Stockhofe, Rita	_____
Schmelzle, Heiko	_____	Stracke, Stephan	_____
Sorge, Tino	_____	Timmermann-Fechter, Astrid	_____
Stritzl, Thomas	_____	Wiese (Ehingen), Heinz	_____
Zeulner, Emmi		Zimmer Dr., Matthias	_____

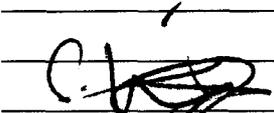
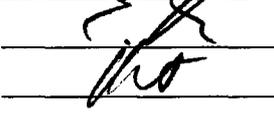
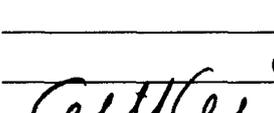
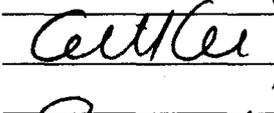
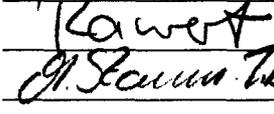
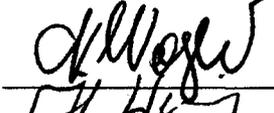
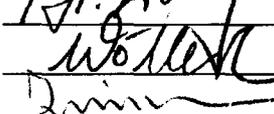
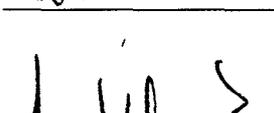
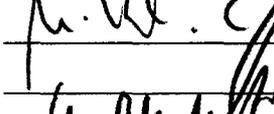
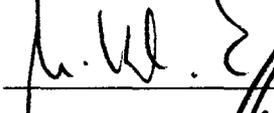
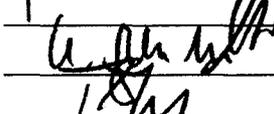
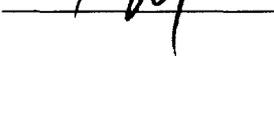
BRAND, Michael

Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)

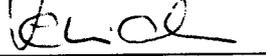
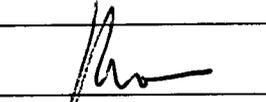
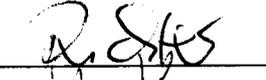
Montag, 21. September 2015, 10:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
SPD		SPD	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	
Blienert, Burkhard		Bas, Bärbel	
Dittmar, Sabine		Freese, Ulrich	
Franke Dr., Edgar		Henn, Heidtrud	
Heidenblut, Dirk		Hinz (Essen), Petra	
Kermer, Marina		Katzmarek, Gabriele	
Kühn-Mengel, Helga		Lauterbach Dr., Karl	
Mattheis, Hilde		Tack, Kerstin	
Müller, Bettina		Thissen Dr., Karin	
Rawert, Mechthild		Westphal, Bernd	
Stamm-Fibich, Martina		Ziegler, Dagmar	
DIE LINKE.		DIE LINKE.	
Vogler, Kathrin		Höger, Inge	
Weinberg, Harald		Lutze, Thomas	
Wöllert, Birgit		Tempel, Frank	
Zimmermann, Pia		Zimmermann (Zwickau), Sabine	
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	
Klein-Schmeink, Maria		Kurth, Markus	
Scharfenberg, Elisabeth		Pothmer, Brigitte	
Schulz-Asche, Kordula		Rüffer, Corinna	
Terpe Dr., Harald		Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	

Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amtsbezeichnung
Baden-Württemberg	Richter		Hyg.
Bayern	Ehrlich		OPRM
Berlin			
Brandenburg			
Bremen	Lührsen		OKR
Hamburg			
Hessen	Krüger		PerL
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Sachsen			
Sachsen-Anhalt	Richter		Ang.e
Schleswig-Holstein	HARTFELD		BWV D'n
Thüringen			

04.



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Montag, 21. September 2015, 10:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU		
SPD		
DIE LINKE.		
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Katja Köhfeld	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>
Beate Wagner-Neubelle	SPD	<i>[Handwritten Signature]</i>
Roman Pfeiffer	"	<i>[Handwritten Signature]</i>
Stephan Wille	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>
Dr. Manfred Lang	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>
Dr. Jochen Kopp	B90/Grüne	<i>[Handwritten Signature]</i>
A. Schrage	LINKE	<i>[Handwritten Signature]</i>

Unterschriftenliste

eine öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland
(Hospiz- und Palliativgesetz - HPG)
BT-Drucksache 18/5170

Unterrichtung durch die Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz - und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG)
-18/5170-
BT-Drucksache 18/5868

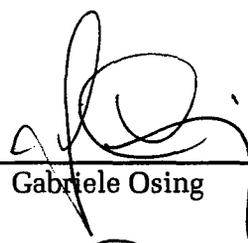
Antrag der Fraktion DIE LINKE.
Hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung als soziales Menschenrecht sichern
BT-Drucksache 18/5202

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Gute Versorgung am Lebensende sichern - Palliativ- und Hospizversorgung stärken
BT-Drucksache 18/4563

am Montag, dem 21. September 2015,
in der Zeit von 10:00 Uhr bis 12:00 Uhr,
im Anhörungssaal 3 101, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus (MELH)
Eingang: Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Verbände

Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V. (ASB)



Gabriele Osing

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)



Claudia Pohl

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V.
(ABVP)

Arbeitgeberverband Pflege e. V.

KEINE TEILNAHME

Berufsverband der Ärzte und Psychologischen
Psychotherapeuten in der Schmerz- und
Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD)

Bundesarbeitsgemeinschaft der
Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO)

KEINE TEILNAHME

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen
mit Behinderung und chronischer Erkrankung und
ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)



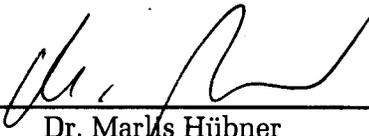
Dr. Siiri Doka

Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante
Palliativversorgung (BAG-SAPV)



Michaela Hach

Bundesärztekammer (BÄK)



Dr. Marlis Hübner

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)



Dr. Tina Wessels

Bundesverband Kinderhospiz e. V.



Sabine Kraft

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



Bernd Tews

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

KEINE TEILNAHME

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (DAIzG)
Selbsthilfe Demenz

KEINE TEILNAHME

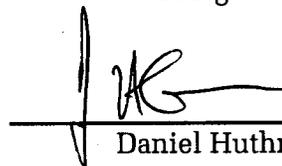
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)


Heiner Melching

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)


Georg Baum

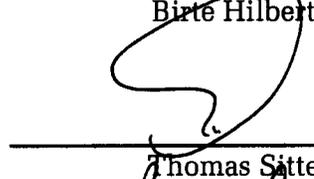
Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG)


Daniel Huthmann

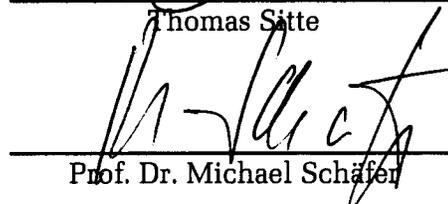
Stiftung Deutsche Krebshilfe


Birte Hilbert

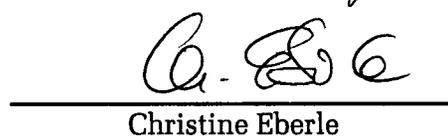
Deutsche PalliativStiftung


Thomas Sütte

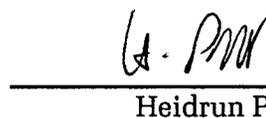
Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (DGSS)


Prof. Dr. Michael Schäfer

Deutsche Stiftung Patientenschutz


Christine Eberle

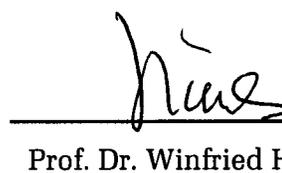
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
Bundesverband e. V. (DBfK)


Heidrun Pundt

Deutscher Caritasverband e. V.


Dr. Elisabeth Fix

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPV)


Prof. Dr. Winfried Hardinghaus

Deutscher Kinderhospizverein e. V. (DKHV)


Marcel Globisch

Deutscher Landkreistag (DLT)

KEINE TEILNAHME

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Gesamtverband e. V. (DPWV)



Thorsten Mittag

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)



Irmgard Meßger

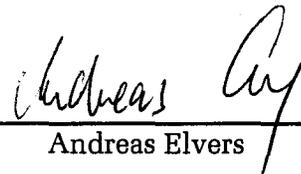
Deutscher Städte- und Gemeindebund e.V. (DStGB)

KEINE TEILNAHME

Deutscher Städtetag (DST)

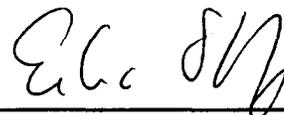
KEINE TEILNAHME

Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)



Andreas Elvers

Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.
V.



Erika Stempfle

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

KEINE TEILNAHME

GKV-Spitzenverband



Gerd Kukla

Gernot Kiefer

Humanistischer Verband Deutschlands -
Bundesverband



Brigitte Neumann

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



Regina Feldmann

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

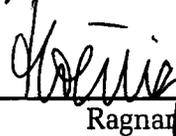
KEINE TEILNAHME

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)



Jürgen Brüggemann

Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)



Ragnar Hoenig

Sozialverband VdK Deutschland e. V.



Olaf Christen

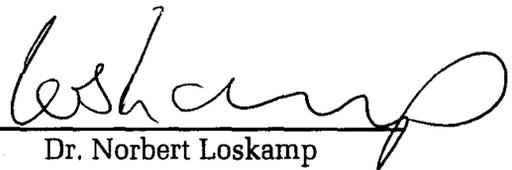
Türkisch-Islamische Union der Anstalt für Religion e. V. (DITIB)

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft



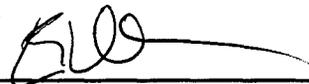
Dietmar Erdmeier

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)



Dr. Norbert Loskamp

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)



Wibke Eichhorn-Martens

Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e. V. (VKAD)



Angela Querfurth

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)

KEINE TEILNAHME

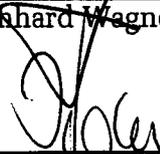
Einzelsachverständige



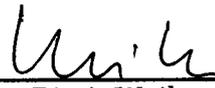
Prof. Dr. Claudia Bausewein



Leonhard Wagner



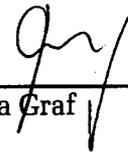
Dr. Ingrid-Ulrike Grom



Dr. Birgit Weihrauch



Prof. Dr. Wolfgang George



Gerda Graf



Tagesordnungspunkt

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG)

**BT-Drucksache 18/5170
Palliativversorgung 2h**

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) -18/5170- Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 18/5868

c) Antrag der Abgeordneten Birgit Wöllert, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung als soziales Menschenrecht sichern

BT-Drucksache 18/5202

d) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gute Versorgung am Lebensende sichern - Palliativ- und Hospizversorgung stärken

BT-Drucksache 18/4563

Der **Vorsitzende, Dr. Edgar Franke** (SPD): Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, ich bitte Sie Platz zu nehmen. Ich darf Sie ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit begrüßen. Es ist nunmehr die 50. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Sie sehen, es gibt viele Themen, die hier behandelt werden und der Ausschuss ist sicherlich einer der fleißigsten im Parlament. Zu

meiner Linken begrüße ich die Parlamentarische Staatssekretärin Frau Widmann-Mauz und die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung ganz herzlich. Ich begrüße die Sachverständigen und natürlich die Vertreter der Medien sowie Sie, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer. Sie wissen, in der heutigen öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland auf Drucksache 18/5170 und der dazugehörigen Unterrichtung der Bundesregierung mit der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates (Drucksache 18/5868). Ferner liegen zwei Anträge vor: Ein Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung als soziales Menschenrecht sichern“, das ist die Drucksache 18/5202, sowie ein Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gute Versorgung am Lebensende sichern – Palliativ- und Hospizversorgung stärken“. Das ist die Drucksache 18/4563.

Ich möchte wie immer am Anfang ganz kurz einige Erläuterungen zum Ablauf der Anhörung machen. Uns stehen heute zwei Stunden für Fragen und Antworten zur Verfügung. Die Gesamtfragezeit wird auf die Fraktionen entsprechend ihrem politischen Stärkeverhältnis aufgeteilt. Die Fraktion der CDU/CSU hat allerdings neun Minuten und die Fraktion der SPD sieben Minuten ihrer jeweiligen Gesamtfragezeit an die Oppositionsfraktionen abgegeben. Wir werden die Experten in zwei Runden befragen. Die erste Fragerunde hat folgende Fragezeiten: CDU/CSU 25 Minuten, SPD 15 Minuten und die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN jeweils 20 Minuten. In der zweiten Runde fragen dann nur noch die CDU/CSU 25 Minuten und die SPD 15 Minuten lang. Wir haben heute zum ersten Mal eine sogenannte Medien- oder Zeitampel in Betrieb. Wir wollen, dass die Zeit für alle transparent mitläuft.

Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen bei ihrer Antwort die Mikrofone zu benutzen und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Es wird immer nach dem Sinn dieser Vorstellung gefragt. Der Grund ist ein ganz einfacher. Die Sitzung wird digital aufgezeichnet und es gibt viele Zuschauerinnen und Zuschauer, die zeitlich begrenzt oder nur einen Teil der Anhörung im Internet oder im Parlamentsfernsehen anschauen. Diese können dann



den jeweiligen Sachverständigen einem Verband zuordnen. Die Antworten bitte ich möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt und viele Antworten gegeben werden können. Die Mobiltelefone bitte zumindest auf Flugmodus stellen. Dann darf ich noch ergänzen, dass das Wortprotokoll auf der Homepage des Bundestages veröffentlicht wird.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir beginnen jetzt mit der ersten Frage. Die fragestellende Fraktion ist die CDU/CSU und es beginnt die neue Sprecherin der CDU/CSU, Frau Michalk.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine sehr verehrten Damen und Herren, auch von uns einen schönen guten Morgen. Ich möchte meine erste Frage an die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin richten. Der vorliegende Gesetzentwurf zielt darauf ab, die Hospiz- und Palliativversorgung in unserem Land flächendeckend zu verbessern und zu stärken. Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund und vor allem mit Blick auf die aktuelle Situation die Vorschläge?

SV **Heiner Melching** (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)): Wir bewerten den Entwurf ausgesprochen positiv und sind erfreut, dass der Anspruch auf eine Palliativversorgung an vielen Stellen explizit benannt wird. Die Versuche, in die flächendeckende Versorgung zu gehen, sind etwas Wesentliches und Essentielles. Eine kleine Sorge haben wir aber an einigen Stellen. Hier besteht die Gefahr, dass durch den Versuch, eine größere Flächendeckung zu erreichen, unter Umständen die Qualität leidet. Wir haben das in unserer Stellungnahme auch formuliert. Wir sehen an diesen Stellen einen Regelungsbedarf, denn es muss darauf geachtet werden, dass sich die Qualität der Versorgung nicht verschlechtert.

Wesentlich finden wir den Teil zur allgemeinen Palliativversorgung. Hier wird die Vernetzung berücksichtigt und auch gefordert. Wir haben gerade an den Schnittstellen immer die größten Versorgungsbrüche festgestellt. Ein wenig fehlt uns der Bereich der Qualifikationen. Allerdings wird bei der allgemeinen Palliativversorgung, bisher wird ein etwas sperriger Begriff hierfür benutzt, die Qualifikation der Hausärzte mitbedacht. Das sind Entwicklungen, die wir im Großen und Ganzen sehr begrüßen.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Professor Bausewein. Wie sehen Sie die Möglichkeiten, die palliativmedizinische Versorgung im Krankenhaus auch außerhalb von Palliativstationen bzw. in Krankenhäusern ohne eigene Palliativstation zum Beispiel durch im Bedarfsfall hinzuzuziehende Palliativdienste zu fördern?

ESVe **Prof. Dr. Claudia Bausewein**: Ich bin Direktorin der Klinik für Palliativmedizin am Klinikum der Universität München und seit vielen Jahren in der Hospiz- und Palliativbetreuung als auch in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin engagiert.

In Deutschland versterben konstant über die letzten Jahre ca. die Hälfte der Patienten, genauer gesagt 47 Prozent, im Krankenhaus. Es ist davon auszugehen, dass viele dieser Patienten eine palliativmedizinische Versorgung brauchen. Dabei ist nicht immer automatisch eine spezialisierte Versorgung notwendig. Es kann natürlich auch eine allgemeine Palliativversorgung gebraucht werden. Es ist sehr erfreulich, dass der Gesetzentwurf darauf abzielt, auch die Palliativversorgung im Krankenhaus zu verbessern. Allerdings ist es enttäuschend, dass es dabei nur um die Finanzierung von Palliativstationen und die Einbindung von ambulanten Palliativdiensten geht. Damit wird aber ein Großteil der Versicherten keinen Zugang zu einer adäquaten Palliativversorgung erhalten.

Wie Sie vielleicht wissen, sind nur 15 Prozent der deutschen Krankenhäuser mit einer Palliativstation ausgestattet. Es ist auch sicher nicht sinnvoll, dass jedes Krankenhaus eine Palliativstation bekommt. Aber jedes Krankenhaus muss palliativmedizinische Expertise vorweisen. Aus meiner Sicht sollte jeder Versicherte, genau wie im ambulanten Bereich, auch im stationären Bereich einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung erhalten. Das sollte im Gesetz verankert sein. Dieser Anspruch ist aber nicht nur über Palliativstationen zu gewährleisten, sondern auch über andere Maßnahmen. Hier bieten sich zwei Maßnahmen an: zum einen gibt den Vorschlag des Palliativbeauftragten. Das wäre eine Einzelperson primär zur Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung. Aus meiner Sicht wird dieser Palliativbeauftragte aber nicht ausreichen, um wirklich etwas strukturell und inhaltlich



an der Versorgung der Patienten, der Betroffenen, zu verbessern. Aus diesem Grund plädiere ich sehr dafür, dass wir auch Palliativdienste in Krankenhäusern im Gesetz mit verankern. Multiprofessionelle Palliativdienste können viel mehr Patienten erreichen als eine Einzelperson. Ich nenne Ihnen ein Beispiel: Bei uns im Klinikum Großhadern betreuen wir auf der Palliativstation mit zehn Betten 300 Patienten. Im Konsiliardienst sind es nochmal nahezu 900 Patienten. Das heißt, wir können eine Vielzahl von Menschen erreichen. Nur ein Bruchteil dieser mitbetreuten Patienten muss tatsächlich auf die Palliativstation. Es geht also darum, spezialisierte Expertise in den Allgemeinversorgungsbereich zu packen. Die Aufgabe dieser Palliativdienste ist erstens die Mitbetreuung der Patienten durch ein multiprofessionelles Team. Hier ist es mir wichtig zu betonen, dass es nicht nur um den Arzt und die Pflege geht. Palliativmedizin ist deutlich mehr als ärztliche und pflegerische Versorgung. Wir brauchen zusätzlich Sozialarbeiter und Psychologen sowie andere Berufsgruppen in diesen Teams. Zweitens können diese Palliativdienste zur Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung durch Qualifizierung und zur Vernetzung durch Zusammenarbeit mit verschiedenen Einrichtungen beitragen. Dieses alles ist in der S 3-Leitlinie für Palliativdienste beschrieben. Daher würde ich dringend dafür plädieren, dieses mitaufzunehmen.

Ein letzter Punkt: Im internationalen Bereich gibt es keine wissenschaftliche Evidenz dafür, dass Palliativbeauftragte eine Verbesserung darstellen. Die beste Evidenz im Bereich der Versorgungsstrukturen haben wir für Palliativdienste. Wenn Sie sich die internationale Palliativentwicklung anschauen, sei es in Amerika, in Australien oder in England, dann sind die Hauptsäulen der Palliativversorgung im stationären Bereich die multiprofessionellen Palliativdienste mit dem Backup Palliativstation. Wir werden viel mehr Versicherte erreichen, wenn wir solche multiprofessionellen Dienste bekommen. Über die Finanzierung ist sicher zu diskutieren. Sie kann entweder über ein Zusatzentgelt mit einem OPS oder als eigene Strukturmaßnahme, wie für Hygienefachkräfte geschehen, erfolgen. Finanziert werden soll aber sicher nicht eine Einzelperson, sondern der multiprofessionelle Dienst.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Leonard

Wagner. Die ambulanten Hospizdienste sind für die palliativpflegerische Beratung sowie für die Qualifizierung und Koordination der Ehrenamtlichen zuständig. Ihre Finanzierung baut sich derzeit auf dem Verhältnis von ehrenamtlichen zu hauptamtlichen Mitarbeitern auf. Der Bedarf an palliativpflegerischer und psychosozialer Beratung nimmt aber stark zu. Sehen Sie die Notwendigkeit, auch diese Beratungsleistung in der Finanzierung zu berücksichtigen?

ESV **Leonard Wagner**: Ich leite als Geschäftsführer des Christophorus Hospiz Vereins in München auch einen ambulanten Hospizdienst, der jährlich 700 bis 800 Menschen und ihre Angehörigen betreut. Für die Arbeit der ambulanten Hospizdienste ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Überprüfung des Verhältnisses von ehrenamtlichen zu hauptamtlichen Mitarbeitern sehr zu begrüßen. Allerdings erbringen ambulante Hospizdienste über die Qualifizierung und Koordination von Ehrenamtlichen hinaus in der Praxis zunehmend auch die dringend notwendige und von Ihnen angesprochene palliativpflegerische und psychosoziale Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen. Außerdem leisten Hospizdienste oftmals wichtige Arbeit bei der Bildung und Koordination von fachlichen Netzwerken, die im Einzelfall erst die Voraussetzung für ein koordiniertes und vernetztes Arbeiten der beteiligten Fachstellen schaffen.

Diese Leistungen für die allgemeine ambulante Palliativversorgung sind im Gegensatz zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, also SAPV, bisher zwar nicht geregelt und werden nicht finanziert. Sie werden jedoch in der Praxis aufgrund des dringenden Bedarfs der Menschen bereits von vielen Hospizdiensten auf Spendenbasis erbracht. Deshalb müssen neben der Koordination der ehrenamtlichen Sterbebegleitungen dringend auch die Angebote der fachlichen Beratung und die patientenbezogenen Koordinationsaufgaben in die Vergütung nach § 39a Absatz 2 Eingang finden. Hierfür ist ein Finanzierungsmodell erforderlich, das die palliative Beratung durch Fachkräfte als eigenständige Aufgabe ambulanter Hospizdienste definiert und entsprechend finanziert. Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband schlägt in seiner Stellungnahme eine Lösung vor, der ich mich anschließen möchte. In § 39a Absatz 2 Satz 3 sollten die Worte „palliativ-



pflegerische Beratung“ durch die Worte „palliativ-pflegerische und psychosoziale Beratung und die daraus folgenden Koordinationsleistungen“ ersetzt werden. In Satz 5 sollten die Worte „sowie durch einen Zuschuss für die Beratungs- und Koordinationsleistungen“ eingefügt werden. Wenn das nicht aufgenommen würde, wäre dieser wichtige Beitrag der ambulanten Hospizdienste zur allgemeinen Palliativversorgung gefährdet und es würde letztlich sogar zu einer Verschlechterung des Status quo in der Versorgung führen.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband und den Caritasverband. Die derzeitige Regelung der Rahmenvereinbarung für ambulante Hospizdienste sieht vor, dass ein ambulanter Hospizdienst bereits ein Jahr bestehen muss, um eine Förderung zu erhalten. Wie bewerten Sie die geplante Neuregelung, dass ambulante Hospizdienste bereits zeitnah ab dem Jahr eine Förderung erhalten sollen, in dem sie zuschussfähige Sterbebegleitung leisten. Die Caritasfrage ich insbesondere, ob dies eine Entlastung für die schon bestehenden ambulanten Hospizdienste wäre.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Herr Abgeordneter, ich kann hier ganz deutlich sagen, dass wir die beabsichtigte Regelung, wie Sie sie beschrieben haben, für sinnvoll halten. Ich glaube, der historische Gedanke - zu sagen, man will beim Aufbau ambulanter Hospizdienste nicht bereits die Phase fördern, in der die Strukturen aufgebaut werden und vielleicht noch keine konkrete Sterbebegleitung angeboten wird - sollte richtigerweise in den Hintergrund treten. Insofern ist aus unserer Sicht die vorgesehene Regelung, auch bereits im Jahr der Gründung einen ambulanten Hospizdienstes zu fördern, sofern entsprechende Leistungen erbracht werden, ein richtiger Ansatz. Das Gesetz geht hier in die richtige Richtung.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Auch wir begrüßen die Neuregelung außerordentlich. Bisher mussten Sterbebegleitungen bis zu eineinhalb Jahre vorfinanziert werden. Insofern profitieren, um Ihre zweite Frage gleich vorwegzunehmen Herr Hüppe, auch die schon am Netz befindlichen Dienste. Insbesondere wird aber die zeitnahe Finanzierung bereits in dem Jahr, in dem die Sterbebegleitungen erbracht werden, dazu dienlich

sein, dass neue ambulante Hospizdienste ans Netz gehen können. Jetzt ist die Frage, wie dieser unbestimmte Rechtsbegriff „zeitnah“ umgesetzt werden kann. Wir haben die Überlegung und die Vorstellung, dass die Sterbebegleitungen im jeweiligen Jahr vorfinanziert und im darauffolgenden Jahr dann spitz abgerechnet werden.

Abg. **Heiko Schmelzle** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Prof. Dr. Claudia Bausewein. Sehen Sie die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung zum Advance Care Planning nach § 132g SGB V als ausreichend an? Wenn nicht, wo sehen Sie Nachbesserungsbedarf?

ESVe **Prof. Dr. Claudia Bausewein**: Die gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende ist erfreulicherweise im Gesetzentwurf verankert. Sie sollte als ein wichtiges Instrument angesehen werden, um die Wünsche des Patienten für die medizinische Versorgung hinsichtlich des Betreuungs- und Sterbeorts sowie weitere Wünsche am Lebensende zu eruieren und zu gewährleisten.

Es gibt weltweit in der Zwischenzeit einige Länder, die den englischen Begriff des Advance Care Planning flächendeckend einführen. Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass im stationären Pflegebereich die gesundheitliche Versorgungsplanung mit angeboten werden kann. Allerdings muss man davon ausgehen, dass 70 Prozent der Menschen, die ins Pflegeheim kommen, nicht mehr selbst zu Entscheidungen fähig sind. Das heißt, für viele dieser Patienten würde das Angebot im Pflegeheim viel zu spät kommen. Ich denke, dass ein breiterer Auftrag erforderlich ist. Es müssen vor allen Dingen die Hausärzte miteinbezogen werden, da diese viele Menschen über lange Zeit betreuen und deshalb auch wesentlich besser kennen.

Ich glaube, wir müssen uns auch darüber Gedanken machen, wie wir die gesundheitliche Versorgungsplanung in den akutmedizinischen Bereich einbeziehen. Denn wenn dies nur in Teilbereichen erfolgt, ist nicht gewährleistet, dass die Wünsche der betreuten Menschen tatsächlich akzeptiert werden. Von daher würde aus meiner Sicht ein breiter angelegtes Konzept notwendig sein, welches die Hausärzte und den akutmedizinischen Bereich einbezieht und über die stationären Pflegeheime hinausgeht. Und es muss gesagt werden, dass natürlich



entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen und Qualifikationen erforderlich sind, wenn diese Leistungen abgerechnet werden können. Denn es kann nicht sein, dass ein Hausarzt ein längeres Gespräch führt, dieses als gesundheitliche Vorausplanung deklariert und dann eine Abrechnung dafür erfolgt. Es braucht entsprechende Konzepte zur Qualifizierung und zur Implementierung.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): In diesem Zusammenhang frage ich die Bundesärztekammer. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass diese Versorgungsplanung nicht Grundlage oder Bedingung für Vertragsabschlüsse bei Pflegeheimen und Versicherungen sein darf. Was befürchten Sie?

Sve **Dr. Marlis Hübner** (Bundesärztekammer (BÄK)): Der Ansatz oder Hintergrund ist das Advance Care Planning, das Professor Bausewein erwähnte. Die vorgesehene Regelung im § 132g SGB V ist mit den grundlegenden Regelungen, die wir bereits im Betreuungsrecht und zwar insbesondere zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht haben, zu verbinden.

Das Ansinnen der Pflegeeinrichtungen, die Bewohner über mögliche Konstellationen im Hinblick auf medizinische, pflegerische, psychosoziale, seelsorgerische Betreuung in der letzten Lebensphase zu beraten, ist anzuerkennen. Dies sind alles zutiefst persönliche Fragen, die jeder Mensch selbstbewusst bestimmen und regeln muss. Er muss auch Nein sagen dürfen. Das hierfür notwendige Grundinstrumentarium bietet eigentlich das Betreuungsrecht. Individuelle Festlegungen können in Patientenverfügungen oder in Vorsorgevollmachten, die analog geregelt sind, getroffen werden. Es gibt hierzu die Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Das Wissen über die vorhandenen Instrumentarien müssen intensiv verbreitet werden, weil zu wenige Leute eine Vorsorgevollmacht und/oder eine Patientenverfügung fertigen. Die Bürger sollten angehalten werden, diese vorsorglichen Willensbekundungen auch zu konkretisieren. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie in ein Pflegeheim kommen oder wenn die Krankheit ein bestimmtes Stadium erreicht hat, in dem abgesehen werden kann, was nun konkret auf den Menschen zukommen wird.

An dieser Stelle sehe ich die vorgesehene gesundheitliche Vorsorgeplanung als hilfreich an. Aber beide Ansätze muss man aufeinander abstimmen, sonst konterkarieren sie. Bei der Versorgungsplanung muss jeglicher Zwang vermieden werden. Es ist gesagt worden, dass die Menschen vielleicht gar nicht mehr selbst einwilligungsfähig sind und zu allem Ja und Amen sagen, also nicht selbstbestimmt ablehnen. Hier ist entscheidend, wen ich einbeziehe, wenn eine Patientenverfügung verfasst wird. Deshalb dieses vorgeschlagene Kopplungsverbot. Der Vorschlag für diese Regelung lehnt an die entsprechende Regelung im BGB an. Den Vorschlag würde ich jetzt nicht nochmal vorlesen, da er sich in der schriftlichen Stellungnahme findet. Wichtig ist nochmal, dass ...

*Zwischenruf Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Das reicht, denn wir haben noch weitere Fragen ...*

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Wagner. Wie bewerten Sie die Festlegung bundesweit geltender Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Kosten in der Rahmenvereinbarung nach § 39a SGB V?

ESV **Leonhard Wagner**: Ihre Frage zielt auf die bundeseinheitlichen Standards ab. Zunächst ist es sehr zu begrüßen, dass der Zuschuss für stationäre Hospize von 90 auf 95 Prozent angehoben wird und künftig Regelungen zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen in der Rahmenvereinbarung festzulegen sind. Das wird dabei helfen, bestehende Unsicherheiten über Inhalt und Umfang bei den zuschussfähigen Kosten zu beseitigen. Die Hoffnung ist, dass wir Hospizträger dadurch die für die Leistungen und für die Qualität notwendige Personalausstattung nicht mehr wie bisher in den Einzelverhandlungen mit den Kassen aushandeln müssen. Es ist jedoch zu beachten, dass, selbst wenn bundeseinheitlich Standards festgelegt wurden, Hospize in Deutschland unter kaum vergleichbaren Bedingungen arbeiten. Das liegt daran, dass die Planung stationärer Hospizversorgung bundesweit sehr unterschiedlich war und auch immer noch ist. Dadurch ist die regionale Dichte der Hospizplätze gemessen an der Einwohnerzahl völlig verschieden. Nur zwei Beispiele: In Nordrhein-Westfalen gibt es über 60 stationäre Hospize, in Bayern sind es 18. Das führt



dazu, dass in Regionen mit einer geringen Dichte an Hospizplätzen auf das einzelne Hospiz mehr Menschen mit sehr komplexen Symptomlagen und hohem Pflegebedarf kommen. In der Konsequenz ist dadurch wiederum ein höherer Personalschlüssel erforderlich. Deshalb ist es wichtig, dass Modelle eingeführt werden können, die das Verhältnis der Hospizplätze zur Einwohnerzahl berücksichtigen. Um solche Modelle zu ermöglichen, sollte die Formulierung in § 39a Absatz 1 so lauten, dass bundesweit geltende, mehrstufige oder differenzierte Standards festgelegt werden können. Wenn bundesweit Standards eingeführt werden müssten, die das Verhältnis der Hospizplätze zur Einwohnerzahl nicht berücksichtigten, bestünde die Gefahr, dass diese unter den regional heute notwendigerweise bereits geltenden Standards liegen.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Die Frage richtet sich ebenfalls an Herrn Sachverständigen Leonhard Wagner. Der Gesetzentwurf hat zum Ziel, die finanzielle Ausstattung der Hospize zu verbessern. Sehen Sie diese auch im Bereich des Personalbedarfs als ausreichend gewährleistet? Wie werden derzeit die psychosoziale Begleitung sowie die Einbeziehung von Angehörigen in stationären Hospizen finanziert?

ESV Leonhard Wagner: Bezüglich der finanziellen Ausstattung von Hospizen soll künftig in § 39a auf den erhöhten Verwaltungsaufwand in stationären Hospizen hingewiesen werden. Das ist sehr zu begrüßen. Allerdings ist der Personalbedarf auch in anderen Hospizbereichen, insbesondere in der psychosozialen Begleitung, in der Einbeziehung der Angehörigen sowie im hauswirtschaftlichen Bereich, spürbar erhöht. Wir machen in der Praxis immer wieder die Erfahrung, dass stationäre Hospize in den Vergütungsverhandlungen mit Pflegeheimen verglichen werden. Dies ist jedoch aufgrund der anderen Aufgabenstellung, der mit maximal 16 Plätzen wesentlich geringeren Einrichtungsrichtungsgröße und der anderen Bewohnerstruktur nicht möglich.

Eine Voraussetzung für die Aufnahme in einem stationären Hospiz ist ja gerade, dass die Menschen in anderen Versorgungsformen, wie zum Beispiel in stationären Pflegeeinrichtungen, nicht versorgt werden können. Es darf deshalb meines Erachtens

nicht darauf verzichtet werden, neben dem besonderen Verwaltungsaufwand auch den Aufwand für die psychosoziale Begleitung und die Einbeziehung der Angehörigen sowie den erhöhten Aufwand in der hauswirtschaftlichen Versorgung zu berücksichtigen. Diese Leistungen stehen zwar im Rahmenvertrag. Aber die Erfahrung in Verhandlungen mit den Kassen zeigt, dass wir dafür kein entsprechendes Personal anerkannt bekommen. Das Argument der Kassen, die psychosoziale Begleitung und die Angehörigenarbeit solle von den Pflegenden mitgeleistet werden, ist in der Praxis nicht realisierbar. Derzeit finanzieren wir den Großteil des Personals für diese Bereiche über Spenden oder im Einzelfall über kommunale Zuschüsse. Wenn im Gesetz verankert wäre, dass neben dem erhöhten Verwaltungsaufwand auch die psychosoziale Begleitung und die Angehörigenarbeit zu berücksichtigen ist, würde das die Position von unseren Hospizen in den Verhandlungen stärken.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche PalliativStiftung, Herrn Sitte. Es geht nochmal um die Rahmenvereinbarungen. Nach §3 Absatz 6 ist die Aufgabe der Sicherstellung der notwendigen ärztlichen Behandlung und Versorgung in der Rahmenvereinbarung bei den Hospizen angesiedelt. Ich möchte gerne wissen, ob sich diese Regelung in der Praxis bewährt?

SV Thomas Sitte (Deutsche PalliativStiftung): Ich bin Arzt im Kinderhospiz Sternenbrücke in Hamburg. In der Praxis ist das schwierig zu sagen. Wir haben vor 15 Jahren als Arztpraxis den Aufbau eines Hospizes für Erwachsene begleitet. Die Praxis war 100 Meter entfernt. Wir hatten eine Kassenzulassung, anästhesiologisch- palliatives schmerztherapeutisches Sachverständnis und alles an Medikamenten und an Geräten für die Notfallversorgung vorrätig, was möglich und nötig ist. Einen 24-Stunden-Rufdienst für unsere Patienten gab es ohnehin. Das ging sehr gut. Die Hausärzte versorgten normalerweise entweder die Patienten selbst in einer Stadt oder haben sie an uns abgegeben. Wir haben die Patienten in diesen Fällen gemeinsam versorgt. Ganz anders kann die Praxis für ein Erwachsenen hospiz auf dem Land aussehen. Und völlig anders sieht das für mich jetzt als Arzt im Kinderhospiz aus - wo unsere Patienten viele hundert Kilometer entfernt wohnen und ihren Hausarzt haben, der



nicht greifbar ist, der keine Betäubungsmittelrezepte zuschicken kann, der vielleicht im Urlaub ist, wo wir keine Kassenzulassung haben, wo die Kollegen, die mit mir zusammen den Rufdienst sicherstellen, ein bis zwei Stunden entfernt ihre Arbeitsstelle oder ihren Wohnort haben und so schnell gar nicht ins Hospiz kommen können. Da gibt es sehr große Probleme. Dort bräuchte man eigentlich für die Versorgung eine Institutsambulanz oder ähnliches. Ich glaube nicht, dass es möglich ist, den Hospizen für Erwachsene und denen für Kinder die Sicherstellung für die ärztliche Versorgung aufzulasten, ohne ihnen gleichzeitig Instrumente an die Hand zu geben, so dass sie diese Sicherstellung auch gewährleisten können. Darüber hinaus ist die ärztliche Versorgung in Kinderhospizen in aller Regel rein spendenfinanziert. Wenn Erwachsenen hospize von Hausärzten, Fachärzten oder auch von SAPV-Teams betreut werden, kann über die Krankenkassen abgerechnet werden. In Kinderhospizen kommen viele Patienten zur Entlastungspflege und haben gar keinen SAPV-Bedarf. Das heißt, wenn ein SAPV-Team in der Nähe wäre, könnte es diese Patienten zwar versorgen, es kann aber keine notwendigen Verordnungen ausführen und kann auch nichts abrechnen. Das wäre alles rein ehrenamtlich. Meines Erachtens besteht noch ein sehr großer Regelungsbedarf.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Weihrauch. Auch wenn die Frage schon gestellt wurde, würde ich ganz gerne auch von Ihnen einfach mal hören, wie Sie die Schwerpunkte dieses Gesetzes zur Palliativversorgung, insbesondere auch zur ambulanten Palliativversorgung sehen und ob Sie diese Regelung gegebenenfalls auch mit Änderungen- oder Ergänzungsbedarf versehen würden.

ESVe **Dr. Birgit Weihrauch**: Ich bin ehemalige Staatsrätin, ehemalige Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands e. V. und jetzt aktiv im Charta-Prozess als auch in der Steuerungsgruppe. Zunächst noch einmal, wir begrüßen diesen Gesetzentwurf sehr und ich glaube, dass er wirklich wichtige Weichenstellungen in den zukünftigen Entwicklungen der Hospiz- und Palliativversorgung vornehmen kann. Der Gesetzentwurf basiert auch weitgehend auf dem, was wir im Charta-Prozess und auch im Forum des BMG diskutiert haben. Zur ambulanten Versorgung: Es ist

dringend notwendig, die allgemeine ambulante Palliativversorgung mit diesem Gesetzentwurf zu stärken. Wir haben mit der spezialisierten Versorgung im Jahr 2007 begonnen und es gibt dieses Bild, dass es ein Dach ohne Wände ist. Außer in Nordrhein-Westfalen, wo es sowohl in Westfalen-Lippe als auch in Nordrhein spezielle Konzepte für die allgemeine ambulante Palliativversorgung gibt, enthalten die übrigen Bundesländern zumindest keine gesonderten Regelungen zur spezialisierten Versorgung. Wir halten diese Regelung für sehr wichtig. Es sind im Prinzip zwei Regelungen, weil wir einmal den § 87 Bundesmantelvertrag und die Veränderung der G-BA-Richtlinie zur ambulanten Palliativpflege in einem sehen müssen. Denn wir brauchen vernetzte koordinierte Strukturen, die auch im § 87 Bundesmantelvertrag angedacht sind. Ich denke aber auch, dass der pflegerische Bereich eng mitgedacht werden muss und beide Selbstverwaltungsstränge aus einem Guss sein müssen. Das heißt, es muss ein strenges Abstimmungsverfahren zwischen diesen Selbstverwaltungssträngen geben. Sofern im Bundesmantelvertrag mit den Partnern dieser Vereinbarung auch über interprofessionelle Strukturierungen und über die Koordinierung mit anderen Berufsgruppen und mit den Netzwerken der Regionen diskutiert wird, brauchen wir auch eine Stellungnahme-Berechtigung für diejenigen Akteure und Spitzenorganisationen der Hospiz- und Palliativversorgung, die von diesen Vereinbarungen am Ende betroffen sind. Dabei sollen gewachsene Strukturen Berücksichtigung finden. Wenn die Selbstverwaltung hier zu neuen Verträgen abschließt, dürfen die Entwicklungen, die gewachsen sind -wie zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen- nicht dadurch kaputt gemacht werden. Die Qualität muss erhalten bleiben. Wir dürfen keine Vereinbarungen treffen, welche die Qualität absenken. Eine besondere Bitte geht noch dahin, auch die Belange der Kinder in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zu berücksichtigen. Ich halte dafür eine ausdrückliche Regelung im Gesetz für notwendig. Dies gilt gerade im Bereich der Pflege. Wir wissen, dass Palliativpflege für Kinder völlig anders funktioniert als für Erwachsene. Und ich möchte noch einen letzten Wunsch an dieser Stelle äußern, nämlich den Wunsch nach einer Begriffsänderung. Der Begriff nennt sich „besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“. Kein Mensch wird darunter automatisch die allgemeine



ambulante Palliativversorgung verstehen. Deswegen geht unsere Bitte dahin, vielleicht auch den Begriff nochmal etwas einfacher zu fassen, zumindest in Ergänzung zu dem jetzt etwas komplizierten Begriff. Ferner sehen wir die Selektivverträgen, die angedacht sind und die AAPV und die SAPV in der Zukunft gemeinsam umfassen können, im Prinzip skeptisch. Begründet ist die Skepsis vor dem Hintergrund, dass Selektivverträge primär auf Wettbewerb angelegt sind und darauf, auch ökonomische Fragen möglichst im ökonomischen Sinne zu berücksichtigen. Das kann durchaus konträr zu den Zielen der Hospiz- und Palliativversorgung sein. Daher halten wir es für notwendig, über solche Selektivverträge nur dort nachzudenken, wo es bisher keine SAPV gibt. Und ich bitte darum, die jetzigen SAPV-Verträge nicht auf zu heben. Denn die bereits bestehenden Teams sind multiprofessionelle Teams. Ferner sind die Zusammenfassungsstrukturen, die sich hier entwickelt haben, eine große Errungenschaft in vielen Regionen in Deutschland. Die dürfen wir bitte nicht gefährden.

Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD): Auch meine Frage richtet sich an Frau Dr. Weihrauch und ihre Einschätzung zu dem Bereich, der natürlich schon angesprochen worden ist: zur hospiz- und palliativmedizinischen Versorgungssituation in den Krankenhäusern und vor dem Hintergrund, dass nahezu 50 Prozent aller Menschen im Krankenhaus versterben. Gleichzeitig soll mit dem Gesetzentwurf erreicht werden, ich zitiere: „...ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind...“ Deshalb meine Frage: Welchen konkreten Änderungs- und Ergänzungsbedarf sehen Sie gegebenenfalls?

ESVe Dr. Birgit Weihrauch: Ich halte den Anspruch, den dieser Gesetzentwurf stellt, nämlich im Prinzip alle Menschen an den Orten, an denen sie sterben, gut zu versorgen, für absolut richtig. Das bedeutet gleichzeitig, dass wir die Krankenhäuser nicht außen vorlassen können. Frau Professor Bausewein eben sehr schön die Konsequenz der Außerachtlassung geschildert: wir würden fast 50 Prozent der Menschen außen vorlassen. Denn die wenigen Menschen, die auf einer Palliativstation versorgt werden, sind nicht die Mehrheit der Patienten, die in den Krankenhäusern hospiz- und

palliative Versorgung brauchen. Ich kann mich den Worten von Frau Professor Bausewein unmittelbar anschließen. Auch ich halte den Ausbau der multiprofessionellen Palliativdienste für das Entscheidende. Vielleicht fehlt auch noch eine Palliativstation an der einen oder anderen Stelle, aber wir brauchen sie nicht flächendeckend. Wir benötigen aber in allen Krankenhäusern solche multiprofessionellen Teams, und bitte ausdrücklich, multiprofessionell, die mitberatend und mitbehandelnd beides tun: sowohl das Angebot der spezialisierten Versorgung gewährleisten als auch dazu beitragen, die allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus zu entwickeln. Dies ist ein systematischer Prozess, in welchem wir uns um die Qualifizierung, die Organisation und Abläufe im Krankenhaus, Fragen der Kooperation und Vernetzung kümmern müssen. Beides kann der multiprofessionelle Palliativdienst leisten. Es könnte natürlich auch die spezialisierte und die allgemeine Versorgung durch Palliativstationen sichergestellt werden, wenn man das personell gewährleistet. Aber es geht nicht nebenbei. Wir können die Entwicklung der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus nicht nebenbei machen. Und vielleicht noch ein Wort: Wir haben sehr viel unterschiedlich strukturierte Krankenhäuser; fast 2.000 Krankenhäuser in Deutschland, von denen ein großer Teil weniger als 200 Betten hat. Insofern werden wir auch zu differenzierten Antworten kommen müssen. Vielleicht gibt es auch kleinere Häuser, in denen nicht regelmäßig so viele schwerst- und sterbenskranke Patienten betreut werden. Vielleicht kann in diesen Fällen auch über Kooperationen mit einem SAPV-Team die spezialisierte Versorgung sichergestellt werden. Wir würden uns sehr wünschen auch hier eine Flexibilität zu erreichen, um die ambulant stationär übergreifende Versorgung sicherzustellen. In einem solchen Haus kann auch der Palliativbeauftragte durchaus sinnvoll sein, indem er innerhalb des Hauses, in einem kleineren Haus die notwendigen Maßnahmen koordiniert, organisiert und dazu beiträgt, dass die allgemeine Versorgung verbessert wird. Und insofern glaube ich, dass wir hier für den Krankenhausbereich noch ergänzenden Regelungsbedarf sehen.

Abg. Dirk Heidenblut (SPD): Meine Frage geht an die BAG Selbsthilfe. In Ihrer Stellungnahme weisen Sie auf die besondere Problematik für Menschen



mit Behinderungen hin, die dauerhaft in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben und der Schwierigkeit, Leistungen aus dem SGB V zur Erbringung von medizinischer Behandlungspflege überhaupt zu erhalten. Es wäre nett, wenn Sie den Unterschied zwischen Grund- und medizinischer Behandlungspflege noch einmal schildern würden, eine Einschätzung zu den Fallzahlen abgeben könnten und dazu, was Sie meinen, was gesetzlich zu tun wäre, um das zu verändern.

SV Dr. Siiri Ann Doka (BAG SELBSTHILFE e. V.): Eines der Probleme von Menschen mit Behinderungen ist die medizinische Versorgung in den Einrichtungen der Behindertenhilfe. Die Krankenkassen verweigern hier häufig die Gewährung von häuslicher Krankenpflege mit dem Argument, die Wohnstätten seien kein geeigneter Ort des Wohnens oder die Kosten seien schon über die Pflegesätze abgegolten. Das Bundessozialgericht hat in mehreren Urteilen diese Argumentation abgelehnt. Zum Verständnis ist Frage der Grund- und Behandlungspflege maßgeblich. Maßnahmen der Behandlungspflege sind krankenkassenspezifische Pflegemaßnahmen. Das heißt, sie umfassen alle Pflegemaßnahmen, die nur durch eine bestimmte Krankheit verursacht sind. Das kann zum Beispiel das Reinigen eines Tracheostomas sein, eines künstlichen Luftröhrenausgangs oder die Medikamentengabe oder ähnliche medizinische Maßnahmen. Die Grundpflege ist demgegenüber die Hilfe bei den Grundverrichtungen des täglichen Lebens, mithin Waschen, Duschen, Kämmen oder Rasieren. Die Abgrenzung ist schwierig. Die Übernahme der häuslichen Krankenpflege in den Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe wird im Grunde mit dem Argument abgelehnt, das sei eigentlich ein Teil der Grundpflege oder es seien einfachste Maßnahmen. Das BSG hat in den entsprechenden Urteilen entschieden, dass es bei medizinischer Behandlungspflege im Einzelfall zu prüfen ist, ob die Einrichtung zur medizinischen Behandlungspflege in der Lage ist. Denn viele Einrichtungen haben gar nicht das medizinische Personal, um Behandlungspflege auch wirklich leisten zu können. Es gab diesen Fall des Tracheostomas, der gereinigt werden sollte. Diesen kann eine Einrichtung oft nicht reinigen. Wenn dies nicht der Fall ist, muss sie nur noch die einfachste medizinische Behandlungspflege erbringen. Uns liegt uns am Herzen, dass tatsächlich die Rechtsprechung auch umgesetzt wird: dass es eine

Einzelfallprüfung durchgeführt wird und dies auch gesetzlich festgestellt wird. Wir sehen immer wieder das Problem, dass die Leute erstmal in den Rechtstreit gehen und klagen, damit sie zu den Maßgaben kommen, die das BSG auch wirklich festgelegt hat. Sie hatten auch nach den Zahlen gefragt. Wir gehen von einem Umfang von ungefähr 20.000 Personen aus, die davon betroffen sind. Das sind keine klaren Zahlen, sondern unsere Schätzungen. Insgesamt sind von diesem ganzen Bereich 80.000 Personen betroffen. Davon bekommt nicht jeder häusliche Krankenpflege oder benötigt die auch. Insofern, selbst bei sehr vorsichtigen oder großzügigen Schätzungen muss davon ausgegangen werden, dass höchstens jeder Dritte einen Anspruch im Sinne des SGB hat. Das BSG hat diesen Anspruch auch durchaus begrenzt. Wir sehen die Notwendigkeit einer gesetzlichen Klarstellung, dass die Einrichtungen der Behindertenhilfe auch geeignete Orte für häusliche Krankenpflege sind. Das hat das BSG klargestellt und das hätten wir aber auch gerne im Gesetz. Ferner dass die Krankenkassen zu einer Einzelfallprüfung des Sachverhalts verpflichtet sind - denn wir haben das Problem, dass die Krankenkassen inzwischen mit Katalogen ankommen, was einfachste Maßnahmen der Behandlungspflege sind. Die Behandlungspflege kann man aber nicht einfach so kategorisieren und dies entspricht auch nicht den Urteilen, die eine Einzelfallbetrachtung vorsehen.

Abg. Martina Stamm-Fibich (SPD): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Caritasverband. Wie kann die Hospiz- und Palliativberatung der Krankenkassen im Rahmen des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus gut ausgestaltet werden?

SV Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Das Versorgungsstärkungsgesetz hat vorgesehen, dass die Krankenkassen künftig am Entlassmanagement beteiligt werden. Gleichzeitig haben sie mit dem vorliegenden Gesetzentwurf den Auftrag zur Hospiz- und Palliativberatung nach § 39b SGB V. Ich sehe diesbezüglich hervorragende Synergiemöglichkeiten, indem die Hospiz- und Palliativberatung bei Patienten durchgeführt wird, die aus dem Krankenhaus entlassen werden und die weiterhin palliativmedizinischen oder palliativpflegerischen Bedarf haben. Hier müssen die Krankenkassen eine Übersicht über die regional verfügbaren



Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung geben und auch zu den Leistungen beraten. Hilfreich wäre zudem, aus dem Krankenhaus heraus Kontakt zu den Anbietern der mit dem Versicherten vorab besprochenen Angebote herzustellen. Auf diesem Weg kann die Hospiz- und Palliativversorgung mit der ambulanten Versorgung vernetzt werden.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Mit der Bitte um eine schnelle zügige Antwort nochmal an den Caritasverband. Im § 28 Abs. 5 SGB XI soll die Sterbebegleitung, die dem hospiz-, palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt, explizit als Leistungsverpflichtung aufgenommen und durch eine Einfügung in den § 75 SGB V als Regelleistung in den Rahmenverträgen festgeschrieben werden. Die Finanzierung wird nicht geregelt. Ist die Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen als eigenständige Leistung bereits jetzt ausreichend finanziert und wenn nicht, in welcher Form könnte eine entsprechende leistungsgerechte Verankerung, wie sie auch vom Bundesrat gefordert wird, vorgenommen werden?

SV **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Dies ist schwierig in der Kürze zu antworten.

Der **Vorsitzende**: Sie haben Zeit, das ziehen wir dann nachher ab. Das ist also kein Problem.

SV **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich werde trotzdem versuchen, schnell zu antworten. Die Sterbebegleitung ist heute schon eine Leistung der vollstationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen der sozialen Betreuung. Insofern ist sie auch in die Personalschlüssel einkalkuliert. Die Personalschlüssel sind aber über die Jahre viel zu knapp kalkuliert. Daran hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung wenig geändert. Insofern ist die Sterbebegleitung eigentlich erheblich unterfinanziert. Hinzu kommt, dass auch die Behandlungspflege, die medizinische Behandlungspflege im SGB XI-Bereich, aus dem SGB XI finanziert wird und nicht, wie im Bereich der ambulanten Versorgung, als häusliche Krankenpflege (HKP) aus dem SGB V. Demnach sind auch diese Leistungen in den Personalschlüsseln einkalkuliert. Von einer ausreichenden Finanzierung kann man nicht sprechen. Um es kurz zu machen - vielleicht wird dies nachher noch erörtert - sehen wir hier mit dem

neuen § 132g ein erhebliches Potential, um die Versorgung zu verbessern, sofern der § 132g in einem Absatz 2 ausgebaut würde, welcher in etwa eine fallbezogene Koordination vorsehen würde. Letzter Punkt war noch das Thema Bundesrat. Auch wir sehen es unbedingt als erforderlich an, den § 28 Absatz 5 neben der Sterbebegleitung auch noch zu einer Trias um hospizliche Begleitung und palliative Versorgung zu erweitern. Dies entspricht einem ähnlicher Formulierungsvorschlag wie der des Bundestags, weil die Sterbebegleitung oft so verstanden werden kann, als wäre sie die Begleitung in der allerletzten Lebensphase. Es geht aber um die Etablierung einer hospizlichen Kultur auch schon im Vorfeld und um die Umstellung von aktivierender Pflege auf Palliativpflege.

Der **Vorsitzende**: Das war jetzt die kurze Antwort, die längere vielleicht in der nächsten Runde. Die nächste Fraktion ist die Fraktion DIE LINKE.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die Deutsche Stiftung Patientenschutz, an Frau Eberle. Sie unterbreiten einen Vorschlag, die Ungleichbehandlung zwischen schwerstkranken Bewohnern einer Pflegeeinrichtung und eines Hospizes aufzuheben. Können Sie diesen Vorschlag kurz erläutern, auch vor dem Hintergrund, in welcher Weise die Umsetzung Ihres Vorschlages finanziert werden kann, ohne dass die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen finanziell zusätzlich belastet werden.

SVE **Christine Eberle** (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Tatsächlich haben wir uns nochmal darüber Gedanken gemacht, wie man die Situation sterbender Pflegeheimbewohner verbessern kann. Dies insbesondere unter dem eben schon angesprochenen Aspekt, dass Pflegeheimbewohner in der Sterbephase unter anderem im Vergleich zu Hospizbewohnern eklatant benachteiligt sind. Deshalb haben wir vorgeschlagen für die letzte Lebensphase, für die letzten Wochen, mithin für die Sterbephase, einen eigenen Hospizanspruch ins SGB V zu schreiben, um den sterbenden Pflegeheimbewohnern einen eigenen Anspruch auf hospizliche Versorgung zu ermöglichen. Dies vor dem Hintergrund, dass im stationären Hospiz jährlich ca. 25.000 Menschen gut begleitet sterben. In stationären Pflegeeinrichtungen sterben jedoch 340.000 Menschen. Von den 340.000 Menschen



sterben 30 Prozent in den drei Monaten nach ihrem Einzug. Das heißt, Pflegeheime sind de facto auch Orte des Sterbens geworden. Die Finanzierung ist tatsächlich ganz unterschiedlich. Sie erfolgt in Hospizen mehrheitlich über die gesetzliche Krankenversicherung. In Pflegeheimen nur über die Teilkaskoversicherung, Pflegeversicherung, so dass eben für einen sterbenden Hospizbewohner ca. 6.500 Euro im Monat durch die Sozialkassen aufgewandt werden. Hingegen werden durch die Pflegekasse für einen Pflegeheimbewohner, selbst bei Pflegestufe 3, nur 1.600 Euro aufgewandt. Das macht einen Unterschied von knapp 5.000 Euro., Eine annähernd gleichwertige Versorgung kann unserer Meinung nach, selbst wenn der Eigenanteil des Patienten in Pflegeheimen noch hinzukommt, unter diesen Umständen nicht gewährleistet werden. Deswegen bitten wir im Hospiz- und Palliativgesetz zu berücksichtigen, dass die schwerstkranken und sterbenden Pflegeheimbewohner einen eigenen Anspruch auf hospizliche Versorgung aus der gesetzlichen Krankenversicherung bekommen sollen. Dies ist über den § 39a, analog der stationären Versorgung, möglich. Wir sind der Meinung, dass eine solche stationäre Versorgung auch aus einrichtungsinternen Mitteln zu beschreiten wäre. Man könnte eigene Palliativ-Care-Teams in den Einrichtungen haben, so dass mit einer hausinternen Lösung im Idealfall auch personelle Kontinuität für den Pflegeheimbewohner besteht. Der Umfang und die Qualität der Hospizbegleitung müssten natürlich der Begleitung eines stationären Hospizes entsprechen - so wie es eben auch in der dortigen Rahmenvereinbarung geregelt ist. Sofern die Leistung die Gleiche ist, muss selbstverständlich auch die Vergütung angepasst werden. Dazu ist natürlich von Bedeutung den Personalschlüssel aufzustocken. Es ist allgemein bekannt, dass in Pflegeheimen die Personalsituation angespannt und zu schlecht ist. Wir gehen davon aus, dass für eine gute Sterbebegleitung eben auch ein Personalschlüssel von 1,2 Pflegekräften auf einen Bewohner aufgebracht werden muss. Es ist nicht nur mehr Personal, sondern auch gut geschultes Personal nötig. Für ein eigenes Palliativ-Care-Team im Pflegeheim braucht man genügend geschultes Personal, so dass sich aus einem Pool von Mitarbeitern dieses Team bei Bedarf bilden kann und den Pflegeheimbewohner entsprechend mit Palliativ-Care und hospizlich versorgen und begleiten kann.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Bundesverband Kinderhospiz e. V.

Der **Vorsitzende**: Der Bundesverband Kinderhospiz ist leider nicht da, Frau Wöllert.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Dann ändere ich meine Frage etwas ab und stelle sie an den Deutschen Kinderhospizverein. Sie halten eine gesonderte Rahmenvereinbarung für Kinder nicht für entscheidend, sondern wollen separate Vereinbarungen für Leistungs- und Qualitätsmerkmale für Kinder- und Jugendhospize verbindlich vorschreiben. Bitte erläutern Sie diese Überlegung kurz und vielleicht auch, welche Auswirkungen sich da auf die ambulante Kinderhospizarbeit eventuell ergeben könnten.

SV **Marcel Globisch** (Deutscher Kinderhospizverein e. V. (DKHV)): Wir begrüßen grundsätzlich, dass der Gesetzgeber die Möglichkeit einer separaten Rahmenvereinbarung für Kinder- und Jugendhospize vorgibt. Wir denken aber, dass die Leistungs- und Qualitätsmerkmalen maßgebend sind. Notwendig sind eigene, separate Leistungs- und Qualitätsmerkmale für Kinder- und Jugendhospize. Diese sollen gewährleisten, dass die personelle und sächliche Ausstattung, die sich wesentlich von denen in Erwachsenen hospizen unterscheidet auch als solche verankert wird. Hinsichtlich der Frage, inwieweit sich das für die ambulante Arbeit auswirkt, glaube ich, muss man sowohl das eine als auch das andere auch sehen. Das heißt, wir brauchen sowohl eine gute ambulante Begleitung als auch ein ausreichendes stationäres Angebot. Hinsichtlich des ambulanten Bereichs ist uns sehr wichtig, dass die Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, auch dort weiterhin Angebote der Kinder- und Jugendhospizarbeit nutzen können und dass diese Angebote auch gefördert werden. Es besteht die Problematik, dass wir in einzelnen Bundesländern die Begleitungen 18plus nicht mehr in die Förderung miteinbringen können. So zum Beispiel in Sachsen und in Thüringen. Begründet wird dies damit, dass die Rahmenvereinbarung, so wie sie jetzt festgeschrieben ist, dies im ambulanten Bereich nicht zulässt. Von daher wäre es sehr nützlich, wenn der Gesetzgeber hierhingehend nochmal eine Klarstellung vornehmen würde, so dass die Begleitung der Kinder und Jugendlichen auch im Sinne des KJHG, Kinder- und Jugendhilfegesetz,



zumindest bis zum Alter von 27 Jahren möglich ist.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, an Herrn Erdmeier. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme die einseitige finanzielle Belastung der gesetzlich Versicherten durch den Gesetzentwurf. Welche kurz- und langfristigen Schritte halten Sie für erforderlich, um das zu verhindern?

SV **Dietmar Erdmeier** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir müssen die Wertentwicklung zur Vollversicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung weiterentwickeln. Wir halten die Teilkostenabsicherung nicht für zukunftsfähig. Die Teilkostenabsicherung ist nicht am Bedarf der pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet und orientiert. Wir sehen, dass die Qualitätsdefizite zunehmen und dass die Belastungen für viele Pflegebedürftige unter der heutigen Teilkostenabsicherung zu hoch sind. Wir fordern eine Weiterentwicklung zur Vollversicherung im Sachleistungsprinzip, welches sich nach dem Bedarf der pflegebedürftigen Menschen richten muss.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die AWO. Ich würde gerne wissen, wie sich Ihrer Ansicht nach die geplanten Änderungen der pflegerischen Versorgung im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes II auf die Bewohnerinnen- und Bewohnerstruktur von stationären Pflegeeinrichtungen auswirken werden und welche Anforderungen sich daraus an dieses geplante Hospiz- und Palliativgesetz ergeben müssten.

Der **Vorsitzende**: Das Pflegestärkungsgesetz II ist zwar nicht unbedingt unser Thema, aber eine Verbindung, zumindest eine mittelbare Verbindung, ist vorhanden. Damit lasse ich die Frage zu.

Sve **Claudia Pohl** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)): Ich werde jetzt auch nicht weiter zum Pflegestärkungsgesetz ausholen, aber es steht natürlich in Verbindung mit der weiteren Entwicklung. Aufgrund der vorgesehenen geringeren Leistungssätze in den Pflegegraden 2 und 3 gehen wir davon aus, dass es im Zusammenhang mit den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen zu höheren Eigenanteilsbeträgen für die niedrigeren Pflegegrade kommen wird. Das heißt, dass somit künftige

Bewohnerinnen und Bewohner in niedrigen Pflegegraden im Vergleich zu heute mit größeren finanziellen Belastungen rechnen müssen. Der Einzug in eine stationäre Einrichtung wird dadurch weiter verschoben, da diese finanziellen Mittel eine hohe Belastung darstellen. Aus diesem Grunde sehen wir, dass sich zukünftig die Tendenz, dass schwer- und schwerstpflegebedürftige Menschen und Menschen, die sich bereits in der letzten Lebensphase befinden, in stationäre Pflegeeinrichtungen einzuziehen, weiterentwickeln wird und dass die Zahl der Bewohner weiterwächst. Von daher müssen stationäre Pflegeeinrichtungen sich dahingehend entwickeln, diesen sich verändernden Bedarfen durch mehr medizinische Behandlungspflege und mehr palliative Versorgung gerecht zu werden. Auch wir sehen, dass die Rahmenbedingungen zwischen stationären Hospizen und stationären Pflegeeinrichtungen anzugleichen sind, um ein würdevolles Sterben unabhängig vom Aufenthaltsort gewährleisten zu können. Wir sehen auch, dass diese Mittel von der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet werden müssen. Ansonsten kann ich mich nur den Ausführungen der Deutschen Stiftung des Patientenschutzes anschließen. Sie hat sehr ausführlich dargestellt, welche Veränderungen und welche Anforderungen an die stationären Pflegeeinrichtungen gestellt sind.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an Prof. Dr. George. Wie beurteilen Sie die in der Diskussion erkennbaren Vorschläge zur Aufhebung der Ungleichbehandlung von Schwerkranken und Sterbenden in stationären Pflegeeinrichtungen angesichts Ihrer Einschätzung, dass Pflegeheime als Sterbeort stärker in den Fokus gerückt werden müssen?

ESV **Prof. Dr. Wolfgang George**: Ich komme von der Technischen Hochschule Mittelhessen und leite dort ein Institut für Versorgungsforschung. Wir haben in den letzten zwei zurückliegenden Jahren eine umfassende Studie zu dem psychosozialen und medizinisch-pflegerischen Sterbebedingungen bei den stationären Anbietern geleistet und durchgeführt. Meine Überlegungen basieren auf den Ergebnissen dieser Studie. Die stationäre Pflegeeinrichtung wird zunehmend bedeutsamer. Wir gehen davon aus, dass sich diese Entwicklung zukünftig trotz anderer Bemühungen auch nicht auf-



heben lassen wird. So dass der Fokus neben der Situation in den Krankenhäusern primär auf den stationären Pflegeeinrichtungen liegt. Es ist offensichtlich, dass jeder, egal ob in einem Krankenhaus oder in einem Pflegeheim, eine vernünftige Betreuung von einem selber oder von einem, den man dorthin anvertraut hat, erwartet. Insofern ist sicherlich alles - und wir dazu gab es im Laufe der Anhörung schon einige Anregungen- was dazu geeignet ist, die Situation in den Pflegeheimen qualitativ zu verbessern, zielführend.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an den Humanistischen Verband, Frau Neumann. Ihr Verband verfügt über langjährige Erfahrungen in der Beratung zur Patientenverfügung. Wie beurteilen Sie vor diesem Erfahrungshorizont die Gesetzesvorschläge zur Einführung einer Versorgungsplanung am Lebensende und wie können die Patienten- und Bewohnerrechte in dieser Planung gestärkt werden?

Sve **Brigitte Neumann** (Humanistischer Verband Deutschlands – Bundesverband): Ich bin Frau Neumann, Referentin Lebenshilfe und Patientenverfügung. Das Instrument der herkömmlichen Patientenverfügung ist in der Tat hierfür nicht geeignet. Dies muss ich auch mal in Richtung Bundesärztekammer sagen. Es gibt inzwischen viele Erfahrungsberichte und auch Begleitforschung, z.B. das Modellprojekt „Beizeiten Begleiten“. Seit einigen Jahren erhalten wir gehäuft von Pflegeeinrichtungen Einladungen, unsererseits einen Infostand oder eine Informationsveranstaltung in Pflegeeinrichtungen zu organisieren. Nach unseren Erfahrungen und diese stehen schließlich auch zur Debatte, organisieren wir solche Veranstaltungen grundsätzlich nicht mehr. Denn im Ergebnis gibt es zwar anschließend Patientenverfügungen, diese aber ausschließlich von den Pflegekräften. Wir können im Grunde diese Zielgruppe dort mit dem klassischen Instrument der Patientenverfügung nicht erreichen. Umso mehr möchte ich hier die Initiative des Bundesrates bzw. deren Stellungnahme und die Empfehlung unterstützen. Ich halte es für absolut vorrangig und das wurde hier und heute auch schon angesprochen, dass zu dem Adressatenkreis unbedingt die Angehörigen, sofern sie natürlich Patientenvertreter sind, die Betreuer und die Bevollmächtigten zählen müssen. So haben wir in der Tat auch

damit gewährleistet, dass die Grundlagen des Betreuungsrechtes hier Eingang finden. Diese gewährleisten nun auch die Selbstbestimmungsrechte des Patienten, ob es jetzt durch einen Vertreter oder solange die Patienten, die Bewohner noch ansprechbar sind natürlich unter deren Einbeziehung. Verbindliche Geltendmachung des Patientenwillens ist bekanntlich im Betreuungsrecht unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung durchzusetzen. Hier komme ich auf eines meiner Lieblingsthemen, dass nämlich die reine Palliativversorgung, also nur für Sterbende, dringend einer kritischen Reflexion bedarf. Denn im Grunde haben wir gar nicht mehr die klassische Trennung zwischen palliativer und kurativer Medizin, namentlich im chronisch multimorbiden Formenkreis. Meines Erachtens ist auch die Formulierung im Gesetz problematisch. Im Gesetz steht sinngemäß doch etwas zu sehr pointiert, dass man auch auf Behandlung verzichten können soll. Ich bitte zu überdenken, ob darin nicht auch eine Gefahr liegt, die der Gesetzgeber mit Sicherheit nicht intendiert. Auf der anderen Seite ist völlig richtig von Notfallentscheidungen, von Rettungsdiensten und Krankenhauseinlieferungen zu reden. Wir benötigen diesbezüglich ein wertfreies Instrument der Beratung der Betroffenen über Umfang, Intensität und Grenzen der Behandlung, die sie für wünschenswert halten. Ich gehe davon aus, dass der Bedarf von Betreuern oder bevollmächtigten Angehörigen ungleich höher ist, als der tatsächliche Bedarf der Pflegeheimbewohner, die eigentlich der Adressat sind. Hinsichtlich der Frage, wer diese wertneutrale Beratung durchführen soll, müsste auch problematisiert werden, ob es nicht Interessenskonflikte mit den Einrichtungen geben kann. Allerletzter Punkt - die Einbeziehung des behandelnden Arztes als Pflichtprogramm - lehne ich ab. Es ist wünschenswert, aber ich sehe nicht den Sinn, dass man den Arzt dort einbeziehen muss.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich hätte noch eine Frage an den VdK. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass trotz Erhöhung des Zuschusses für Erwachsene in stationären Hospizen auf 95 Prozent die teilweise prekäre finanzielle Situation der stationären Hospize nicht beseitigt wird. Wie bewerten Sie dann vor dem Hintergrund die Forderung nach einer Vollfinanzierung stationärer Hospize?



SV Olaf Christen (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Wir fordern die Vollfinanzierung von stationären Hospizen. Ich möchte es auch an zwei Geschichten einmal ganz kurz erläutern. Zum einen halten wir für systematisch schwierig, wenn gerade in diesem sensiblen Bereich keine Vollfinanzierung durch die GKV stattfindet. Das finde ich systematisch für ein Krankenversicherungsgesetz schon grundsätzlich schwierig. Sie haben angesprochen, dass die Finanzierung von stationären Hospizen prekär ist. Das ist regional sicherlich sehr unterschiedlich. Herr Wagner hatte das ferner ausgeführt. Aber wir glauben, dass es notwendig ist, auch das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten hier ernst zu nehmen. In vielen Regionen haben sie das Wunsch- und Wahlrecht nicht mehr, weil sie nicht die Möglichkeit haben, in ein stationäres Hospiz zu gehen. Zu lösen ist dieses Problem unserer Auffassung nach nur über die Einführung einer Vollfinanzierung. Das würde, so glauben wir, dazu führen, dass auch eine größere finanzielle Sicherheit für Träger von stationären Hospizen besteht und damit die Möglichkeit, mehr stationäre Hospize zu eröffnen als es heute noch der Fall ist.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an Frau Graf. Eine gute Palliativ- und Hospizversorgung braucht zweifelsohne eine sehr hohe Qualifikation und lebt auch von einer ganz ausgeprägten hospizlichen Kultur. Was sie aber eben auch braucht, ist eine ausreichende Finanzierung und vor allem absolut ausreichend Personal. Dies ist von absolut zentraler Bedeutung. Halten Sie denn diesen Aspekt im vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung für ausreichend berücksichtigt? Und als Grüne Bundestagsfraktion fordern wir in diesem Zusammenhang in unserem Antrag vor allem die zügige Einführung eines Personalbemessungsinstruments, sowohl in Kliniken als eben auch in Pflegeeinrichtungen. Wie bewerten Sie denn diesen, mithin unseren Vorschlag und welche weiteren Maßnahmen sind Ihres Erachtens denn außerdem noch notwendig?

ESVe Gerda Graf: Wir haben ein Pflegeheim mit 88 Plätzen, 200 betreute Wohneinheiten und ein SAPV- und AAPV-Pflegedienst für den gesamten Kreis Düren. Zunächst begrüße ich ähnlich wie der DHPV auch aus der Tradition heraus die Entstehung zu dieser Gesetzgebung. Über 25 Jahre danach gelingt es nun ein Hospiz- und Palliativgesetz zu

initiiieren. Das ist erstmal etwas sehr Positives. Und als ehemalige Vorstandsvorsitzende weiß ich, wie schwierig es war. Die Personalbemessung in Pflegeheimen geht ist schon längst überholt. Wir sind im europäischen Vergleich mit Spanien Schlusslicht. Wir haben eine Personalbemessung round about durchschnittlich von zehn zu eins. In den Niederlanden oder in der Schweiz besteht im Vergleich eine Personalbemessung von fünf zu eins. Das alleine macht schon deutlich, wie prekär die Lage ist. Nichtsdestotrotz möchte ich auch nochmal in Richtung Frau Neumann sehr deutlich sagen, dass Sterbebegleitung in Pflegeheimen gut gemacht wird - so gut, wie es möglich ist. Was braucht es dafür? Zunächst einmal - wie Sie schon angesprochen haben - eine adäquate Personalbemessung. Aus den Strukturen heraus ist vieles möglich. Sie sprachen über die Qualifikation. Ich glaube, es ist dringend notwendig, deutlich zu machen, dass wir neben den Palliativ-Care-Teams jeweils auch im Dreischichtsystem Palliativ-Care-Pflegekräfte brauchen. Es ist nicht damit getan, dass ein Pflegeheim einen Palliativbeauftragten hat. Auf zehn Bewohner brauchen wir mindestens eine Palliativ-care examinierte Fachkraft. Das würde widerspiegeln, dass wir 24 Stunden rund um die Uhr sowohl dem Hausarzt als auch dem qualifizierten Palliativarzt so zur Seite stehen können, so dass eine gute Versorgung gewährleistet ist. Dafür braucht es natürlich auch dieses Netzwerk, von dem schon mehrfach gesprochen worden ist. Mit Blick auf den Deutschen Kinderhospizverein möchte ich sagen, dass unsere Pflegeheime auch immer mehr Jugendliche aufnehmen, die dementsprechend umsorgt werden müssen. Die Versorgung ist nur mit einem guten Team möglich. Dieses Team bedeutet ferner auch, Netzwerke zu flechten - innen und außen. Deshalb begrüße ich im Besonderen auch die Stellungnahme des DHPV. Bildungsmaßnahmen innerhalb des Hauses sind nicht nur mit Palliativ-Care-Kräften getan. Das gesamte Haus muss sich dieser Hospizkultur, diesem Hospizgedanken, anschließen. Die Erfahrung zeigt, dass dies möglich ist, insbesondere, wenn es um diese Umsetzung geht. Wir brauchen also zum einen mehr Personal, wir brauchen qualitativ hohe Standards, Fachkompetenz und eben auch eine gewisse Haltung, eine sehr lebensbejahende Haltung, damit wir das Sterben aushaltbar machen können. Fast möchte ich es sagen, wie Levinas, dass man auch einmal sagen kann, es



ist eine Gnade, den anderen zu tragen. Und das zeigen durchaus die Pflegekräfte vor Ort.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine zweite Frage geht auch an Sie, Frau Graf. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht im § 132 g SGB V vor, eine gesundheitliche Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase einzuführen. Diese soll in oder eben auch gegebenenfalls durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen geleistet werden. Ich denke, über eine gute Versorgung zu beraten, ist das eine; sie aber eben auch zu leisten, das ist eine andere Aufgabe. Welche Voraussetzungen sind Ihres Erachtens denn notwendig, damit die stationären Einrichtungen in der Breite eben auch in die Lage versetzt werden, die geplante Versorgungsplanung, aber auch eine qualifizierte Versorgung am Lebensende zu leisten? Wie bewerten Sie es, dass dieses Angebot der Versorgungsplanung ausschließlich in vollstationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden soll? Ich bitte um eine zugespitzte Antwort.

ESVe **Gerda Graf**: Versorgungsplanung im Pflegeheim setzt voraus, dass ein Pflegeheim auch Vorsorge am Lebensende trifft. Dafür braucht es Strukturen, die bereits beim Hausbesuch ansetzen müssen, sowohl für die multimorbid Erkrankten, die Demenzerkrankten und als auch für die Kinder und Jugendlichen. Ein ethisches Konsil schon während des Hausbesuchs, gemeinsam mit dem Hausarzt, gegebenenfalls auch dem Facharzt und den Pflegekräften, wäre hier von Nöten. Denn wie soll eine Institution Vorsorge leisten, wenn im Vorfeld in der Familie nicht über das Lebensende gesprochen worden ist? Das bedeutet aber auch, dass neben der strukturellen Maßnahme nicht vergessen wird, dass diese Versorgungsplanung im Pflegeheim viel zu spät greift. Wir brauchen sie im Vorfeld. Diesbezüglich ist es nicht verkehrt, den § 39 a und die Neutralität der befähigten Hospizhelfer nochmals zu betrachten. Denn gerade die Hospizhelfer könnten durchaus mithelfen, solche Voraussetzungen gemeinsam mit den ambulanten Diensten vor Ort zu treffen. In diese Vorausplanung ist auch die Regionalität zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere, wenn es um die Bedarfsanalyse geht. Dies würde auch bedeuten, dass es ein Stimmrecht beim G-BA für den Deutschen Hospiz- und Palliativverband gibt.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine dritte und letzte Frage geht auch nochmal an Frau Graf und zwar möchte ich gerne nochmal einen ganz anderen Aspekt aufmachen. In unserem Grünen Antrag sprechen wir uns für eine deutlich stärkere Unterstützung der Angehörigen sterbender und schwerstkranker Menschen aus. Ich meine insbesondere bessere Angebote der Trauerbegleitung als auch der psychosozialen Betreuung. Wie bewerten Sie denn diesen Aspekt und finden Sie, dass genau dieser Punkt eben auch im Gesetzentwurf der Bundesregierung überhaupt oder ausreichend berücksichtigt wurde?

ESVe **Gerda Graf**: Dankeschön, Frau Scharfenberg, für diese Frage, die mir auch sehr am Herzen liegt. Denn wir erleben noch immer im Rahmen der A-APV- und SAPV-Versorgung, dass Menschen am Lebensende ambulant nicht bis zum Schluss zu Hause umsorgt werden können, weil sie kurz vorher noch die Krankenhauseinweisung erfahren. Das liegt meines Erachtens zum größten Teil daran - und das erleben wir auch immer, wenn wir selbstkritisch reflektieren - dass der Fokus sehr auf den Sterbenskranken liegt und nicht auf dem Netzwerk des Angehörigen. Natürlich ist es eine Begleiter-scheinung, die mitgesehen wird. Aber der Angehörige braucht oftmals genauso viel Begleitung. Es gäbe eine ganz einfache, pragmatische Lösung, wenn abermals der 39a und die Leistungseinheiten, die je Sterbebegleitung hier zu Rate gezogen werden, betrachtet werden: Indem nicht nur die Sterbebegleitung beim Sterbenskranken bemessen wird, sondern zusätzlich ein Ehrenamtlicher für den Angehörigen zur Verfügung gestellt wird. Dieser könnte dann auch begleitende Maßnahmen treffen, so dass eben zwei Ehrenamtliche im Einsatz sind. Das ist bislang sehr oft der Fall, wird aber nicht genügend mit berücksichtigt und mit finanziert. Dazu gehört aber auch - und das zeigt sich in ganz deutlichem Maße - dass wir hier mehr Forschung brauchen. Wir brauchen dringend mehr Forschung. Ich erwähne hier drei Forschungsgeschichten, die wir selber mit der Uniklinik Köln, mit Bonn und mit Witten/Herdecke durchgeführt haben, auch zur Reduzierung von Krankenhauseinweisungen. Wir konnten so 70 Prozent der Krankenhauseinweisungen reduzieren. Auch hier sind erneut die Angehörigen im Verbund mit zu berücksichtigen.



Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte eine Frage an den Vertreter der AWO. Sie bezeichnen in Ihrer Stellungnahme stationäre Pflegeeinrichtungen als Sterbeorte zweiter Klasse. In etwa wurde das schon durch andere Stellungnahmen so bewertet. Sie sagen aber, mit diesem Gesetzentwurf bleibt das so. Könnten Sie uns erläutern, warum Sie das meinen und welche Lösungsansätze Sie vorschlagen?

Sve **Claudia Pohl** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)): Bei dem Vergleich der Rahmenbedingungen für die palliative Versorgung und Sterbebegleitung zwischen stationären Hospizen und stationären Pflegeeinrichtungen sehen wir gravierende Unterschiede. Bei der Versorgung in einem stationären Hospiz ist die Finanzierung überwiegend über die gesetzliche Krankenversicherung abgesichert. Für Menschen in einer vollstationären Einrichtung erfolgt die Finanzierung zum einen über die Pflegesätze der Pflegeversicherung und zum anderen, da es ein gedeckeltes Teilleistungsprinzip ist, noch mit Eigenanteilen, die voll zu finanzieren sind. Alternativ muss die Sozialhilfe auch hier einspringen. Durch die explizite Aufnahme der Sterbebegleitung in den Leistungskatalog nach § 28 SGB XI steigt die Erwartung auch an eine Leistungsausweitung in den Pflegeeinrichtungen. Wir sehen hier aber keine aktuelle Gegenfinanzierung, so dass die Belastungen bei Steigerung der Pflegesätze auf den Rücken der Bewohnerinnen und Bewohner ausgetragen werden bzw. es von der Sozialhilfe zu leisten ist. Um aber eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen vor Ort zu erreichen, ist eine adäquate Entwicklung der Sterbe- und Abschiedskultur in den Einrichtungen notwendig. Dies geht über eine konzeptionelle Weiterentwicklung der Einrichtung und über die Qualifizierung der Mitarbeiter hinaus. Vorrangig werden sowohl Personal im Allgemeinen als auch spezielle Pflegekräfte mit einer Weiterbildung im Palliativ-Care benötigt. Wir sehen im Gesetz, dass viele Maßnahmen ergriffen werden, die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland zu verbessern. Wir sehen aber auch, dass die vollstationären Einrichtungen „nur“ im Rahmen der gesundheitlichen Vorsorgeplanung herangezogen werden; dass aber nichts dafür getan wird, mehr Finanzen zur Verfügung zu stellen, um die palliative Versorgung in den Einrichtungen zu stärken und zu unterstützen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann noch eine Frage an den Vertreter von ver.di. Wie bewerten Sie die Forderung im vorliegenden Antrag der Grünen Bundestagsfraktion nach zügiger Schaffung und Einführung verbindlicher Personalbemessungsinstrumente für stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, gerade auch im Hinblick dessen, was wir vorhin bezogen auf Sterbeorte zweiter Klasse gehört haben?

SV **Dietmar Erdmeier** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir setzen uns stark dafür ein, dass es zu einer Ermittlung der realen Personalbedarfe sowohl im Krankenhausbereich als auch in der stationären Pflege kommt. Wir benötigen die Stellen in allen Funktionsbereichen. Wir haben durch einzelne Verfahren, sogenannten Personalcheckverfahren im Krankenhaus und auch in der Altenpflege, festgestellt, dass schon heute viele Pflegekräfte fehlen. Im Krankenhaus fehlen insgesamt 162.000, davon 70.000 Fachkräfte. Im Altenpflegebereich melden die Kolleginnen und Kollegen aus der Praxis, dass mindestens 30 bis 40 Prozent heute schon fehlen. Wenn gegenwärtig ein Mehrbedarf besteht, mithin ein Mehrbedarf an Aufwand, der auch personalintensiv ist, möchte ich hier auch nochmal unsere Forderung nach einem bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahren in der stationären Pflege unterstreichen. Die Forderung ist im PSG II schon glücklicherweise aufgenommen worden. Der Flickenteppich unterschiedlicher landesgesetzlicher Regelungen ist nicht vermittelbar. Zukünftig muss sich die Personalbemessung auch hier am Bedarf der pflegebedürftigen Menschen orientieren. Ganz besonders, wenn jetzt über Palliativpflege gesprochen wird. Wir schlagen vor, dass wir spätestens zum 1. Januar 2017 mit Scharfstellung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu ganz anderen Personalkennzahlen kommen müssen und ab diesem Zeitpunkt vielleicht auch erstmal eine Übergangsregelung finden. Wir schlagen vor, dass wir auf zwei Bewohnerinnen und Bewohner im stationären Bereich mindestens eine Pflegefachkraft benötigen.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte eine Frage an die Caritas und die AWO. Sie kritisieren in Ihren Stellungnahmen scharf die geplante Neuregelung im § 119 b SGB V



zur ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen mit Hinweis auf den Sicherstellungsauftrag der Ärzte. Könnten Sie das bitte kurz erörtern und welche Lösungen schlagen Sie vor?

SV Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Die Formulierung im § 119 b Abs. 1 Satz 1 sieht vor, dass die stationären Pflegeeinrichtungen bei entsprechendem Bedarf Kooperationsverträge mit Ärzten anstreben sollen. Der Satz 2 sieht weiter vor, dass auf Antrag der Pflegeeinrichtung bei der KV, falls solche Verträge nicht zustande kommen, die Verträge vermittelt werden müssen. Die Pflegeeinrichtung wird praktisch in die Lage des Initiators versetzt, nämlich a) solche Verträge zu initiieren und b) auch zu beurteilen, ob ein ärztlicher Versorgungsbedarf besteht oder nicht oder inwiefern er im jeweiligen Pflegeheim nicht erfüllt werden kann. Darin sehen wir eine Verschiebung des Sicherstellungsauftrages von den KVen zu den Pflegeeinrichtungen. Auf Grund dieser faktischen Regelung ist auch hinfällig, dass laut Abs. 1 Satz 1 der Sicherstellungsauftrag, also jener der KVen und der Krankenkassen, nach 75 unberührt bleibt. Wir wollen daher eine Formulierung oder schlagen eine Formulierung vor, dass das Initiativrecht oder die Initiative zum Abschluss von solchen Kooperationsverträgen von den Ärzten ausgeht und schlagen vor Satz 1 und Satz 2 jeweils umzudrehen –in etwa zu beginnen mit “die Vertragsärzte schließen“ oder „sollen Kooperationsverträge mit den Pflegeeinrichtungen schließen“ etc. etc.

Sve Claudia Pohl (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)): Ich schließe mich den Ausführungen von Frau Dr. Fix an. Ergänzend möchte ich ausführen, dass es schwierig für die stationären Pflegeeinrichtungen ist, die Hausärzte und Fachärzte in die Pflicht zu nehmen. Sie haben keinerlei Druckmittel sie zu motivieren Kooperationsverträge abzuschließen. Daher werden unserer Auffassung nach laut dem Gesetzestext die falschen Akteure in die Pflicht genommen. Von daher muss die Formulierung, so wie es Frau Dr. Fix vorgetragen hat, eine Wendung erfahren, so dass die Kooperationsschließung von Seiten der Ärzte ausgeht. Die Pflegeeinrichtungen sind sehr interessiert an der Zusammenarbeit und auch an solchen Kooperationsverträgen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an den Deutschen

Hospiz- und PalliativVerband. Wir haben heute schon sehr viel von Refinanzierung der Kosten in den Hospizen gehört, 95 Prozent, 100 Prozent usw. Sehen auch Sie Bedarf oder sehen Sie den Gesetzgeber in der Pflicht, mit diesem Gesetz auch etwas zu den Investitionskosten für Hospizeinrichtungen zu regeln?

SV Prof. Dr. Winfried Hardinghaus (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPV)): Ich bin Palliativmediziner und Vorsitzender des DHPV. Aufgrund der zuschussfähigen Kostenerhöhung von 90 auf 95 Prozent sehen wir wenige Möglichkeiten für die Investitionskosten. Darüber hinaus wollen wir auch keine Vollfinanzierung. Bei der monatlichen Bezugsgröße von 9 Prozent gibt es bezüglich der Investitionen wenig Möglichkeiten.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Und müsste denn da was gemacht werden?

SV Prof. Dr. Winfried Hardinghaus (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPV)): Selbstverständlich, da müsste noch eine besondere Regelung her.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Haben Sie einen Vorschlag dafür?

SV Prof. Dr. Winfried Hardinghaus (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPV)): Ja, ich habe einen Vorschlag. Es sollte eine besondere Regelung für die Investitionskosten in stationären...

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Gut, das reicht mir für meine Argumentation aus. Dann würde ich noch eine Frage stellen. Sie geht an die Stiftung Patientenschutz. Sie haben ausgeführt, dass 100.000 zu Pflegenden etwa in den letzten drei Monaten hinzukamen. Betrachten Sie diese zu Pflegenden per se als Palliativ- und Hospizpflegende und welchen Einfluss könnten die ambulanten Hospizdienste bei dieser Abdeckung der zu Pflegenden haben? Wir hatten im Wesentlichen bereits über mögliche Teams in den Einrichtungen gesprochen - wie sehen Sie die Stellung der ambulanten Hospizdienste?

Sve Christine Eberle (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Nein, wir sehen nicht jeden, der im Pflegeheim stirbt, als potentiellen Palliativpatienten. Es



gibt eine Studie der WHO, die davon ausgeht, dass 60 Prozent der Sterbenden in entwickelten Ländern wie Deutschland palliative Versorgung brauchen. Sofern von den 340.000 Menschen diese 60 Prozent abgezogen werden, bleiben genügend Menschen übrig, die in Teilen unterversorgt ist. Bisher werden diese von ambulanten Hospizdiensten versorgt. Diese Möglichkeit steht jeder Pflegeeinrichtung frei. In diesem Bereich bestehen auch bereits gute Kooperationen. Wir sind nur der Meinung, dass die ambulanten Hospizdienste, die Sterbebegleitung ambulant ehrenamtlich machen, eine professionelle palliative Pflege nicht ersetzen. Diese sollte durch die internen Palliativ-Care-Teams in den Pflegeeinrichtungen geschaffen werden.

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige, Frau Dr. Grom. Sowohl im Bereich der häuslichen Pflege als auch im Bereich der stationären Pflege soll der Bereich Hospiz- und Palliativversorgung gestärkt werden. Wie ist aus Ihrer Sicht die Qualifizierung des bestehenden Personals in diesem Bereich sichergestellt oder sehen Sie Bedarf? Wenn ja, welchen?

ESVe **Dr. Ingrid-Ulrike Grom**: Ich bin Direktorin der Palliativakademie in Dresden. Ich habe vor 35 Jahren begonnen in einer hochtechnologischen, zunehmend industriemedizinisch geführten Abteilung für Schwerst-Schädel- und Hirnverletzte zu arbeiten. Das hat dann vor 30 Jahren mein Streben nach einer weiteren Form der Begleitung für diese Menschen ausgelöst. So kam ich zur Hospizarbeit in München. Ich freue mich sehr, dass es in den letzten 30 Jahre eine so gute Entwicklung gegeben hat. Mittlerweile habe ich in Dresden die Palliativakademie aufgebaut. Wir sind ein Bildungsträger, der durch die Deutsche Krebshilfe gefördert wird. Durch Ihre Vorarbeit haben wir bereits ein großes Spektrum für die Qualifizierung der Mitarbeiter aufgezeigt bekommen. Sie sprachen über Strukturen und Erfordernisse in der Versorgung. Gute Versorgung braucht gute Bildung. In den vergangenen Jahren – beispielsweise in Köln in den letzten 30 Jahren oder Dresden in den letzten 13 Jahren – haben sich einige Menschen in diesem Bereich qualifiziert. Aber natürlich haben sich mittlerweile auch die Strukturen ausdifferenziert. Wie Sie in Ihren Einzelpositionen dargelegt haben, scheint die Ausdifferenzierung suffizient. Manchmal scheint die Ausdifferenzierung aber im suffizienten noch zu marginal zu sein. Weiter ausgeweitet werden muss

ist definitiv der Bereich des multiprofessionellen Teams. Wir sprechen immer von multiprofessionell und meinen damit aber im Wesentlichen den Arzt und den Patienten. So war es auch in den Anfängen von den SAPV-Verträgen. Multiprofessionell bedeutet aber weit mehr. In diesem Bereich muss auch vermehrt geschult werden. Die Frage ist zum einen, wer qualifiziert und zum anderen, ob im Bereich der Qualifikation nicht doch auch von einer Form von einheitlicher Qualifizierung gesprochen werden muss. Wir haben 160 Stunden für den Palliativmedizinikurs bei den Ärzten, der mit einer kleinen Prüfung abgeschlossen wird, um die Zusatzbezeichnung zu erhalten. In der praktischen Versorgung fehlen aber zum Beispiel die Fachärzte. Daher müsste sich auch der palliativmedizinische Bereich in der Lehre noch stärker an die Fachärzte richten. Es gibt in Wiesbaden bei Herrn Moormann den Kurs für Urologen. Der Kurs entstand, da ich seinerzeit mit Herrn Moormann über die älteren Verbindungen zu Herrn Hartzmann und Herrn Rebmann, es unterstützt habe, die Urologie voranzubringen. In Sachsen ist dies gescheitert. Ich befürworte in gleicher Weise den Föderalismus, wie Sie auch. Aber ich glaube, wir müssen uns auf einheitliche Ausrichtungen auch für die Fachärzte im Angebot einstellen. Wir haben in den Angeboten immer noch eine starke, ich will fast sagen Kolonisierung für den Bereich des onkologischen Patienten mittleren Alters. Wir haben dankbarerweise die pädiatrische Palliativ-Care. Die geriatrische Palliativ-Care ist in den Anfängen. Wir sind seit Langem im Bereich der Menschen mit erworbener Behinderung aktiv. Es findet sich hier aber keine bundesweite Arbeitsweise. Auch hier wäre eine Konvergenz im Bildungsbereich unabdingbar. Die nächste Frage ist, wer kompensiert den Mitarbeiter, wenn ein Mitarbeiter zu einer Qualifizierung für jeweils eine Woche weggeht? Heute Morgen haben bei uns drei Kurse begonnen. Seit sieben Uhr läutete bei mir das Telefon unablässig, wo entweder der Mitarbeiter, der bei uns Kursteilnehmer ist, oder der Arbeitgeber gesagt hat, ich/er/sie kann nicht kommen, weil wir Notstand haben. Das heißt, wenn die Personaldecken immer dünner werden, beispielsweise eine Krankenschwester im Altenpflegeheim – das mag jetzt ein Ostproblem sein, aber ich denke ich spreche durchaus für beide Teile im Bundesgebiet für 50 Bewohner zuständig ist und der Rest sich konzentriert auf den Pflegehelfer und diverse Assistenzbereiche, kann es ganz schwierig werden,



diese Fachkraft für eine Fortbildung wegzuschicken.

Abg. **Ute Bertram** (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen an die Deutsche Palliativstiftung. Es gab 2012 eine wesentliche Änderung des Betäubungsmittelgesetzes zu Gunsten der Versorgung von Palliativpatienten, die gerade in der SAPV wichtig sein kann. Sind damit die Probleme der Verschreibungen gelöst? Gibt es noch Unsicherheiten oder mögliche rechtliche Konflikte für eine angemessene Versorgung von Palliativpatienten mit Betäubungsmitteln oder anderen Verschreibungen?

SV **Thomas Sitte** (Deutsche PalliativStiftung): Zur ersten Frage recht kurz: dieses Problem ist damals gelöst worden. Das, was heute erlaubt und medizinisch völlig korrekt ist, hätte damals fünf Jahre Haft gekostet. Ich glaube, es ist eine wesentliche Erleichterung und ein wesentlicher Fortschritt für die Palliativversorgung. Man kann Patienten jetzt im Notfall auch starke Medikamente aushändigen. Das ist aber längst nicht alles, was in der ambulanten Palliativversorgung oder auch in der Versorgung im Hospiz in der Medikamentenversorgung notwendig ist. Was zum Beispiel damals nicht akzentuiert wurde ist, dass es nicht nur Betäubungsmittel in der Palliativversorgung gib, sondern auch Nichtbetäubungsmittel. Beispielsweise ein Medikament gegen Übelkeit, was ich vielleicht mit dem Betäubungsmittel auch aushändigen und zum Gebrauch überlassen müsste und dies zu einer Unzeit, wenn die Apotheke in strukturschwachen Gebieten gerade nicht greifbar ist. Das wäre heute noch eine Ordnungswidrigkeit. Es steht zwar keine Haft drauf, aber immerhin 50.000 Euro Strafe, wenn man so etwas routinemäßig im Team macht. Es ist auch ganz offensichtlich, dass die Symptomlast dieser Patienten oft sehr, sehr groß ist. Es besteht ein dringender Bedarf. Man wird gerufen, wenn es dem Patienten wirklich schlecht geht. Viele Verordnungen brauchen naturgemäß etwas Zeit, wenn sie nicht die Standardmedikamente, sondern Heil- und Hilfsmittel betreffen. Sie müssen zunächst geprüft werden. Es kann beispielsweise passieren, dass dringend ein Pflegebett gebraucht wird, welches aber zuvor verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden muss und dann von dem zuständigen Lieferanten, der einen Vertrag mit der Krankenkasse hat, geliefert wird. Das dauert viel zu lang. Hier müssen schlichtweg schnellere, schlanke Lösungen gefunden werden. Das geht manchmal

auf dem kleinen Dienstweg, wenn der verschreibende Arzt Verantwortung übernimmt. Aber längst nicht immer. Dazu kommt, dass zum Beispiel bei Betäubungsmitteln das europäische Arzneimittelrecht wesentliche Erschwernisse für die Verschreibung von Rezepturen vorsieht, die in der Palliativversorgung zwar durchaus üblich und Standard sind, die aber nicht nach dem deutschen Arzneibuch sind. Hier darf vieles nicht mehr verordnet, vom Apotheker angemischt werden, was früher Gang und Gäbe war. Wo kein Kläger, da kein Richter. Darauf kann man sich aber nicht verlassen. Dringend notwendig ist, so wie es zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht im vergangenen Jahr auf ihrer Herbsttagung zu dem Thema „Rechtsfragen am Lebensende“ gemacht hat, die Erstellung eines Gutachtens über die Frage, welche Probleme es überhaupt gibt. Solch ein Gutachten hat bis dato niemand vorgetragen. Dies ist eine ganz klare Kernforderung der PalliativStiftung.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband und den DHPV. Halten Sie die Einführung eines gesetzlichen Schiedsverfahrens für ausreichend, um die SAPV-Versorgung in die Fläche zu tragen? Falls nein, welche weitere Maßnahme halten Sie für erforderlich?

SV **Gerd Kulka** (GKV-Spitzenverband): Wir stellen jährlich über einen Bericht dar, wie sich die Anzahl der Leistungserbringer, die Verträge im Bereich der SAPV, entwickeln. Wir sehen dort seit Jahren eine Entwicklung, die in vielen Regionen hin zu einer flächendeckenden Versorgung geht. Aber es bestehen noch weiße Flecken, die wir gemeinsam mit den Leistungserbringern versuchen so zu schließen, dass wir von einer nahezu flächendeckenden Versorgung reden können. Allerdings zeigt sich in den Regionen, in denen das bisher nicht gelungen ist, dass es im Wesentlichen daran liegt, dass es an qualifizierten Fachkräften mit Berufserfahrung fehlt. Diese Ausgangssituation auf der einen Seite und die geplante Einführung einer Schiedsstellenregelung mit dem erklärten Ziel, für weitergehende Vertragsabschlüsse zu sorgen auf der anderen Seite, passen aus unserer Sicht nicht zusammen. Sie werden das fehlende Personal nicht über Schiedsstellenregelungen bekommen, so dass es auch weiterhin bei einer Schiedsstellenregelung zwangsläufig Schwierigkeiten mit dem Abschluss von weiteren Verträgen geben wird. Ich denke, es ist schon mehrfach deutlich gemacht worden, dass



in Qualifizierung und in Aus-, Fort- und Weiterbildung investiert werden muss, damit die betreffend qualifizierten Leute auch in der Fläche vorhanden sind. Schiedsregelungen sollten auf die Punkte begrenzt bleiben, die zum Beispiel Konfliktsituationen in Vergütungsfragen klären können. Aber eine Schiedsregelung, die im Ergebnis dazu führt, dass man möglicherweise Abstriche am Qualitätsniveau als Schiedsspruch macht und dann Verträge mit Leistungserbringern schließt, die die Voraussetzungen noch nicht erfüllen, ist nach unserer Einschätzung nicht der richtige Weg.

SV Prof. Dr. Winfried Hardinghaus (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV)): Wir sind im Gegensatz zu Herrn Kulka sehr überzeugt von einer Schiedsstellenregelung, weil wir glauben, dass darin eine Möglichkeit liegt, Vertragsabschlüsse zu verifizieren. Ich habe selbst über viele Jahre Verhandlungen auf niedersächsischer Landesebene für die Leistungserbringer mit den Leistungsträgern und den Krankenkassen geführt. Wir hätten uns manches Mal im Sinne der Betroffenen gewünscht, dass uns am Schluss eine Schiedsstelle hätte weiterhelfen können. Ferner glaube ich auch, dass eine Schiedsstelle anrufbar sein muss und zwar von den Betroffenen selbst und den Angehörigen und nicht nur von den Vertragspartnern. Das wäre also eine Hilfe. Die Frage war auch nach weiteren Möglichkeiten in diesem Zusammenhang. Ich glaube, dass ergänzende spezielle Vertragsregelungen für die SAPV ermöglicht werden sollten, beispielsweise für sogenannte Satellitenteams mit speziellen Vertragsregelungen in unterversorgten Regionen. Auch hier kann eine Schiedsstelle fördern. Darüber hinaus ist wichtig, Frau Zeulner, dass für die SAPV eine bundesweit einheitliche Datendokumentation durch den Gesetzgeber verpflichtend vorgegeben wird und dass wir die Grundlagen für eine vergleichende Qualitätssicherung und Evaluation haben. Das Wort Forschung fiel schon von Frau Graf. Dass wir Selektivverträge skeptisch sehen, haben wir schon kurz erwähnt. Ich würde hier, Herr Vorsitzender, gerne noch etwas zu den ambulanten Hospizdiensten sagen.

Der **Vorsitzende**: Sie sind nicht unbedingt gefragt worden, aber wenn es im Zusammenhang mit den beiden Fragen steht und Sie ganz kurz antworten.

SV Prof. Dr. Winfried Hardinghaus (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV)): Uns

ist es ein Anliegen hervorzuheben, dass zusätzlich zur Förderung der Personalkosten auch eine Sach- und Verwaltungskostenpauschale notwendig ist, damit Ehrenamtliche ihre Fahrtkosten, ihre Miet- und Dokumentationskosten angemessen refinanziert bekommen. Denn der bisherige Vorschlag ist sehr missverständlich und greift nicht durch, so dass wir eine Sach- und Verwaltungskostenpauschale für die ehrenamtlichen Mitarbeiter für die ambulanten Hospizdienste fordern, zusätzlich zu den Personalkosten.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Wir haben jetzt die Positionen in vielerlei Hinsicht über die GKV gehört. Jetzt würde ich ganz gerne die PKV fragen, ob die Hospiz- und Palliativversorgung aus Ihrer Sicht gut geregelt ist oder wie Sie das sehen?

SV Dr. Norbert Loskamp (Verband der Privaten Krankversicherung e. V. (PKV)): Wir sehen für die PKV, dass die Versorgung für Hospiz- und Palliativmedizin gut geregelt ist. Wir bewegen uns im Wesentlichen entlang der Versorgungsmöglichkeiten, die wir in der Bundesrepublik haben - sowohl für die GKV als auch für die PKV. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherungen haben eigentlich in allen Bereichen, die hier organisatorisch und strukturell abgegrenzt wurden, auch die Erstattungssituation und auch ihre Verantwortung für die Förderung, zum Beispiel der ambulanten Hospizdienste, übernommen. Insofern sehen wir für die PKV dort keine Regelungslücke und auch keine Defizite.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich würde gerne nochmal das Thema Verwaltungs- und Sachkosten aufgreifen und meine Frage an die Caritas richten. Wir sehen im § 39a Absatz 2 eine Förderung ambulanter Hospizdienste durch einen angemessenen Zuschuss zu Personal- und Sachkosten vor. Mich würde interessieren, wie Sie diese Regelung bewerten?

SV Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir bewerten die Regelung zunächst einmal außerordentlich positiv. Die Sachkosten betragen in etwa 30 Prozent der Personalkosten. Es ist also durchaus ein nennenswerter Betrag, der bisher nicht förderfähig ist. Der Gesetzentwurf sieht mittlerweile auch die Förderfähigkeit der Sachkosten vor. Allerdings, wie Professor Hardinghaus schon



ausgeführt hat, ist im Gesetzentwurf auch tatsächlich sicherzustellen, dass die Sachkosten zusätzlich zu den Personalkosten förderfähig sein können. Die juristische Formulierung, die im Entwurf vorgesehen ist, reicht uns nicht aus, um dies hinreichend sicherzustellen. Ich begründe das auch gerne, denn der Satz 6 bezieht sich auf die Leistungseinheiten. Förderfähige Kosten beziehen sich auf die Leistungseinheiten, mithin die Sach- und die Personalkosten. Allerdings bemessen sich die Leistungseinheiten nach der Anzahl der Ehrenamtlichen und nach der Anzahl der Sterbebegleitungen. Sie beziehen sich folglich auf Personalkosten. Ohne Änderung des Satz 6 würde der um die Sachkosten erweiterte Zuschuss im Endergebnis nur zwischen dem Personal- und den Sachkosten aufgeteilt ohne einen zusätzlichen Effekt zu erzielen. Wir haben einen konkreten Formulierungsvorschlag unterbreitet, wie man sicherstellen kann, dass die Sachkosten wirklich als Add-on förderfähig sind.

Abg. **Heiko Schmelzle** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV. Laut Gesetzentwurf sollen Krankenkassen zukünftig auf Grundlage der §§ 73b und 140a SGB V Verträge für die ambulante Palliativversorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung abschließen können. Wie bewerten Sie diese Regelungen?

Sve **Michaela Hach** (Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV)): Wir teilen die einhellige Meinung der Sachverständigen, die heute in vielfältiger Weise schon vorgetragen wurden. Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Leistung der SAPV im Sinne der Betroffenen als Teamleistung weiterentwickelt werden muss. Das muss im Gesetz klar benannt werden. SAPV ist eine Teamleistung eines multiprofessionellen Palliativ-Care-Teams. Wir müssen uns die Zielgruppe der SAPV anschauen, nämlich schwerstkranken und sterbende Menschen mit hochaufwendigem Bedarf an Versorgung, bei komplexen und schnell wechselnden Symptomen. Diese Menschen benötigen eine zuverlässige, rund um die Uhr verfügbare und qualifizierte Versorgung durch den Arzt und die Pflege sowie psychosozialer Hilfe. Nur diese Teamleistung kann den komplexen Bedürfnissen so begegnen, dass diese Menschen sicher bis zuletzt zu Hause bleiben können. Um das sicherzustellen, müssen die Krankenkassen dies in

dergestalt finanzieren, dass es unter gemeinwirtschaftlich orientiertem Handeln flächendeckend möglich ist, diese Leistung zu erbringen. Um es bedarfsgerecht zu gestalten, müssen die Teams durch soziale Arbeit und Psychologie ergänzt werden. Eine flächendeckende Versorgung sterbender Kinder und Jugendlicher durch hier spezialisierte Teams ist ebenfalls sicherzustellen. Dort, wo die Palliativ-Care-Teams bereits versorgen, haben sie sich sektorenübergreifend als Schnittstelle für die Koordination erwiesen. Verträge nach § 140a sind aus unserer Sicht vorstellbar. Wir glauben aber, dass sie zu komplex sind und deren Bedeutung nicht im Vordergrund stehen wird. Die Verträge nach § 73b halten wir für schädlich, denn unter § 73b verbirgt sich ein Vertrag für die rein hausärztlichen Anteile. Wenn man diese Verträge vereinbart, hält man den schwerkranken Menschen mit komplexen und leidvollen Symptomen damit wesentliche Anteile notwendiger und multiprofessioneller, spezialisierter und aufwendiger Versorgung als eine krankenhausersetzende Leistung vor. Regelungen von pflegerischen und weiteren notwendigen Anteilen kommen in § 73b überhaupt nicht vor. Hinzufügen möchte ich, dass Hausärzte und Hausärztinnen etwa 20 Prozent der Sterbenden versorgen. Die jährliche Fallzahl für Ärzte, die keine Pflegeeinrichtung versorgen, ist damit überschaubar. Der Beruf des Hausarztes entwickelt sich zunehmend feminin. Dadurch ergeben sich andere Bedürfnisse und Herausforderungen zur früheren Landarztstätigkeit. Vor allem die für die spezialisierte Versorgung erforderliche Fachexpertise von überwiegend in der Palliativversorgung Tätigen, einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung mit einer ständigen Ruf- und Einsatzbereitschaft und die notwendigen pflegerischen und psychosozialen Anteile kann von Hausärzten bzw. Hausärztinnen überhaupt nicht oder nur in den wenigsten Fällen geleistet werden, ohne ihre kassenärztliche Verpflichtung in der hausärztlichen Allgemeinversorgung zu verletzen. Auch die Empfehlungen von diversen krankenärztlichen Vereinigungen zum Quartalsende die Praxis geschlossen zu halten, zeigen auf, dass eine ambulante Palliativversorgung auch durch den Sicherstellungsauftrag der KVen nicht gesichert werden kann. Daher ist es für uns nicht vorstellbar, wie hier SAPV gelingen soll oder kann. Wir erwarten, sofern diese Änderungen im § 73b zum Tragen kommen, dass sich dort wo SAPV sichergestellt



wird, die Versorgung durch derartige Verträge verschlechtert werden wird. Es muss vordringliches und politisch strukturelles Ziel bleiben, dem Patienten und seinem Umfeld SAPV als hochspezialisierte Leistung der krankenhausersetzenden, tertiären Spezialversorgung durch ein multiprofessionelle Palliativ-Care-Team zu bieten. Daneben muss unbedingt die notwendige und angemessene Strukturentwicklung der ärztlichen Anteile in der A-APV, im kassenärztlichen Sicherstellungsauftrag der KVen und der pflegerischen Anteile im Rahmen der HKP verankert und vorangetrieben werden. Wir sehen gute Ansatzpunkte im Hospiz- und Palliativgesetz. Selektivverträge mit Erbringern von Einzelleistungen sind jedoch kein Ersatz für die SAPV. Allerdings sind die mit Selektivverträgen eingeführten telefonischen Konsiliardienste für die hausärztliche und allgemeine Palliativversorgung unverzichtbar und sollten berücksichtigt werden.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Dann freue ich mich, dass der Bundesverband Kinderhospiz da ist. Ich habe eine Frage an ihn. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht eine eigene Rahmenvereinbarung für Kinderhospize als Kann-Regelung vor. Der Bundesrat fordert hier mindestens eine Soll-Regelung. Wie bewerten Sie diese Forderung?

Sve **Sabine Kraft** (Bundesverband Kinderhospiz e. V.): Ich spreche für den Bundesverband Kinderhospiz, der etwa 70 Kinderhospizorganisationen vertritt. Wir haben bereits vor zehn Jahren gefordert, dass Kinder eigene Rahmenvereinbarungen bekommen. Das ist sehr schwierig durchzusetzen und dennoch unseres Erachtens nach, neben Leistungs- und Qualitätskriterien, das Zentrale für die Kinderhospizarbeit. Solange wir eine Rahmenvereinbarung haben, die in der Semantik, zum Beispiel spricht „von sterbenden Menschen“, dann schließen wir Kinder aus, die lebensverkürzt erkrankt sind und die vielleicht noch fünf, zehn Jahre zu leben haben. Denn wenn Sie sich fragen, was verstehen Sie unter Sterben oder sterbendem Mensch, dann denken, ich glaube, 99 Prozent, an die letzten zwei, drei Wochen des Lebens. Deshalb ist es einfach sehr schwierig die Kinderhospizarbeit in ihrer Konzeption an eine Rahmenvereinbarung anzudocken, die ursprünglich sowieso für Erwachsene formuliert wurde. Wir sind fest der Überzeugung, dass, wenn wir die Kinder ernst nehmen und sie nicht als kleine Erwachsene behandeln wollen, sie eine eigene Rahmenvereinbarung mit eigenen

Leistungs- und Qualitätskriterien brauchen. Der Bundesrat hat das tatsächlich schon so gefordert für den stationären Bereich. Ich möchte das gerne auch für den ambulanten Bereich erweitern und möchte Sie alle bitten, die eigenen Rahmenvereinbarungen für Kinder ernst zu nehmen. Es sind 40.000 Kinder, die in Deutschland leben und sie sind eben keine kleinen Erwachsenen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Wir haben jetzt an verschiedensten Stellen schon die Berichte über das Sterben an den verschiedensten Orten gehört. Wir stellen uns mittlerweile vor, die verschiedenen Ängste, zum Beispiel vor Schmerzen oder auch vor der Pein von psychischen Erkrankungen. Meine Frage richtet sich an die Deutsche Schmerzgesellschaft und an die KBV und geht nochmal darauf zurück, warum es es bisher nur wenige Kooperationsverträge der Pflegeheime mit Haus- und Fachärzten zur medizinischen Versorgung der Pflegeheimbewohner gibt und welche Vorschläge bzw. Wirkungen Sie erwarten von den vorgesehenen Änderungen, damit Menschen umfassend versorgt und Jede und Jeder Zugang dazu hat?

SV **Prof. Dr. Michael Schäfer** (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (DGSS)): Wir begrüßen natürlich den Vorschlag zum Palliativgesetz und wir sehen auch, dass es gerade in der Pflege einen speziellen Bedarf gibt, vor allem in Richtung schmerzmedizinischer Aspekte. Hinzuweisen wäre insbesondere auf die speziellen Pflegekräfte für die Schmerzmedizin, die als solche ausgebildet sind und daher auch eine größere Berücksichtigung finden sollten.

Sve **Regina Feldmann** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Der Kooperationsvertrag vor Ort stellt für die niedergelassenen Kollegen vor allen Dingen ein Rechtsgeschäft dar. Es ist eine bürokratische Hürde, die gemeistert werden muss. Dies hat dazu geführt, dass sehr wenige solcher Kooperationsvereinbarungen vor Ort abgeschlossen wurden. Wir haben von KBV-Seite einen Rahmenvertrag seit einem Jahr, den wir für die KVen zur Verfügung stellen. Ich habe jetzt gerade am Wochenende gehört, dass es der KV Thüringen gelungen ist, kassenartenübergreifend, und das ist auch eine weitere Hürde gewesen, einen solchen Kooperationsrahmenvertrag abzuschließen. Die einzelnen Leistungserbringer müssen allerdings immer noch mit den einzelnen Heimen in eine vertragliche Bezie-



hung eintreten. Auch das ist eine große bürokratische Hürde. Es stellt sich die Frage nach dem Sinn. Ich denke, es ist nicht sinnvoll. Es wird solche Vertragsentwicklungen in der Zukunft weiter behindern.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an ver.di. Sie fordern in Ihrer Stellungnahme, dass bei der häuslichen Krankenpflege nach § 132a eine analoge Regelung in § 84 und § 89 SGB XI passieren soll, wonach die tarifliche Vergütung der häuslichen Krankenpflege bei wirtschaftlicher Betriebsführung grundsätzlich anzuerkennen sei. Könnten Sie uns darlegen, wonach Ihrer Meinung nach die Probleme in der Praxis liegen und welche Lösungsmöglichkeiten Sie sehen und vielleicht könnten Sie auch das Kostenvolumen beziffern?

SV **Dietmar Erdmeier** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir sehen zunächst erst einmal die Attraktivität des Berufes im Fokus. Die Attraktivität macht sich an den Arbeitsbedingungen fest. Wir sehen das zum einen an der Personalbemessung, die ich vorhin schon erwähnt habe. Wir sehen es aber zum anderen auch an der Vergütung der beruflich Pflegenden. Im Mediangehalt verdienen Beschäftigte in der Pflege 2.441 Euro im Monat. In der Krankenpflege liegen wir um 600 Euro deutlich höher. Das bedeutet, dass wir dort einen großen Nachholeffekt haben, um überhaupt den Beruf so attraktiv auszugestalten, dass ich vor Altersarmut geschützt bin. Bei einer Tätigkeit von 30 Jahren, die mit 2.800 EUR vergütet wurde, liegt das Renteneinkommen bei 840 Euro. Das ist momentan die Realität in der Pflege. Deswegen unterstützen wir natürlich sehr, dass wir im ambulanten Bereich auch dahin gehen können, dass tarifliche Löhne ganz selbstverständlich auch als wirtschaftlich anzuerkennen sind. Das haben wir im § 84 bereits mit dem Pflegestärkungsgesetz I geregelt. Dafür haben wir uns stark gemacht und wir setzen uns natürlich im ambulanten Bereich der häuslichen Krankenpflege genauso dafür ein, um insbesondere den Pflegekräften ein Alterseinkommen zu generieren um vor der Altersarmut verschont zu bleiben.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Eine Frage an den Medizinischen Dienst und die GKV. Was halten Sie von der Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen in ihren Qualitätsberichten nicht nur über die Zusammenarbeit mit Ärztenetzen und Apotheken, sondern zukünftig auch über die Zusammenarbeit mit

Hospiz- und Palliativnetzen zu berichten.

SV **Gerd Kulka** (GKV-Spitzenverband): Der Medizinische Dienst musste sich leider schon verabschieden, deshalb würde ich für den Rest der Sitzung übernehmen. Ich glaube, dass ich im gleichen Sinne antworten würde, wie der MDS. Die grundsätzliche Ausrichtung dieses Gesetzes, die Verbesserung der Regelversorgung in allen Bereichen, in denen Menschen in ihrer letzten Lebensphase versorgt werden, macht es aus unserer Sicht notwendig, auch hier nochmal über ein solches Instrument deutlich zu machen, welche Netzwerke und Kooperationsbeziehungen man eingeht. Von daher finden wir diese gesetzliche Regelung zielführend.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht nochmal an den Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verband. Es geht nochmal um die Finanzierung. Wenn ich das vorhin am Rande richtig verstanden habe, haben Sie kurz was zu Ihrer Sicht zu einer Forderung nach einer Hundertprozentfinanzierung gesagt. Ich wäre dankbar, wenn Sie sich dazu nochmal aufstellen und erläutern würden, warum Sie dazu wie stehen.

SV **Prof. Dr. Winfried Hardinghaus** (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPV)): Wir sind für die 95-Prozent-Regelung, um einen Fünfprozentanteil zur Erhaltung der Ehrenamtlichkeit des bürgerschaftlichen Engagements zu erhalten. Wir möchten keine hundertprozentige Finanzierung, weil sowohl die stationären als auch die ambulanten Hospize, die Hospizbewegung in diesem Sinne, durch eine 95-Prozent-Regelung erhalten werden kann und eben nicht durch 100 Prozent. Fünf Prozent sollten ehrenamtlich und bürgerschaftlich bleiben.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an die AWO und an den GKV-Spitzenverband. Es wird gefordert, gesetzlich sicherzustellen, dass den besonderen Bedarfen der vulnerablen Gruppen, wie zum Beispiel Menschen mit Behinderungen, Suchtkranke oder auch wohnungslose Menschen, in den Hospizen stärker Rechnung getragen werden muss. Wo liegen hier in der Praxis die Defizite und was ist zu tun, um sie zu beheben?

SVE **Claudia Pohl** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)): Die stationären Hospize sind heute teilweise noch zu wenig auf die spezifischen



Bedarfe von besonders vulnerablen Gruppen, wie Menschen mit einer Behinderung oder Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Migranten, Suchtkranken oder erst recht wohnungslosen Menschen ausgerichtet. Es gilt hier spezifische fachliche Konzepte zu entwickeln und auch dafür Sorge zu tragen, dass diese Personengruppen vollumfänglich Zugang zu diesen hospizlich-palliativen Leistungen erhalten. Daher sprechen wir uns für eine Klarstellung im § 39a SGB V sowohl für den Bereich der stationären als auch der ambulanten Hospizdienste aus.

SV Gerd Kulka (GKV-Spitzenverband): Wir sehen die Regelungen der bundesweiten Rahmenvereinbarungen so weitgehend, dass immer auf den speziellen Bedarf der betroffenen Menschen abgestellt wird und somit auch der besondere Bedarf von Zielgruppen, die jetzt hier genannt wurden, in den Fokus gesetzt wird. Von daher sehen wir keinen Bedarf für gesetzliche Klarstellungen, weil wir das schon entsprechend in den Rahmenvereinbarungen auf der Selbstverwaltungsebene so geregelt haben. Es wird vielfach erforderlich sein, dass man individuell in den einzelnen Hospizen, bezogen auf einzelne Bewohner, das Angebot ausrichten muss. Dies aber, sofern es notwendig ist, auf einer abstrakteren Ebene. Das heißt, in unseren Rahmenvereinbarungen spezifische Regelungen vorzusehen, sehen wir den weiteren Beratungen, die wir dazu auch schon aufgenommen haben, entgegen und gehen davon aus, dass wir dazu Vorschläge bekommen, über die wir dann bei der Weiterentwicklung der Rahmenvereinbarungen auch konstruktiv sprechen können.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Wie schätzen Sie den integrativen Ansatz der KV Westfalen-Lippe ein und ist aus Ihrer Sicht daraus die kassenübergreifende Versorgung zielführend?

SVe **Regina Feldmann** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir halten den Ansatz der KV Westfalen-Lippe als genau den Ansatz, der sicherstellt, dass eine flächendeckende und für jeden Patienten erreichbare und gerechte Versorgung und Lösung angeboten wird. Wir konnten auch in den ersten Evaluationen erleben, dass, obwohl dieser Vertrag eigentlich nur von Hausärzten getragen wird, eine gute kooperative Zusammenarbeit stattfindet. Ich muss da einer meiner Vorrednerinnen

widersprechen, dass sich zwar sehr viele Frauen unter den Hausärzten befinden, von denen aber viele sehr wohl ihre Aufgaben schultern und leisten können.

Ich denke es kommt auf die Kooperation mit spezialisierten SAPV-Teams und mit noch besser sub-spezialisierten Palliativmedizinerinnen an. Das hat im Endeffekt dazu geführt, dass die Quote der Patienten, die Zuhause sterben können, nach der letzten Evaluation auf 80 Prozent gestiegen ist. Bundesweit versterben noch zwischen 47 und 50 Prozent im Krankenhaus. Dieser kooperative, dieser multiprofessionelle Ansatz hat dies möglich gemacht und wir denken, das ist der Weg, den man für die Zukunft gehen sollte. Wir unterstützen diesen Ansatz sehr und hoffen, dass wir noch viele solcher Modelle auch in der Fläche, dann mit Unterstützung dieses Gesetzes, etablieren können.

Der **Vorsitzende**: Wenn es sonst keine Fragen der SPD-Fraktion mehr gibt, darf ich mich ganz herzlich bei den Zuschauern und bei den Sachverständigen für die angeregte Diskussion bedanken. Hospiz- und Palliativversorgung ist eines der wichtigsten gesellschafts- oder gesundheitspolitischen Themen. In dem Sinn werden wir sicherlich noch das eine oder andere hier oder in anderem Rahmen zu besprechen haben. Recht herzlichen Dank.

Schluss der Sitzung: 12:05 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender