



## Wahlprüfsteine zur Bundestagswahl 2017

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist Fürsprecherin der Schwerstkranken, Pflegebedürftigen und Sterbenden. Die Patientenschützer<sup>1</sup> stehen diesen Menschen als fachkundige Berater und unabhängige Helfer zur Seite. Am bundesweiten Patientenschutztelefon der Stiftung suchen Betroffene und Angehörige täglich bei Problemen und Konflikten mit Krankenkassen, Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten sowie Heimen Rat und Unterstützung. Aus diesen praktischen Erfahrungen heraus formuliert die Deutsche Stiftung Patientenschutz ihre gesellschaftlichen und politischen Positionen und Forderungen.

Die Betroffenen, ihre Angehörigen aber auch die breite Öffentlichkeit möchten vor der Wahl wissen, wie sich die Parteien in grundlegenden Zukunfts- und Gerechtigkeitsfragen positionieren und welche Verbesserungen sie planen. Diese Wahlprüfsteine sollen dazu beitragen, hier für mehr Transparenz zu sorgen. Sie konzentrieren sich auf eine Auswahl wichtiger Themen zur Verbesserung der Situation von Schwerstkranken, Pflegebedürftigen, Sterbenden und ihren Angehörigen. Sie wurden an die derzeit im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien geschickt. Die Antworten der Parteien werden noch vor der Wahl am 24. September 2017 ausgewertet sowie den Mitgliedern, den Förderern und der breiten Öffentlichkeit vorgestellt.

## Inhalt

1. Gleichstellung sterbender Menschen in Pflegeheimen.....	2
2. Systemgerechte Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege für Pflegeheimbewohner .....	3
3. Anpassung des stationären Leistungsbetrages der Pflegekassen für die Pflegegrade 2 und 3 .....	4
4. Einführung bundeseinheitlicher Pflegepersonalschlüssel für Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen .....	5
5. Schaffung eines steuerfinanzierten „Pflegezeitgeldes“ zur Entlastung berufstätiger pflegender Angehöriger .....	6
6. Konsequenzen aus dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts zur Verfügbarkeit des Selbsttötungsmittels Natrium Pentobarbital .....	7

---

<sup>1</sup> Hinweis: Sofern bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben jeweils auf Angehörige beider Geschlechter.

### Impressum

## 1. Gleichstellung sterbender Menschen in Pflegeheimen

Am 8. Dezember 2015 trat das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) in Kraft. Für Pflegeheime wurde damit die „Sterbebegleitung“ als Teil ihres pflegerischen Versorgungsauftrages festgeschrieben. Zusätzliche Leistungsansprüche für Heimbewohner zur Verbesserung ihrer hospizlichen und palliativen Begleitung finden sich jedoch weder im HPG noch in den Pflegestärkungsgesetzen. Die Krankenkassen finanzieren lediglich die Kosten für eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.

In stationären Pflegeheimen versterben jährlich geschätzt 340.000 Menschen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) sehen bei 60 Prozent der Sterbenden in Industrieländern den Bedarf für eine palliative Begleitung. In den 13.600 stationären Pflegeeinrichtungen sind dies pro Jahr 204.000 Menschen. Im Gegensatz dazu: In den derzeit 230 stationären Hospizen sterben jedes Jahr rund 25.000 Menschen. Doch weder bei der Finanzierung noch bei der Versorgung bestehen an diesen beiden Orten gleichwertige Bedingungen für Sterbende mit Palliativbedarf. Für einen Hospizplatz wenden die Sozialkassen monatlich rund 8.300 Euro auf, für einen Sterbenden im Pflegeheim bei Pflegegrad 5 maximal 2.005 Euro.

Der Übergang von einem Pflegeheim in ein stationäres Hospiz war auf Grundlage der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 4 SGB XI grundsätzlich ausgeschlossen, nur in Einzelfällen möglich. Mit dem HPG beauftragte der Deutsche Bundestag die Vertragsparteien zu regeln, in welchen Fällen Heimbewohner künftig in ein stationäres Hospiz wechseln können. Hierbei sollten die berechtigten Wünsche der Bewohner Berücksichtigung finden. Die überarbeitete Regelung trat zum 1. Mai 2017 in Kraft. Darin werden jedoch hohe Hürden für den Übergang von einer stationären Pflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz formuliert. Voraussetzung ist nun, dass die Palliativversorgung selbst dann nicht sichergestellt werden kann, wenn ambulante Leistungserbringer und Hospizdienste einbezogen werden.

### Fragen:

- 1.1. Sind die derzeit bestehenden Regelungen im SGB V und SGB XI aus Ihrer Sicht ausreichend, um eine gute palliative und hospizliche Begleitung sterbender Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen sicherzustellen und zu finanzieren?
- 1.2. Falls nein, wo sehen Sie Nachbesserungsbedarf, welche Maßnahmen oder gesetzlichen Regelungen schlagen Sie hierfür vor und für wie dringlich bewerten Sie deren Umsetzung?
- 1.3. Wie wird die Neufassung der Rahmenvereinbarung aus Ihrer Sicht dem Anspruch gerecht, beim Übergang vom Pflegeheim in ein stationäres Hospiz die „berechtigten Wünsche der Versicherten“ zu berücksichtigen? Welchen Nachbesserungsbedarf sehen Sie?
- 1.4. Ist es aus Ihrer Sicht realistisch, dass die ambulanten Hospizdienste, die bisher mit ehrenamtlichem Engagement knapp 40.000 Sterbebegleitungen pro Jahr realisieren konnten, nun auch umfassend die hospizliche Begleitung der Sterbenden in Pflegeheimen sicherstellen?



## 2. Systemgerechte Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege für Pflegeheimbewohner

In der häuslichen Pflege trägt die Krankenversicherung die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Hierzu gehören beispielsweise die Medikamentengabe, die Blutdruckmessung oder die Wundversorgung. Bei pflegebedürftigen Heimbewohnern gelten diese Kosten mit den pauschalierten Leistungsbeträgen der Pflegekasse für den Pflegegrad als abgegolten. Nur bei einem besonders hohen Versorgungsbedarf springt hier die Krankenkasse ein. In der Praxis bedeutet dies, dass Heimbewohner die medizinische Behandlungspflege über ihren Eigenanteil an den Pflegekosten selbst tragen müssen. Eine aktuelle Schätzung geht von monatlichen Mehrkosten von durchschnittlich 475 Euro pro Bewohner aus.

Derzeit ist rund ein Drittel der Heimbewohner auf Sozialhilfe angewiesen, Tendenz steigend. Die bestehende Regelung dürfte dafür mitverantwortlich sein. Gleichzeitig schafft sie eine deutliche Gerechtigkeitslücke: Obwohl auch Heimbewohner Beiträge in die Krankenversicherung zahlen, entscheidet der Wohnort heute darüber, ob die Kosten der Behandlungspflege von ihrer Krankenkasse übernommen werden oder selbst zu zahlen sind.

Diese Regelung besteht seit dem Inkrafttreten des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes im Jahr 1996. Sie ist Folge eines Kompromisses innerhalb der damaligen Bundesregierung und sollte vorübergehend gelten, bis eine ausreichend zuverlässige Datenbasis zur Neubewertung ihrer Finanzierung geschaffen wurde. Eine fundierte Neubewertung und systemgerechte Neuorganisation fand bisher jedoch nicht statt.

### Fragen:

- 2.1. Unterstützen Sie die Forderung, medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen künftig systemgerecht aus der Krankenversicherung zu finanzieren?
- 2.2. Wie wollen Sie dabei sicherstellen, dass die Pflegebedürftigen, die derzeit faktisch diese Kosten tragen, dabei finanziell entlastet werden?



### **3. Anpassung des stationären Leistungsbetrages der Pflegekassen für die Pflegegrade 2 und 3**

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurden auch die Leistungsbeträge der Sozialen Pflegeversicherung für die häusliche und stationäre Pflege neu festgesetzt. Die bisherigen Sätze wurden in der Regel übernommen oder erhöht, in zwei Fällen jedoch gesenkt. Diese Absenkung betrifft Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 und 3 in vollstationären Einrichtungen. Bei Pflegegrad 2 sank die Leistung um 296 Euro monatlich im Vergleich zur bisherigen Pflegestufe I. Bei Pflegegrad 3 zahlen die Pflegekassen im Monat 68 Euro weniger als in der bisherigen Pflegestufe II. Zusätzlich werden neue Heimbewohner, die keinen Anspruch auf Bestandschutz haben, bei einem niedrigen Pflegegrad durch die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils finanziell belastet.

Wiederholt wurde im Zuge der Beratungen zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz auf negative Folgen hingewiesen. In Pflegeheimen droht das Gleichgewicht zwischen weniger und stärker pflegebedürftigen Bewohnern verloren zu gehen. Wer noch nicht schwerstpflegebedürftig ist, aber zuhause nicht alleine zurechtkommt, wird den Umzug ins Heim aus finanziellen Gründen meiden. Viele alte Menschen leben nicht in einem intakten sozialen Umfeld, das ihre Pflege zuhause leisten kann. Durch diese Hürde wird die Selbstbestimmung und Autonomie pflegebedürftiger Menschen eingeschränkt.

#### **Frage:**

- 3.1. Wie bewerten Sie mögliche Folgen der Absenkung der stationären Leistungsbeträge für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3?**
- 3.2. Auf welche Weise beabsichtigen Sie, diese Leistungsbeträge zeitnah an die Referenzbeträge von 2016 anzupassen?**



## **4. Einführung bundeseinheitlicher Pflegepersonalschlüssel für Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen**

In Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen herrschen chronischer Personalmangel und eine hohe Arbeitsverdichtung. Dies trifft Patienten und Pflegebedürftige in besonderer Weise. Ihre Versorgung und Begleitung kann auch bei hochengagierter Pflege nicht angemessen geleistet werden. Der Deutsche Bundestag beriet erst kürzlich Gesetzesinitiativen für eine Personaluntergrenze in pflegesensitiven Krankenhausbereichen und zur Unterschreitung von Personalvorgaben in Pflegeheimen. Das Kernproblem wird dadurch jedoch nicht gelöst. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde die Erarbeitung und Erprobung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen beauftragt. Das soll im Jahr 2020 abgeschlossen sein. Ob dieses Verfahren dann bundeseinheitlich und verbindlich Anwendung findet, bleibt offen.

Bundeseinheitliche Regelungen gibt es derzeit nicht. Die Personalvorgaben in stationären Pflegeeinrichtungen sind je nach Bundesland unterschiedlich. Im Krankenhausbereich wurden zwischen 1991 und 2015 Pflegestellen abgebaut, während die Zahl der Arztstellen um 62 Prozent stieg. Mit den bisherigen Fördermaßnahmen konnte die Lücke beim Pflegepersonal nicht geschlossen werden. Hierzu trägt auch bei, dass der Pflegeberuf bislang nicht ausreichend attraktiv ist. Laut Prognosen wird die offene Lücke des benötigten Pflegepersonals bis zum Jahr 2030 nahezu 500.000 Vollzeitstellen betragen.

### **Fragen:**

- 4.1. Wie bewerten Sie die aktuelle Personalsituation der Pflegekräfte in den Heimen und Krankenhäusern?**
- 4.2. Für Krankenhäuser: Wie bald sollten aus Ihrer Sicht allgemeine, bundeseinheitliche Pflegepersonalschlüssel eingeführt werden?**
- 4.3. Für stationäre Pflegeeinrichtungen: Ist es aus Ihrer Sicht notwendig, die Erarbeitung und Erprobung eines einheitlichen Personalbemessungsinstruments für Pflegeeinrichtungen vorzuziehen? Wie kann sichergestellt werden, dass es nach einer erfolgreichen Erprobung auch verbindlich eingeführt wird?**
- 4.4. Wie werden Sie dem Personalmangel in der Pflege kurzfristig bis zur Einführung von bundeseinheitlichen Pflegepersonalschlüsseln entgegenwirken?**



## **5. Schaffung eines steuerfinanzierten „Pflegezeitgeldes“ zur Entlastung berufstätiger pflegender Angehöriger**

In Deutschland leben 2,1 Millionen Pflegebedürftige zu Hause. Hiervon werden 1,4 Millionen Menschen ausschließlich von ihren Angehörigen betreut. Die Unterstützung eines professionellen Pflegedienstes nehmen 700.000 Pflegebedürftige in Anspruch. Geschätzt 360.000 der pflegenden Angehörigen sind berufstätig. Für eine kurzfristige, pflegebedingte Freistellung von maximal 10 Tagen erhalten sie seit 2015 ein Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung. Benötigen sie aufgrund der Pflege für einen längeren Zeitraum eine voll- oder teilzeitige Freistellung von der Arbeit, können sie eine Pflege- oder Familienpflegezeit beantragen. Hier erhalten sie keinen Lohnersatz. Den Einkommensverlust können sie allenfalls durch ein zinsloses Darlehen überbrücken.

Diese Regelung ist für pflegende Angehörige nicht attraktiv. Laut einer Hochrechnung wurde Pflege- oder Familienpflegezeit im Zeitraum von Januar 2015 bis Mitte 2016 von 19 Prozent der Berechtigten in Anspruch genommen. Ein zinsloses Darlehen wurde in diesem Zeitraum von 429 Personen beantragt. Das Pflegeunterstützungsgeld, welches unabhängig von einer Pflege- oder Familienpflegezeit gewährt wird, erhielten 13.600 pflegende Angehörige.

Ein „Pflegezeitgeld“ als Lohnersatzleistung auch bei längerer pflegebedingter Freistellung könnte eine wirkliche Verbesserung für Angehörige im Berufsleben bringen. Durch das Elterngeld ist eine solche Unterstützung und Entlastung Berufstätiger für den Lebensanfang bereits selbstverständlich, für das Lebensende jedoch nicht.

### **Fragen:**

- 5.1. Wie möchten Sie die Modelle der Pflegezeit und Familienpflegezeit an die Bedürfnisse berufstätiger Angehöriger anpassen?**
- 5.2. Wie stehen Sie zum Vorschlag eines Anspruchs auf Lohnersatzleistung bei voll- oder teilzeitiger Freistellung für berufstätige pflegende Angehörige?**
- 5.3. Sofern Sie eine solche Lohnersatzleistung unterstützen: Für wie lange und in welcher ungefähren Höhe sollte sie gewährt werden? Wie dringlich ist aus Ihrer Sicht deren Einführung?**



## 6. Konsequenzen aus dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts zur Verfügbarkeit des Selbsttötungsmittels Natrium Pentobarbital

Im März 2017 urteilte das Bundesverwaltungsgericht, dass das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Suizidwilligen in einer „extremen Notlage“ Zugang zu einem Selbsttötungsmittel verschaffen muss. Voraussetzung hierfür sei eine „schwere und unheilbare Erkrankung mit gravierenden körperlichen Leiden“, die bei dem Betroffenen zu einem „unerträglichen Leidensdruck“ führt. Zudem müsse der Betroffene entscheidungsfähig, frei und ernsthaft zum Suizid entschieden sein und es dürfe „keine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches“ geben.

Der Deutsche Bundestag hat im November 2015 über ein Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe entschieden. Im Vorfeld hatte er ausführlich auch über Modelle diskutiert, die anhand ebenso unbestimmter Kriterien eine Suizidbeihilfe zu regulieren versuchten. Keines dieser Modelle fand im Parlament eine Mehrheit. Das Bundesverwaltungsgericht bekennt selbst, dass die Entscheidung „einen in hohem Maß sensiblen Bereich“ betrifft. Dies gilt insbesondere für schwerstkranke und pflegebedürftige Menschen. Sie können sich durch staatlich organisierte Suizidhilfe-Angebote zur Selbsttötung gedrängt fühlen, um ihren Angehörigen oder der Gesellschaft nicht zur Last zu fallen. Die zahlreichen Möglichkeiten der Palliativmedizin zur Hilfe beim Sterben geraten dabei schnell außer Acht. Zudem wirft die höchstrichterliche Entscheidung die Frage auf, ob und wie eine Bundesbehörde künftig über Leben oder Tod eines Antragstellers entscheiden soll.

### Fragen:

- 6.1. Wie bewerten Sie mögliche Folgen des aktuellen Urteils des Bundesverwaltungsgerichtes zum Zugang zu Selbsttötungsmedikamenten für Suizidwillige in einer „extremen Notlage“?
- 6.2. Wie kann aus Ihrer Sicht eine Bundesbehörde die vom Bundesverwaltungsgericht benannten Kriterien für einen „unerträglichen Leidensdruck“ und die notwendige Dosis eines Selbsttötungsmedikamentes für einen Suizidwilligen bewerten und darüber entscheiden?
- 6.3. Welche Konsequenzen sind aus Ihrer Sicht aus diesem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes zu ziehen?