



Patientenschutzorganisation  
Deutsche Hospiz Stiftung

---

# Sonder Hospiz Info Brief

15. September 2009

Wahlprüfsteine... Wahlprüfsteine... Wahlprüfsteine... Wahlprüfsteine... Wahl

## Wahlprüfsteine zum Patientenschutz der Schwerstkranken und Sterbenden in Deutschland

Antworten der im Deutschen Bundestag vertretenen  
Parteien auf Fragen der  
Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung

---

Impressum:

Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, Geschäftsstelle Dortmund, Europaplatz 7, 44269 Dortmund, Tel. 02 31 / 73 80 73 - 0, Fax 02 31 / 73 80 73 - 1  
Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, Informationsbüro Berlin, Chausseestraße 10, 10115 Berlin, Tel. 030 / 2 84 44 84 - 0, Fax 030 / 2 84 44 84 - 1  
Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, Informationsbüro München, Baldestraße 9, 80469 München, Tel. 089 / 20 20 81 - 0, Fax 089 / 20 20 81 - 11



## 1. Ergänzung der Regelungen des Patientenverfügungsgesetzes

Am 18.06.2009 beschloss der Bundestag das Patientenverfügungsgesetz. Die Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung begrüßt die nun nach jahrelangem Tauziehen verabschiedete gesetzliche Regelung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen, jedoch trägt die ab dem 01.09.2009 geltende Regelung dem Selbstbestimmungsrecht und dem Integritätsschutz nicht genügend Rechnung.

Die Deutsche Hospiz Stiftung ist auf Grund ihrer Beratungspraxis der festen Überzeugung, dass erst eine fachkundige Beratung eine selbstbestimmte Entscheidung ermöglicht.

Zudem machte die Deutsche Hospiz Stiftung die Erfahrung, dass sich der Wille der Betroffenen ändert und die Gefahr besteht, dass eine einmal abgefasste Patientenverfügung nicht mehr dem aktuellen Willen entspricht, aber – aus welchen Gründen auch immer – nicht abgeändert wird. Daher bedarf eine Patientenverfügung, damit diese ihre Wirksamkeit behält und auch tatsächlich den Willen des Betroffenen widerspiegelt, der Aktualisierung.

**Frage:** Werden Sie sich dafür einsetzen, dass eine vorhergehende Beratung als Wirksamkeitsvoraussetzungen für eine Patientenverfügung, sowie eine Verpflichtung zur Aktualisierung der Patientenverfügung alle 2 Jahre in die gesetzlichen Regelungen zur Patientenverfügung aufgenommen werden?

| CDU/CSU   | SPD   | FDP  | Bündnis 90/<br>Die Grünen   | Die Linke   |
|---|---|--|---|---|
| Die Handhabung der Regelungen zu Patientenverfügungen soll genau beobachtet und auf möglichen Änderungsbedarf hin geprüft werden. „Jede Relativierung des Lebensschutzes“ wird abgelehnt. | Ein Änderungsbedarf wird nicht gesehen. „Eine starre Aktualisierungspflicht würde auf Grund der damit verbundenen Sanktion eher zu Rechtsunsicherheit beitragen, als zu mehr Rechtssicherheit.“ | Das Patientenverfügungsgesetz „folgt weitgehend den Vorstellungen der FDP-Bundestagsfraktion“, da als einzige Wirksamkeitsvoraussetzung für eine Patientenverfügung die Schriftform gilt und keine weiteren formellen Hürden, wie zum Beispiel eine vorhergehende Beratungspflicht oder Verpflichtung zur regelmäßigen Aktualisierung, in das Gesetz aufgenommen wurden. | Die neue gesetzliche Regelung zur Patientenverfügung wurde von der Mehrheit der Fraktion unterstützt. | Eine Aktualisierungspflicht wird abgelehnt, da dies zur Folge hätte, dass jeweils die Verbindlichkeit der Patientenverfügung geklärt werden müsste. Eine vorhergehende Beratung sei zwar sinnvoll, jedoch sollte dies ein freiwilliges Angebot bleiben. |

## 2. Flächendeckende Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Seit dem 01.04.2007 haben Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die einer besonders aufwändige Versorgung benötigen, Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß §§ 37 b, 132 d SGB V.

Allerdings läuft dieser Anspruch ins Leere, da nach fast zweieinhalb Jahren immer noch kein auch nur annähernd flächendeckendes Angebot vorliegt, und dies auch in absehbarer Zeit nicht vorliegen wird, da entsprechende SAPV-Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nur sehr schleppend abgeschlossen werden.

**Frage:** Befürworten Sie eine gesetzliche Regelung analog § 73 b Abs. 4 SGB V, durch die die Krankenkassen und Verbände zwecks Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zum Abschluss entsprechender SAPV-Verträge innerhalb einer Frist angehalten werden?

Welche alternativen Schritte werden Sie unternehmen, um eine flächendeckende Versorgung innerhalb kurzer Zeit herzustellen?

| CDU/CSU   | SPD  | FDP   | Bündnis 90/<br>Die Grünen  | Die Linke  |
|---|--|---|--|--|
| Zur Beantwortung wird auf die in der letzten Legislaturperiode erreichten Verbesserungen (gesetzlicher Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Verbesserung der Finanzierung der Hospizarbeit, Aufnahme der Palliativmedizin als Pflicht- und Prüfungsfach für das Medizinstudium) verwiesen. Konkrete Vorschläge zur flächendeckenden Umsetzung der | <p>Aufgrund des politischen Drucks der Bundesregierung haben die Krankenkassen zugesagt, alle Anstrengungen zu unternehmen, um möglichst zeitnah in der Fläche Verträge zur SAPV abzuschließen.</p> <p>Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, über die</p> | „Die Umsetzung (der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung) dauert viel zu lange.“ In den kommenden Monaten wird beobachtet werden, „ob es tatsächlich ein flächendeckendes Angebot gibt und ob auch Menschen in ländlichen Gebieten ausreichend Zugang zu palliativer Versorgung haben. Sollte das bis Ende 2009 nicht der Fall sein, muss überprüft werden, ob die gesetzliche Regelung | Seit Einführung des Rechtsanspruches auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung setzt man sich durch Kleine Anfragen, die Forderung nach Information und Diskussion im Ausschuss sowie in Gesprächen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss und den Kassen für eine schnelle Umsetzung ein. | Die schleppende Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wird kritisiert. „Auf dem Rücken der Todkranken versuchen die Kassen, im GKV-WSG zugesicherte Leistungen so lange wie möglich hinaus zu zögern. Eine Fristsetzung wäre hier eine gute Maßnahme, um endlich zu Vertragsabschlüssen zu kommen.“ |
|   |  |   | Ein gesetzlicher Zwang   |  |



|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| spezialisierten ambulanten Palliativversorgung werden nicht genannt. | Leistungsentwicklung im Bereich der SAPV jährlich – erstmals Ende 2009 - einen Bericht vorzulegen.<br><br>Dies sichert eine genaue Beobachtung der Entwicklung dieses neuen Leistungssegments und dient der Prüfung, ob die anvisierten Ziele auch tatsächlich erreicht werden. | verbessert werden muss.“<br><br>Notwendig sei zudem eine verbesserte Ausbildung in den Medizin- und Pflegeberufen auf die Palliativmedizin. „Es ist richtig, dass die Palliativmedizin durch eine aktuelle Gesetzesänderung nun verpflichtender Bestandteil der ärztlichen Ausbildung wird.“ | zum Vertragsschluss wird nicht für sinnvoll erachtet. Eine solche Verpflichtung wäre nicht umsetzbar, da es an qualifizierten Leistungserbringern in Medizin und Pflege fehle. Stattdessen wolle man bei der Verbesserung der Qualifikation bezüglich Palliativmedizin ansetzen. |
|--|---|--|--|

### 3. Verbesserung der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden

#### 3.1 Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen

Nur in seltenen Fällen beschäftigt ein Pflegeheim einen eigenen Arzt zur medizinischen Betreuung der Heimbewohner. Vielmehr werden die meisten Heimbewohner von den jeweiligen externen Hausärzten betreut. Eine ständige ärztliche Präsenz würde die Versorgung deutlich erhöhen. So konnte zum Beispiel bei einem Modellprojekt in München die Zahl der Kliniküberweisungen um 30 % gesenkt werden. Dadurch konnten unsinnige Überweisungen in Kliniken vermieden und Kosten gesenkt werden.

Ebenso ist die fachärztliche Versorgung der Heimbewohner mangelhaft. Eine Studie in 2008 ergab, dass Pflegebedürftige mit psychischen Störungen oder Parkinson-Syndrom nur 2,5 Mal im Jahr mit einem Neurologen oder Psychiater in Kontakt kämen. Auch liegt die jährliche Behandlungsquote durch Augenärzte um 50 % niedriger als bei nicht pflegebedürftigen Personen. Bei Orthopäden fällt die Behandlungsquote um 30 % ab.

**Frage:** Sollte nach Ihrer Ansicht jedes Pflegeheim gesetzlich verpflichtet sein, zwingend einen eigenen Arzt zu beschäftigen?

Falls Sie eine dahingehende gesetzliche Regelung ablehnen, bitten wir uns mitzuteilen, was Sie unternehmen wollen, um eine Anstellung eines Arztes für ein Pflegeheim finanziell attraktiv zu machen?

Sind Sie dafür, dass die Anstellung eines Arztes und der fachärztliche Versorgungsgrad in den Bewertungskatalog der Qualitätsprüfung aufgenommen werden?

Werden Sie sich dafür einsetzen, dass die Bewertungskriterien nicht länger allein von den Spitzenverbänden (§ 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI), also den Interessensvertretern der Leistungserbringer und Leistungsträgern, vereinbart werden, sondern dass diese vom Gesetzgeber vorgegeben werden, um einen ausreichenden Patientenschutz zu gewährleisten?

| CDU/CSU   | SPD   | FDP  | Bündnis 90/<br>Die Grünen   | Die Linke   |
|---|---|--|---|---|
| <p>Die „freie Arzt- und Krankenhauswahl gehören zum Kern eines freiheitlichen Gesundheitswesens.“</p> <p>Hinsichtlich der Qualitätssicherung in der Pflege wird auf den ab 2011 geltenden jährlichen Prüfturnus des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen verwiesen. Auf der Grundlage der daraus zu treffenden Evaluation soll dann entschieden werden, „ob neue Wege der Qualitätsprüfung von Pflegeleistungen eingeschlagen werden müssen.“</p> | <p>Jedes Pflegeheim könne bereits schon jetzt gemäß § 119 b SGB V einen eigenen Arzt anstellen, wenn es zu keinen Kooperationsvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung komme. Somit lägen die notwendigen rechtlichen Voraussetzungen bereits vor. Die Ursache für das Fehlen von Heimärzten in ausreichender Zahl, wird darin gesehen, dass sich die meisten Ärzte gegen ein Anstellungsverhältnis in einem Pflegeheim entscheiden würden.</p> | <p>„Die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen muss unter Wahrung des Rechts auf freie Arztwahl verbessert werden.“ Es wird „sich für eine enge Kooperation von niedergelassenen Ärzten mit Pflegeheimen“ ausgesprochen, „die eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit und regelmäßige Visiten umfasst.“ Die Anstellung eines Heimarztes wird nicht ausdrücklich angestrebt.</p> <p>Hinsichtlich des Bewertungsschemas wird darauf hingewiesen,</p> | <p>Die Festanstellung eines Heimarztes sei nur dann sinnvoll, wenn er eine geriatrische Fachqualifikation aufweisen könne und mit den Akteuren vor Ort gut vernetzt sei. Vorzugswürdig seien daher enge Kooperationen zwischen Heimen und regional ansässigen Fachärzten bzw. Versorgungszentren über integrierte Versorgungsverträge.</p> <p>Die Bewertungskriterien der Qualitätsprüfung werden dahingehend</p> | <p>„Die fehlende Präsenz von Heimärzten ist dem Einfluss der Kassenärztlichen Vereinigungen geschuldet. Mit ihrem Verweis auf die "freie Arztwahl" bekämpfen sie alle Versuche, Heimärzte zu beschäftigen.“ Den meisten Heimbewohnern wäre durch einen fest angestellten Heimarzt enorm geholfen.</p> <p>„Die fehlende fachärztliche Versorgung könnte ebenfalls durch einen Heimarzt verbessert werden.“</p> |



|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | dass dieses von der Pflege-selbstverwaltung erarbeitet wurde. „In der Pflege braucht es nicht immer weiterer staatlicher Reglementierung, sondern mehr Freiheit und Verantwortung.“ | kritisiert, dass diese ohne Einbeziehung der Selbsthilfe- und Angehörigenverbände entwickelt wurden. |  |
|--|--|---|--|--|

### 3.2 Pflegeschlüssel in Krankenhäusern

Obwohl die Zahl der Krankenhauspatienten seit Jahrzehnten kontinuierlich steigt, wurden seit Mitte der 1990er Jahre in erheblichem Umfang Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser abgebaut. Immer weniger Pflegekräfte müssen immer mehr Patienten versorgen. In einer Modellrechnung errechnete eine Studie im Jahr 2008, dass angesichts der gestiegenen Leistungszahlen gegenwärtig ca. 70.000 mehr Pflegekräfte in Krankenhäusern erforderlich wären, um den gleichen Versorgungsstandard wie Mitte der 1990er wieder zu erreichen.

**Frage:** Welches Konzept haben Sie, um diese Fehlentwicklung zu beheben? Wie soll dies finanziert werden?

| CDU/CSU  | SPD  | FDP  | Bündnis 90/<br>Die Grünen   | Die Linke   |
|--|--|--|---|---|
| Zur Beantwortung dieser Frage wird auf das in der auslaufenden Legislaturperiode Erreichte (Förderprogramm zur Errichtung von 17.000 neuen Pflegestellen innerhalb der nächsten 3 Jahre, Möglichkeit des Einsatzes zusätzlicher Betreuungskräfte - ohne Pflegeausbildung | Es wird auf die in dieser Legislaturperiode getroffenen Maßnahmen verwiesen, wodurch eine „spürbare Erleichterung und Verbesserung für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und für die Pflegeberufe erreicht“ worden sei: | Es wird sich dafür ausgesprochen, „zu einem System überzugehen, das den Krankenhäusern unter Nutzung eventuell vorhandener Effizienzreserven ermöglicht, leistungsgerechte Preise für die von ihnen erbrachten Leistungen zu erzielen. | Der behandlungspflegerische Aufwand soll im Fallpauschalen-System (DRGs) deutlicher als bisher sichtbar gemacht und damit auch deutlich besser vergütet werden. Zusätzlich soll eine verlässliche Datengrundlage geschaffen werden, | „Die Versorgungsqualität der Krankenhäuser sinkt mit der zunehmenden Ökonomisierung der stationären Versorgung. Möglichst hohe Gewinne lassen sich aus den Fallpauschalen nur dann erzielen, wenn der Patient möglichst schnell das Krankenhaus wieder verlässt.“ |

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <p>im herkömmlichen Sinne - in stationären Pflegeeinrichtungen mit erheblichem Betreuungsaufwand) verwiesen.</p> | <p>Sog. Modellklausel (Pflegerberufe dürfen auch heilkundliche Tätigkeiten erbringen und abrechnen), erweiterte steuerliche Förderung von Pflege- und Betreuungsleistungen, komplette Finanzierung der dreijährigen Umschulung zur Altenpflege- oder Krankenpflegekraft und erstmals direkte Zuschüsse zu Finanzierung von mehr Personal für Menschen mit Demenz.</p> | <p>Den Krankenhäusern muss die Möglichkeit gegeben werden, die Entwicklung der Krankenhausvergütung an der Entwicklung des Krankenhauses auszurichten.“</p> | <p>die Auskunft über den Zusammenhang zwischen Pflegequalität, Anzahl der Pflegekräfte und deren Qualifikation gibt.</p> | <p>Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung wird der Aufbau von Polikliniken in den Krankenhäusern gefordert, um sowohl stationäre wie ambulante Leistungen anbieten zu können.</p> |
|--|---|---|--|--|

#### 4. Strafrechtliche Änderungen zur Sterbehilfe

##### 4.1 Aktive Sterbehilfe

Die aktive Sterbehilfe ist in Deutschland gemäß § 216 Strafgesetzbuch (Tötung auf Verlangen) strafbar. Es gibt allerdings Bestrebungen die aktive Sterbehilfe zu legalisieren.

**Frage:** Treten Sie dafür ein, dass die aktive Sterbehilfe weiterhin strafbar bleibt?

| CDU/CSU  | SPD   | FDP   | Bündnis 90/<br>Die Grünen  | Die Linke   |
|--|---|---|--|---|
| <p>Eine Legalisierung aktiver Sterbehilfe wird ausdrücklich abgelehnt.</p> | <p>Die aktive Sterbehilfe wird kategorisch abgelehnt.</p> | <p>Es wird kein „gesetzlicher Änderungsbedarf im Bereich der aktiven Sterbehilfe“ gesehen. Bei allen Fragen rund um die Sterbehilfe handelt es sich um Gewissensentscheidungen.</p> | <p>Man sieht „keine Veranlassung für eine Aufhebung der Strafbarkeit aktiver Sterbehilfe.“</p> | <p>Es wird sich „entschieden gegen aktive Sterbehilfe“ ausgesprochen.</p> |



#### 4.2 Geschäftsmäßige und gewerbliche Beihilfe zur Selbsttötung

In Deutschland zeichnen sich Entwicklungen ab, die zum Ziel haben, die Beihilfe zur Selbsttötung in gewerblicher Form anzubieten. Hier besteht die Gefahr, dass aus einer momentanen Verzweiflungssituation die unumkehrbare Entscheidung zum Suizid getroffen wird, die ohne die erleichterte Verfügbarkeit von zur Selbsttötung geeigneten Mitteln und Gegenständen nicht erfolgt wäre. Im Übrigen kann sich daraus ein, wenn auch nur subjektiv empfundener, Erwartungsdruck auf schwerkranke und alte Menschen entwickeln. Darüber hinaus widerspricht es dem Menschenbild des Grundgesetzes, wenn mit dem Suizid und dem Leid von Menschen Geschäfte gemacht werden. Einer „Kommerzialisierung des Tötens“ muss unter allen Umständen Einhalt geboten werden.

Dem folgend hat der Bundesrat in seiner 846. Sitzung am 04.07.2008 die Entschließung gefasst, dass bis spätestens Ende des Jahres 2008 entsprechend gesetzgeberisch gehandelt wird. Bis heute ist aber nichts geschehen.

**Frage:** Wollen Sie einen Gesetzesentwurf einbringen, der eine Strafbarkeit der geschäftsmäßigen und gewerbsmäßigen Beihilfe zum Suizid vorsieht? Falls nicht, werden sie für eine entsprechende Gesetzesänderung stimmen?

| CDU/CSU   | SPD   | FDP   | Bündnis 90/<br>Die Grünen   | Die Linke   |
|---|---|---|---|---|
| Die geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung soll verboten und unter Strafe gestellt werden. | „Eine regelrecht geschäftsmäßige und gewerbliche Beihilfe zur Selbsttötung kann nicht hingenommen werden.“<br>Es werden Maßnahmen geprüft werden, „die vor allem auf gewerberechtliche Aspekte“ abzielen.<br><br>Eine mögliche strafrechtliche Sanktion wird nicht genannt. | Die „rein gewinnorientierte Vermittlung von Sterbehilfe“ wird abgelehnt. „Bezüglich der Weitergabe von entsprechenden tödlich wirkenden Medikamenten“ wird darauf hingewiesen, „dass dies schon heute auf Grund der strengen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes verboten“ sei.<br><br>Einer Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Vermitt- | Die gewerbsmäßige und die geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid werden „sehr kritisch“ gesehen. So das Thema in der nächsten Legislaturperiode im Bundestag behandelt wird, würde es aber voraussichtlich keine Gesetzesinitiative geben, sondern – wie bei anderen Gesetzen mit bioethischen Inhalten – eine vom Fraktionszwang befreite Diskussion. | „Dem Inhalt eines solchen Gesetzesentwurfs“ könne man „uneingeschränkt zustimmen.“ Die endgültige Entscheidung bleibt den Fraktionsmitgliedern vorbehalten. |



|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | lung von Gelegenheiten zur Selbsttötung wird ausdrücklich entgegengetreten. Da „eine erfolgreiche Vermittlungstätigkeit nicht verlangt“ werde, würden auch bisher straflose „Beihilfehandlungen aus caritativen oder seelsorgerischen Motiven unter Strafe gestellt, soweit das Ausmaß der individuellen Unterstützung verlassen“ werde. |  |  |
|--|--|--|--|--|

## Die Antworten der Parteien im Wortlaut

### CDU/ CSU

**Frage 1:** „Der Deutsche Bundestag hat jüngst die Patientenverfügung gesetzlich geregelt. Ethische und existentielle Fragen, die den Umgang mit Tod und Leben betreffen, sind letzten Endes immer Gewissensfragen. Von daher haben die Parteien und Fraktionen im Deutschen Bundestag von einer Festlegung von Positionen Abstand genommen. Vielmehr haben die Abgeordneten nach einem langen und ausführlichen Diskussionsprozess im Deutschen Bundestag hier jeweils frei nach ihrem Gewissen entschieden. Die überwiegende Zahl der Abgeordneten von CDU und CSU haben dabei den Gesetzentwurf der Gruppe um Wolfgang Bosbach, stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Fraktion, mitgetragen. Dieser Entwurf, der keine Mehrheit im Bundestag gefunden hat, sah unter anderem eine ärztliche Beratung als Wirksamkeitsvoraussetzung für die Patientenverfügung vor. Auch sollte die Patientenverfügung alle fünf Jahre erneuert werden.“

Die Mehrheit des Deutschen Bundestages hat anders entschieden. Wir werden nun die Handhabung der Regelungen über die Patientenverfügung in der Praxis sehr genau beobachten und prüfen, ob und wo es Änderungsbedarf gibt, da wir jede Relativierung des Lebensschutzes ablehnen.“

**Frage 2:** „CDU und CSU haben sich in der zu Ende gehenden Legislaturperiode in vielfältiger Weise für eine flächendeckende spezialisierte ambulante



Palliativversorgung eingesetzt. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV wurde auf Initiative der Union erstmals ein Leistungsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung eingeführt und damit die palliativmedizinische Versorgung in der GKV deutlich verbessert. Der Leistungsanspruch umfasst neben ärztlichen und pflegerischen Leistungen – bei Bedarf rund um die Uhr – auch die Koordinierung der einzelnen Teilleistungen. Wir haben die Umsetzung durch die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen intensiv beobachtet und mit einer Gesetzesänderung im Rahmen der 15. AMG-Novelle auch dafür gesorgt, dass die Finanzierung ambulanter und stationärer Hospize künftig auf eine sichere Grundlage gestellt wird. Mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus wurde die Aufnahme der Palliativmedizin als Pflicht- und Prüfungsfach für das Medizinstudium beschlossen. Somit erwerben alle Studentinnen und Studenten der Medizin die erforderlichen Kenntnisse in Palliativmedizin in ihrer Ausbildung, wobei es sowohl um die Erweiterung von Fachkenntnissen als auch um die Sensibilisierung für die Angemessenheit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen geht. Dies war der Union besonders wichtig, da wir wollen, dass Schwerkranke und Sterbende eine kompetente medizinische Versorgung erhalten.

Alle diese Maßnahmen werden vielen Menschen in ihrer schwersten Lebensphase Hilfe bringen. CDU und CSU werden auch künftig die palliativmedizinischen Versorgungsangebote weiter ausbauen und fördern.“

**Frage 3.1:** „Therapiefreiheit, freie Arzt- und Krankenhauswahl gehören für CDU und CSU zum Kern eines freiheitlichen Gesundheitswesens. Dabei kann die ärztliche Versorgung durch niedergelassene oder angestellte Ärzte durchgeführt werden. Entsprechende Regelungen wurden im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz getroffen.

Wir werden die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Kassen und Leistungserbringer mehr Möglichkeiten für passgenaue und einzelvertragliche Regelungen erhalten. So können auf die jeweiligen Versorgungserfordernisse in den Regionen individuell zugeschnittene Versorgungskonzepte entstehen, die den regionalen Besonderheiten ebenso Rechnung tragen wie den aus unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen erwachsenden differenzierten Anforderungen an die Vertragsgestaltung. Besonderen Qualitätsanforderungen genügende hausarztzentrierte Versorgung hat für uns dabei eine hohe Priorität. Einen ebenso hohen Stellenwert hat für uns in Zukunft aber auch die Erhaltung eines breiten Spektrums an freiberuflichen niedergelassenen Fachärzten.

Mit der Reform der Pflegeversicherung wurde mehr Transparenz über die Qualität von Pflegeleistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor beschlossen. Ab 2011 wird ein jährlicher Prüfturnus des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) als Regelprüfung eingeführt. Bis dahin wird jede zugelassene Pflegeeinrichtung mindestens einmal geprüft. Alle Prüfungen erfolgen grundsätzlich unangemeldet. In den Prüfungen soll zukünftig der Schwerpunkt auf die Prüfung des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen gelegt werden. Damit bei Qualitätsprüfungen immer die neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse einfließen, wird sichergestellt, dass die entsprechenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt angepasst werden. Die Ergebnisse sind in verständlicher, umfassender, nachprüfbarer übersichtlicher und zuverlässiger Form zu veröffentlichen. Ziel ist es, die Verbraucher mit aktuellen, qualitätsgesicherten Informationen zu versorgen, damit sie in der Lage sind, vorhandene Angebote zu vergleichen und eine Entscheidung treffen zu können. CDU und CSU

werden auf Grundlage der zu treffenden Evaluation entscheiden, ob neue Wege in der Qualitätsprüfung von Pflegeleistungen eingeschlagen werden müssen.“

**Frage 3.2:** „Im Krankenhaussektor wurde bereits ein Förderprogramm zur Errichtung von 17 000 neuen Pflegestellen innerhalb der nächsten 3 Jahre verabschiedet. Ziel ist es, dem Abbau von rund 50 000 Pflegestellen in den letzten 10 Jahren zu begegnen.“

Auch im Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde bereits geregelt, dass zusätzliche Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsaufwand eingesetzt werden können. Da hierfür keine Pflegeausbildung im herkömmlichen Sinne Voraussetzung ist, wurde gleichzeitig eine Grundlage für eine neue sozialversicherungspflichtige Tätigkeit gelegt, die auch von älteren Personen ausgeübt werden kann.

Deutschland ist damit auf einem guten Weg, der Pflege, die auch heute noch überwiegend von Frauen erbracht wird, den Stellenwert einzuräumen, den sie in einer älter werdenden Gesellschaft benötigt.“

**Frage 4.1:** „CDU und CSU lehnen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ab. Nützlichkeitsabwägungen dürfen nicht über den Schutz allen menschlichen Lebens gestellt werden. Wir unterstützen nachdrücklich den Einsatz für ein Sterben in Würde wie etwa in der Hospizbewegung.“

**Frage 4.2:** „Eine geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung wollen wir verbieten und unter Strafe stellen.“

## SPD

**Frage 1:** „Die SPD hat sich mit Nachdruck für eine handhabbare, juristisch wie ethisch einwandfreie Regelung für das rechtsverbindliche Verfassen von Patientenverfügungen eingesetzt. Maßstab hierfür ist der freie Wille des Patienten darüber zu entscheiden, welche medizinischen Maßnahmen bei bestimmter und festgelegter Anamnese im Falle einer nicht mehr möglichen direkten Entäußerung von Ärzten durchgeführt werden dürfen. Das jetzt vorliegende Gesetz wird diesen Kriterien gerecht. Die SPD begrüßt das Ergebnis außerordentlich!“

Die Frage, ob eine verpflichtende Aktualisierung im Gesetz vorgeschrieben werden soll, wurde lange und intensiv bei den Gesetzesberatungen besprochen. Letztendlich hat sich der Gesetzgeber dagegen entschieden. Gleichwohl findet sich in der Gesetzesbegründung die ausdrückliche Empfehlung an all jene, die von der Verfügungsmöglichkeit Gebrauch machen, diese in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren.

Die SPD teilt die Ansicht des Gesetzgebers. Eine starre Aktualisierungspflicht würde aufgrund der damit verbundenen Sanktion eher zu Rechtsunsicherheit beitragen, als zu mehr Rechtssicherheit. Genau dies soll aber mit dem Gesetz erreicht werden. Die Wirksamkeit einer in vollem Umfang



zutreffenden Willenserklärung sollte nicht vom Kalender abhängen.“

**Frage 2:** „Obwohl die rechtlichen Voraussetzungen für Vertragsabschlüsse zu SAPV seit Mitte 2008 vorliegen, gibt es bisher leider kaum entsprechende Vertragsabschlüsse. Erst seit kurzer Zeit kommt Bewegung in die Vertragslandschaft – nachdem das Bundesgesundheitsministerium und die Gesundheitspolitiker aller Parteien auf die Krankenkassen erheblichen Handlungsdruck ausgeübt haben.

Da es nicht akzeptabel ist, dass die Umsetzung der SAPV verzögert wird, steht das Bundesgesundheitsministerium mit den Verantwortlichen seit Monaten im Gespräch und drängt auf eine rasche und flächendeckende Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Auch der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, der Krankenkassen und Leistungserbringerverbände im Januar 2009 zu einer Anhörung über die Umsetzung der SAPV geladen hatte, wirkt entsprechend auf die Krankenkassen ein.

Aufgrund des politischen Drucks der Bundesregierung haben die Krankenkassen zugesagt, alle Anstrengungen zu unternehmen, um möglichst zeitnah in der Fläche Verträge zur SAPV abzuschließen. Dabei streben die Krankenkassen einheitliche – möglichst auch kassenartenübergreifende – Lösungen an.

Versicherte, deren Krankenkassen SAPV noch nicht anbieten, können sich die Leistung selbst beschaffen und Kostenerstattung geltend machen (Anspruch auf Kostenerstattung bei unaufschiebbarer Leistung nach § 13 Abs. 3 SGB V).

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, über die Leistungsentwicklung im Bereich der SAPV jährlich – erstmals Ende 2009 - einen Bericht vorzulegen. Dies sichert eine genaue Beobachtung der Entwicklung dieses neuen Leistungssegments und dient der Prüfung, ob die anvisierten Ziele auch tatsächlich erreicht werden. Untersucht werden soll darüber hinaus, ob außerhalb des Bereichs der SAPV weitere Verbesserungen der Palliativversorgung erforderlich sind.

Es ist uns ein ganz besonderes Anliegen, dass sterbende und schwerstkranke Menschen möglichst wenig erliden müssen und in Würde sterben können. Deshalb werden wir die Entwicklung der Palliativversorgung sehr genau beobachten und weiteren Handlungsbedarf prüfen.“

**Frage 3.1:** „In der Vergangenheit wurde die ambulante ärztliche Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen vielfach kritisiert. Diese Kritik haben wir aufgegriffen und mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eine Regelung in das SGB V aufgenommen, die zur Verbesserung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen beitragen soll.

§ 119 b SGB V gibt stationären Pflegeeinrichtungen bei entsprechendem Bedarf die Möglichkeit, bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) auf den Abschluss eines Kooperationsvertrages mit geeigneten Leistungserbringern zu drängen, um die ärztliche Versorgung ihrer Pflegebedürftigen sicherzustellen. Gelingt es der KV nicht, Vertragsärzte zu finden, die zu einem entsprechenden Kooperationsvertrag bereit sind, kann das Pflegeheim eigene Ärzte anstellen und mit diesen die vertragsärztliche Versorgung ihrer Heimbewohner sicherstellen.

Damit haben wir die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, um auch in Zukunft die wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung auch von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zu gewährleisten. Es liegt in der Verantwortung der Beteiligten vor Ort, die neuen rechtlichen Möglichkeiten zu nutzen. Auch hier sollten wir die Wirkung der neuen Handlungsoptionen genau beobachten, ehe wir über neue Regelungen entscheiden.

In Deutschland gehören Ärzte und Ärztinnen zu den Topverdienern. Nicht nur unter den Freiberuflern, sondern auch als abhängig Beschäftigte erzielen Ärzte und Ärztinnen damit in Deutschland die nahezu höchsten Einkommen. Bemerkenswert ist zudem der Einkommensabstand zu den anderen Gesundheitsberufen. Krankenschwestern/-pfleger sowie Hebammen erzielen nur rd. 46 Prozent des Ärztteeinkommens; Masseur/innen und Krankengymnasten/innen sowie verwandte Berufe lediglich rd. 40 Prozent. Dies muss man im Blick haben, wenn über finanzielle Anreize für Ärzte gesprochen wird.

Deshalb kann es nur darum gehen, die Rahmenbedingungen für Ärzte in Pflegeheimen attraktiver zu gestalten. Umfragen unter Medizinstudenten ergaben, dass für die allermeisten Studierenden Fragen der Arbeitszeit und der Arbeitsorganisation – nicht nur bei dem zunehmenden Teil der Ärztinnen – eine besondere Rolle bei der Entscheidung spielen, als Arzt oder Ärztin in die medizinische Versorgung zu gehen. Auch familiengerechte Weiterbildungsmöglichkeiten sind ein wichtiger Punkt. Im übrigen sollte sich, wer sich Sorgen über den ärztlichen Nachwuchs in Pflegeheimen macht, angesichts der Entwicklung der Studierenden-Zahlen die häufig brachliegende hervorragende berufliche Qualifikation von Frauen stärker in den Blick nehmen. Pflegeheime sollten angehenden Ärztinnen und Ärzten viel stärker zeigen, dass sie willkommen sind, dass sie gebraucht werden, indem sie bei der Gestaltung von Arbeitsplatzangeboten insbesondere den Aspekt der Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Blick haben.

Die Attraktivität der Arbeit in Pflegeheimen entscheidet sich schließlich auch an der Frage, wie künftig die Zusammenarbeit untereinander gestaltet wird. Es wird neue sinnvolle und moderne Kooperationsformen geben müssen, wie auch überkommene Hierarchien und Aufgabenteilungen müssen in Frage gestellt und Kompetenzen delegiert werden, damit die Qualifikation jedes Einzelnen optimal zum Wohle der Patienten eingesetzt werden kann. Gerade die Versorgung demenziell erkrankter und pflegebedürftiger Menschen ist ein klassischer Bereich, in den die Kompetenzen und Qualifikationen der Pflegekräfte mehr noch als bisher in die Versorgung einbezogen werden müssen. Die Gemeindegeschwister AGnES und die Modellklauseln im Pflegeweiterentwicklungsgesetz sind erste wichtige Lösungsansätze. Weitere werden folgen.

Wir haben mit unserem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auch reagiert auf die immer wieder geführte Klage schlechter Pflege und für mehr Qualität und Transparenz in den Einrichtungen gesorgt. Neben der Qualitätsentwicklung durch Verankerung von Expertenstandards und strengen Vorgaben für die externe Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) haben wir für die stärkere Anerkennung des internen Qualitätsmanagements und Transparenz der Ergebnisse gesorgt.

Die Qualität der Leistungen von Pflegeeinrichtungen wird nach einer klaren Systematik veröffentlicht. Die medizinische Versorgung gehört selbstverständlich auch zum Prüfkatalog bei den Qualitätsprüfungen, an dessen Erarbeitung im übrigen auch Verbände der pflegebedürftigen und behinderten Menschen einbezogen worden sind. Ob die Anstellung eines Arztes und der fachärztliche Versorgungsgrad in den Heimen zusätzlich in den Be-



wertungskatalog der Qualitätsprüfung aufgenommen werden sollen, hat nicht der Gesetzgeber zu entscheiden, sondern kann nur das Ergebnis der Verhandlungen der Selbstverwaltung sein, wie es im Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes geregelt ist.

Das BMG hat aus gutem Grund keine Regelungskompetenz, weil hier vor allem der fachlich-pflegerische Sachverstand die Partner der sogenannten Pflegeselbstverwaltung (Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene) gefragt ist, die unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) eine Gesamtbewertung in Form von Schulnoten von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ vereinbart haben. Betroffenenverbände, Verbraucherorganisationen und Berufsverbände wurden - wie gesetzlich vorgesehen - beteiligt. Damit stehen die Vereinbarungen auf einem breiten, konsentierten Fundament.“

**Frage 3.2:** „Wir haben in dieser Legislaturperiode Maßnahmen zur Stärkung der Attraktivität des Pflegesektors bzw. zur Sicherstellung des notwendigen Pflegepersonals ergriffen:

Modellklausel: Angehörige der nichtärztlichen Heilberufe haben grundsätzlich keine Ausbildung in den ärztlichen Kernaufgaben der Diagnostik und Festlegung des Behandlungsablaufs. Heilkundliche Tätigkeiten erbringen sie im Rahmen ihres jeweiligen Berufsbildes auf Veranlassung (Anordnung oder Verordnung) des Arztes, d.h. im Rahmen der Delegation. Deshalb haben wir im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eine weitere Modellklausel in das SGB V aufgenommen, nach der die Pflegeberufe auch heilkundliche Tätigkeiten erbringen und abrechnen dürfen (§ 63 Abs. 3c SGB V). Die Modellklausel ist eng verknüpft mit einer Modellklausel im Krankenpflegegesetz, nach der die Ausbildung um die hierfür erforderlichen heilkundlichen Kompetenzen erweitert werden muss (vgl. § 4 Abs. 7 KrPflG). Für die Altenpflegeausbildung gelten die Aussagen zur Krankenpflege im Wesentlichen entsprechend.

Erweiterte steuerliche Förderung von Pflege- und Betreuungsleistungen:

Mit dem weitgehend zum 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Gesetz zur Förderung von Familien und haushaltsnahen Dienstleistungen (Familienleistungsgesetz – Fam LeistG) will die Bundesregierung einen gezielten Impuls für professionelle Dienstleistungen sowie legale sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse setzen. Mit der erweiterten steuerlichen Förderung haushaltsnaher Dienstleistungen einschließlich Pflege- und Betreuungsleistungen sollen pflegende Angehörige entlastet und der „Jobmotor Pflege“ unterstützt werden.

Befristete dreijährige Finanzierung der Umschulung:

Nach der seit Ende 2005 geltenden Rechtslage werden bei Umschulungsmaßnahmen, die nach dem 31. Dezember 2005 begonnen worden sind, nur die ersten beiden Jahre von der Bundesagentur für Arbeit (BA) gefördert. Im Rahmen des Konjunkturprogramms II wurde erneut die Vollfinanzierung von zusätzlichen Umschulungen zur Altenpflege- oder Krankenpflegefachkraft durch die BA für einen befristeten Zeitraum von zwei Jahren vorgesehen. Damit sollen mehr Menschen motiviert werden, eine Umschulung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger zu absolvieren.



Im Rahmen des Gesetzes zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland vom 2. März 2009 ist u.a. geregelt worden, dass die BA mit Wirkung vom 1. Februar 2009 für in den Jahren 2009 und 2010 beginnende dreijährige Umschulungen in diesem Bereich die komplette Finanzierung übernimmt (§ 421t Absatz 6 SGB III). Weitere Voraussetzung ist, dass die Alten- oder Krankenpflegeschule und deren Schulungsangebot nach §§ 85 ff SGB III zertifiziert sind.

Bei der Verbesserung der Versorgung demenziell erkrankter Heimbewohner und Heimbewohnerinnen sind wir einen ganz neuen Weg gegangen und haben erstmals direkte Zuschüsse zur Finanzierung von mehr Personal für Menschen mit Demenz, für psychisch Kranke und geistig behinderte Menschen beschlossen. Das ist eine Abweichung von dem Prinzip, dass nur der Einzelne sich Leistungen kaufen kann. Mittlerweile kann man davon ausgehen, dass rund 160.000 stationär Pflegebedürftige von rund 10.000 zusätzlichen Kräften besser als bisher betreut werden. Die 10.000 neuen Arbeitsplätze verteilen sich auf rund 6.500 Vollzeitstellen, da viele in Teilzeit arbeiten. Und von Woche zu Woche kommen weitere hinzu.

Hierdurch haben wir spürbare Erleichterungen und Verbesserungen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und für die Pflegeberufe erreicht.“

**Frage 4.1:** „Die SPD lehnt eine aktive Sterbehilfe kategorisch ab. Das Recht eines jeden Menschen, in jedem Stadium einer Erkrankung eine medizinische Behandlung ablehnen zu können, bedeutet nicht, anderen die Befugnis zu seiner Tötung zu geben. Wir sind der festen Überzeugung, dass es nicht dem Staat obliegen darf, etwaige Bedingungen zu regeln, durch die das subjektive Recht auf Selbsttötung unter allen Umständen realisiert werden kann oder gar werden muss. Dem Individualrecht auf Selbstbestimmung entspricht hier keine Pflicht, schon gar keine staatliche.

Viel mehr brauchen wir einen gesellschaftlichen Wandel im Umgang mit Sterben und Tod. Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages hat in ihrem Zwischenbericht wichtige Verbesserung der Palliativmedizin und Hospizarbeit gefordert. Die hier gemachten konkreten Vorschläge werden wir daraufhin prüfen, ob Gesetzesänderungen erforderlich sind, um die Palliativmedizin und die Hospizarbeit in Deutschland auf hohem Niveau abzusichern und bei Bedarf qualitativ zu verbessern. Außerdem werden wir uns wie bisher dafür einsetzen, dass die bereits geschaffenen gesetzlichen Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung von allen Beteiligten tatsächlich genutzt werden. Wichtig ist uns dabei eine Vernetzung sämtlicher Bereiche der Palliativmedizin und der Hospizarbeit.“

**Frage 4.2:** „Eine regelrecht geschäftsmäßige und gewerbliche Beihilfe zur Selbsttötung kann nicht hingenommen werden. Diese sittenwidrige Machenschaften – wie sie etwa vom früheren Hamburger CDU-Justizsenator angeboten wurden - nutzen die existentiellen Nöte todkranker Menschen aus. Die SPD wird hier Maßnahmen prüfen, die vor allem auf gewerberechtliche Aspekte abzielt und mit der heute geltenden Rechtsdogmatik im Einklang steht.“

## FDP

**Frage 1:** „Die FDP begrüßt ausdrücklich, dass der Deutsche Bundestag in der 16. Wahlperiode nach jahrelanger Beratung ein Gesetz zur rechtlichen



Verbindlichkeit von Patientenverfügungen beschlossen hat. Das Gesetz folgt weitgehend den Vorstellungen der FDP-Bundestagsfraktion, die bereits in der 15. und 16. Wahlperiode eigene Anträge hierzu in den Deutschen Bundestag eingebracht hat. Als einzige förmliche Wirksamkeitsvoraussetzung für eine Patientenverfügung gilt die Schriftform. Sie dient der Rechtssicherheit und soll den Patienten vor unüberlegten Festlegungen warnen. Eine vorhergehende Beratungspflicht sowie eine Verpflichtung zur regelmäßigen Aktualisierung sieht das Gesetz nicht vor. Es wurde bewusst darauf verzichtet, hohe formelle Hürden vorzusehen, die einen Patienten womöglich von der Abfassung einer Patientenverfügung abhalten könnten. Gerade eine Aktualisierungspflicht wirft große Probleme auf hinsichtlich der Frage, ob der Verfasser bis zum Fristablauf noch entscheidungsfähig war, um seine Patientenverfügung bestätigen oder aktualisieren zu können. Gleichwohl wird in der Gesetzesbegründung eine fachkundige Beratung als auch eine regelmäßige Aktualisierung der Patientenverfügung empfohlen. Es wird darauf hingewiesen, dass der Verfasser beim Verzicht auf eine fachkundige Beratung das Risiko einer fehlenden Bindungswirkung seiner Patientenverfügung aufgrund nicht hinreichend konkreter Formulierungen trägt.“

**Frage 2:** „Die meisten Menschen wollen zu Hause im Kreis ihrer Familie sterben. Oft ist das Sterben zu Hause heute jedoch nicht möglich, weil die Familie überfordert ist oder weil es gar keine Familie gibt. Deshalb sind Hospizdienste so wichtig, die die Bedingungen dafür schaffen, dass sterbenskranke Menschen und ihre Angehörigen die Unterstützung erhalten, die für eine menschenwürdige letzte Phase des Lebens notwendig ist. Diese Hospizdienste müssen angemessen von der Gesellschaft und vom Staat unterstützt werden, stationär und gerade auch ambulant.

Dabei geht es nicht nur um die psychosoziale Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden. Noch immer werden Schmerzen und andere häufige Leiden im Sterbeprozess nicht flächendeckend optimal behandelt. Die Gesellschaft muss eine gute Versorgung mit Palliativmedizin und Hospizdiensten sicherstellen. Sie muss auch in Krankenhäusern und Pflegeheimen die Umstände des Sterbens verbessern. Und sie muss gerade das Sterben zu Hause erleichtern.

In den letzten Jahren hat es einige erfreuliche Fortschritte gegeben. Der Gesetzgeber hat ein klares Signal gesetzt. Mit positiver Begleitung aller Fraktionen wurde die Finanzierung der ambulanten spezialisierten Palliativversorgung beschlossen. Jeder gesetzlich krankenversicherte Bürger unseres Landes hat ein Recht auf diese Versorgung. Aber die Umsetzung dauert viel zu lange, auch wenn erste Verträge zwischen Kassen und Leistungsanbietern mittlerweile geschlossen worden sind oder kurz vor dem Abschluss stehen. Die FDP wird in den kommenden Monaten genau beobachten, ob es tatsächlich ein flächendeckendes Angebot gibt und ob auch Menschen in ländlichen Gebieten ausreichend Zugang zu palliativer Versorgung haben. Sollte das bis zum Ende 2009 nicht der Fall sein, muss überprüft werden, ob die gesetzliche Regelung verbessert werden muss.

Notwendig ist zudem eine verbesserte Ausbildung in den Medizin- und Pflegeberufen mit Blick auf die Palliativversorgung. Noch immer gibt es Hausärzte, die unsicher im Umgang mit starken Schmerzmitteln sind. Es ist richtig, dass die Palliativmedizin durch eine aktuelle Gesetzesänderung nun verpflichtender Bestandteil der ärztlichen Ausbildung wird. Und auch in den Pflegeberufen muss der Stundenanteil, der der Palliativpflege gewidmet ist, ausgeweitet werden.“

**Frage 3.1:** „Die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen muss unter Wahrung des Rechts auf freie Arztwahl verbessert werden. Modellprojekte zeigen,



dass Pflegeheime, die über einen angestellten Arzt bzw. eine vertragliche Verbindung mit niedergelassenen Ärzten verfügen, ihren Bewohnern unnötige Krankenhausaufenthalte ersparen und deren Lebensqualität deutlich verbessern können. Die FDP spricht sich für eine enge Kooperation von niedergelassenen Ärzten mit Pflegeheimen aus, die eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit und regelmäßige Visite umfasst. Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen sind aufgerufen, gemeinsam auf entsprechende Kooperationen hinzuwirken. Dazu gehört auch, dass diejenigen, die sich um die Patienten kümmern, leistungsgerecht vergütet werden.

Eine Überprüfung des ärztlichen Versorgungsgrades der Pflegeheimbewohner ist durch die seit Anfang Juli durchgeführten Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes gegeben. Das neue Bewertungsschema wurde von der Pflegeselbstverwaltung erarbeitet. Die FDP bekennt sich zum Prinzip der gemeinsamen Verantwortung in der Pflege. Die pflegerische Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen wirken eng zusammen, um eine leistungsfähige und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. In der Pflege braucht es nicht immer weiterer staatlicher Reglementierung, sondern mehr Freiheit und Verantwortung, um auf die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen flexibel und bestmöglich reagieren zu können.“

**Frage 3.2:** „Die Herausforderungen, die auf die Krankenhäuser und gerade auch die Pflegenden zukommen, sind gewaltig. Mit starren Vorgaben sind diese Probleme nicht zu lösen. Es kommt vielmehr darauf an, die Krankenhäuser finanziell und organisatorisch in die Lage zu versetzen, die Versorgung zu optimieren. Genau vorgegebene Personalschlüssel sind nicht immer hilfreich. Sie nehmen die Möglichkeit, schnell und flexibel auf sich wandelnde Bedingungen zu reagieren.“

Die FDP spricht sich dafür aus, zu einem System überzugehen, das den Krankenhäusern unter Nutzung eventuell vorhandener Effizienzreserven ermöglicht, leistungsgerechte Preise für die von ihnen erbrachten Leistungen zu erzielen. Den Krankenhäusern muss die Möglichkeit gegeben werden, die Entwicklung der Krankenhausvergütung an der Entwicklung des Krankengeschehens auszurichten. Wir brauchen die Finanzierung von Investitionskosten und Betriebskosten aus einer Hand, denn über entsprechende Investitionen lassen sich ohne Qualitätsverluste Rationalisierungsreserven verwirklichen, die dann wiederum den Patienten und/oder Versicherten zugute kommen können.“

**Frage 4.1:** „Die FDP sieht keinen gesetzlichen Änderungsbedarf im Bereich der aktiven Sterbehilfe. Aus Sicht der FDP handelt es sich bei allen Fragen rund um die Sterbehilfe um Gewissensentscheidungen.“

**Frage 4.2:** „Die FDP lehnt eine Strafbarkeit für die sog. geschäftsmäßige Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung ab. Geschäftsmäßigkeit liegt auch dann vor, wenn jemand ohne Gewinnerzielungsabsicht handelt. Eine solche Strafbarkeit hätte zur Folge, dass jemand in eine rechtliche Grauzone gerät, der bspw. eine Beratung anbietet oder Informationen weitergibt. Einbezogen in die Strafbarkeit sind auch bloße Vermittlungstätigkeiten. Eine erfolgreiche Vermittlungstätigkeit wird bei einem geschäftsmäßigen Handeln nicht verlangt. Da der Erfolgsgesichtspunkt ausgeblendet wird, können auch altjuristische Motive der Geschäftsmäßigkeit die Strafbarkeit begründen. Auch Beihilfehandlungen aus caritativen oder seelsorgerischen Motiven werden damit unter Strafe gestellt, soweit sie das Ausmaß der individuellen Unterstützung verlassen. Die Strafbarkeit wäre damit weit in das Vorfeld



einer Lebensgefährdung vorverlagert. Mit einer solchen Strafvorschrift wäre künftig nicht auszuschließen, dass auch bislang straflose Verhaltensweisen, wie die indirekte oder passive Sterbegleitung von der Strafbarkeit erfasst würden. Hier wird deutlich, dass die Befürworter einer solchen Regelung über die Strafbarkeit der Beihilfe zur Selbsttötung hinaus auch eine mögliche rechtliche Neubewertung der Selbsttötung im Blick haben.

Eine rein gewinnorientierte Vermittlung von Sterbehilfe lehnt die FDP ab. Es widerspricht dem Menschenbild des Grundgesetzes, wenn mit dem Suizid und mit dem Leid anderer Menschen Geschäfte gemacht werden. Bezüglich der Weitergabe von entsprechenden tödlich wirkenden Medikamenten ist darauf hinzuweisen, dass dies in Deutschland schon heute aufgrund der strengen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes verboten ist.“

## **BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

**Frage 1:** „Die im Juni 2009 im Bundestag beschlossene gesetzliche Regelung zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen kam nach langjährigen und sehr intensiven Debatten zustande. Wie bei anderen ethischen Fragen wurde über „Gruppenanträge“ abgestimmt, die von mehreren Abgeordneten verschiedener Fraktionen eingebracht wurden. Auch grüne Abgeordnete unterstützten unterschiedliche Regelungsvorschläge. Einer dieser Regelungsvorschläge sah eine vorhergehende Beratung als Wirksamkeitsvoraussetzung für eine Patientenverfügung vor. Dieser Regelungsvorschlag fand jedoch keine Mehrheit. Die nun gefundene Lösung, die von der Mehrheit des Parlaments und auch der Mehrheit der Grünen angenommen wurde und im September 2009 in Kraft tritt, empfiehlt eine vorhergehende Beratung, macht diese aber nicht zur Wirksamkeitsvoraussetzung.“

**Frage 2:** „Seit der Einführung dieser neuen Leistung ins SGB V haben sich BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit Kleinen Anfragen, der Forderung nach regelmäßiger Information und Diskussion im Ausschuss sowie in Gesprächen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss und den Kassen für eine schnelle Umsetzung eingesetzt. Dies werden wir auch weiterhin tun und dabei insbesondere die Versorgung im ländlichen Raum und von Kindern (für die es, soweit uns bekannt ist, bisher keine speziellen Verträge gibt) in den Vordergrund stellen. Die Krankenkassen gesetzlich zu flächendeckenden Vertragsabschlüssen zu zwingen, halten wir nicht für sinnvoll. Eine solche Verpflichtung wäre nicht umsetzbar, da es nicht überall ausreichend qualifizierte Leistungserbringer in Medizin und Pflege gibt. Aus grüner Sicht ist es daher hilfreicher, bei der speziell geforderten Qualifikation von ÄrztInnen und PflegerInnen anzusetzen und somit die Chancen für weitere Vertragsabschlüsse zu erhöhen.“

**Frage 3.1:** „Die Festanstellung eines Heimarztes ist aus Grüner Sicht dann sinnvoll, wenn dieser eine geriatrische Fachqualifikation vorweisen kann und mit den anderen (fach-) ärztlichen Akteuren vor Ort eng vernetzt ist. Sinnvoller aber erscheinen uns enge Kooperationen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und regional ansässigen (Fach-) Ärzten (auch im Rahmen von Medizinischen Versorgungszentren und Ärztenetzen) über integrierte Versorgungsverträge. Wir wollen, dass die Pflege viel stärker an solchen Verträgen beteiligt wird und dadurch auch mehr (finanzielle) Anreize für bessere Kooperation geschaffen werden.

Wir Grüne haben die Nicht-Einbeziehung der Selbsthilfe- und Angehörigenverbände bei der Entwicklung der Qualitäts-Bewertungskriterien wiederholt kritisiert. Transparenz soll den Verbrauchern dienen, deshalb ist für uns selbstverständlich, dass sie an solchen Prozessen beteiligt werden müssen. Wir

werden die Wirkung der nun leider gesetzlich beschlossenen Regelung kritisch begleiten.“

**Frage 3.2:** „Die Pflege ist als eigenständige Leistung im Krankenhaus nicht finanzierbar. Hier liegt ein zentrales Problem. Das kann aus Grüner Sicht nur dadurch gelöst werden, indem der behandlungspflegerische Aufwand (der oft erst Grund für eine stationäre Behandlung ist) im DRG-System deutlicher als bisher sichtbar gemacht und damit deutlich besser vergütet wird.

Wir werden uns auch für den Aufbau einer verlässlichen Datengrundlage einsetzen, die Auskunft über den Zusammenhang der Pflegequalität, Anzahl der Pflegekräfte sowie deren Qualifikation hierzulande gibt. Diese Daten sind für eine adäquate Personalbemessung, ein effektives Qualitätsmanagement und Investitionsforderungen unerlässlich. Um das Problem der beruflichen Überforderung von Pflegekräften durch die zusätzliche Übertragung ärztlicher Aufgaben zu lösen, muss es endlich – wie vom Sachverständigenrat schon lange gefordert- zur Neudefinition und Umverteilung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche innerhalb der Heilberufe kommen.“

**Frage 4.1:** „Ja. Wir sehen keine Veranlassung für eine Aufhebung der Strafbarkeit aktiver Sterbehilfe. Der Wunsch der Menschen, die sich immer häufiger in Umfragen für die aktive Sterbehilfe aussprechen, kann nicht losgelöst betrachtet werden von der öffentlichen Diskussion über Missstände in unserem Gesundheits- und Pflegesystem und über den dort diskutierten und bestehenden Kostendruck. Auch die fehlende gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Themen Krankheit, Sterben und Tod - im Sinne einer Kultur des Sterbens - hat die Furcht vor einem fremdbestimmten und unwürdigen Sterben befördert. Darum setzen wir uns u.a. für eine vorsorgende, vorausschauende Versorgungsstruktur ein, die sich an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen, aber auch an den Wertvorstellungen der Patienten und ihrer Angehörigen orientiert.“

**Frage 4.2:** „BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betrachten eine derartige Praxis sehr kritisch. Sollte es in der nächsten Wahlperiode Regelungsvorschläge hinsichtlich einer Strafbarkeit der geschäftsmäßigen und gewerbsmäßigen Beihilfe zum Suizid geben, so wird es mit großer Wahrscheinlichkeit hierzu keine Initiativen der jeweiligen Bundestagsfraktionen geben, sondern es wird – wie bei anderen Gesetzen mit bioethischen Inhalten - allen Abgeordneten der Fraktionen, so auch von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, freigestellt, unterschiedliche Initiativen zu unterstützen.“

## DIE LINKE

**Frage 1:** „So sehr wir die Intention der Deutschen Hospizstiftung unterstützen können, stellt sich für uns die Frage, ob mit Ihren Forderungen nicht unüberwindbare Hürden aufgebaut werden. So müsste bei einer Aktualisierungspflicht geklärt werden, ob „veraltete“ Patientenverfügungen ihre Gültigkeit verlieren oder trotzdem noch verbindlich sind.

Jeder Mensch sollte seine Patientenverfügung nur nach eingehender Beratung verfassen. Das muss aber ein freiwilliges Angebot bleiben.

Zunächst einmal werden die Patientenverfügungen auch nach der Einführung des Patientenverfügungsgesetzes in vielen Punkten nur vage Anhaltspunkte liefern, wie denn im konkreten Erkrankungsfall mit dem nichteinwilligungsfähigen Patienten umzugehen ist. In diesen Fällen wird es für behandelnde Ärzte schwierig werden, die entsprechenden Maßnahmen einzuleiten bzw. abubrechen. Hier wäre eine Betreuungsverfügung oder eine Vorsorgevollmacht aus unserer Sicht hilfreich.



Die Diskussion um die Patientenverfügung ist noch nicht abgeschlossen. Gerne werden wir nach der Wahl wieder mit Ihnen in Kontakt treten.“

**Frage 2:** „DIE LINKE kritisiert die schleppende Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Auf dem Rücken der Todkranken versuchen hier die Kassen, im GKV-WSG zugesicherte Leistungen so lange wie möglich hinaus zu zögern. Eine Fristsetzung wäre hier eine gute Maßnahme, um endlich zu Vertragsabschlüssen zu kommen.

Gleichzeitig müssen wir aber auch kritisieren, dass die im GKV-WSG festgelegten Leistungen nicht durch höhere Beitragseinnahmen gegenfinanziert sind. Durch den einheitlichen Beitragssatz bleibt den Kassen damit nur noch die Möglichkeit, Zusatzbeiträge zu erheben.“

**Frage 3.1:** „Die fehlende Präsenz von Heimärzten ist dem Einfluss der Kassenärztlichen Vereinigungen geschuldet. Mit ihrem Verweis auf die „freie Arztwahl“ bekämpfen sie alle Versuche, Heimärzte zu beschäftigen. Aus unserer Sicht wäre den meisten Heimbewohnern durch einen fest angestellten und in die kontinuierliche Patientenbetreuung eingebundenen Heimarzt enorm geholfen.

Die fehlende fachärztliche Versorgung könnte ebenfalls durch einen Heimarzt verbessert werden. Er könnte auch am besten beurteilen, welche Maßnahmen zum Wohle des Patienten erforderlich sind und welche mehr belasten als helfen würden. Dafür ist es erforderlich, dass der Gesundheitszustand der Heimbewohner richtig eingeschätzt werden kann. Dies ist nur möglich, wenn eine regelmäßige ärztliche Versorgung gewährleistet wird.“

**Frage 3.2:** „Die Versorgungsqualität der Krankenhäuser sinkt mit der zunehmenden Ökonomisierung der stationären Versorgung. Möglichst hohe Gewinne lassen sich aus den Fallpauschalen nur dann erzielen, wenn der Patient möglichst schnell das Krankenhaus wieder verlässt. Dabei gerät eine humane Pflege unter die Räder. Pflegestellen werden abgebaut, Pflegekräfte verlassen die Krankenhäuser und suchen sich eine andere Beschäftigung. DIE LINKE setzt sich dafür ein, den Pflegeberuf wieder attraktiv zu machen, die Gehälter deutlich anzuheben und neue Pflegestellen zu schaffen. Damit die Betreuung der Patienten einheitlicher verlaufen kann, fordert DIE LINKE den Aufbau von Polikliniken in den Krankenhäusern, um sowohl stationäre wie ambulante Leistungen anbieten zu können.“

**Frage 4.1:** „DIE LINKE spricht sich entschieden gegen aktive Sterbehilfe aus. Sie darf weder von Ärzten noch von privaten Organisationen angeboten oder ausgeübt werden.

Menschen mit unheilbaren Krankheiten haben ein Recht auf bestmögliche Versorgung. Wir wollen, dass bis zum Lebensende alles getan wird, um Sterbenskranken zu helfen. Eine gute palliativmedizinische Versorgung und die dazugehörige Pflege sind deshalb wichtige Bausteine, um dieses Ziel zu verwirklichen.“

**Frage 4.2:** „Noch ist nicht absehbar, wie sich die Fraktion in der kommenden Wahlperiode aufstellen wird. Von daher kann jetzt nicht über entsprechende Gesetzesentwürfe gesprochen werden. Von unserer generellen Linie lässt sich sagen, dass wir dem Inhalt eines solchen Gesetzesentwurfes uneingeschränkt zustimmen könnten.“