

Vizepräsidentin Dr. h. c. Susanne Kastner:

Ich rufe die Tagesordnungspunkte 5 a und 5 b auf:

- a) Beratung des Antrags der Abgeordneten Renate Künast, Fritz Kuhn, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Leben am Lebensende – Bessere Rahmenbedingungen für Schwerkranke und Sterbende schaffen

– [Drucksache 16/9442](#) –

Überweisungsvorschlag:

Ausschuss für Gesundheit (f)

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

- b) Beratung des Zwischenberichts der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin

Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit

– [Drucksache 15/5858](#) –

Überweisungsvorschlag:

Ausschuss für Gesundheit (f)

Rechtsausschuss

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Nach einer interfraktionellen Vereinbarung ist für die Aussprache eine Stunde vorgesehen. – Ich höre keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen.

Ich eröffne die Aussprache. Das Wort hat die Kollegin Birgitt Bender, Bündnis 90/Die Grünen.

Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Der Antrag, den die Grünen heute zur Diskussion stellen, trägt den Titel „Leben am Lebensende – Bessere Rahmenbedingungen für Schwerkranke und Sterbende schaffen“. Dieses Thema ist viel umfassender als das Thema, das in letzter Zeit große öffentliche Aufmerksamkeit erfahren hat, nämlich die Patientenverfügung. Die Frage der Vorabfestlegung von Patientinnen und Patienten für den Fall, dass sie sich nicht mehr äußern können, ist wichtig. Darüber wird in diesem Hause und auch in unserer Fraktion kontrovers diskutiert, und dieses Thema wird uns in der nächsten Zeit beschäftigen. Heute reden wir darüber, was wir tun können, um die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender zu verbessern.

Beide Debatten fallen nicht zufällig in eine Zeit, in der der medizinische Fortschritt zunehmend kritischer betrachtet wird. Wir alle profitieren von ihm, weil er uns ermöglicht, länger zu leben. Der medizinische Fortschritt hat aber auch dazu beigetragen, das Sterben zu verdrängen und es nicht mehr als einen natürlichen Bestandteil des Lebens wahrzunehmen. Ich glaube, wir sollten uns darauf verständigen, dass wir einen Bewusstseinswandel brauchen, der eine neue Kultur des Sterbens fördert und zum Abschiednehmen und zur Trauer Raum gibt. Wir müssen das Sterben und den Tod wieder ins Leben zurückholen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und des Abg. Hans-Michael Goldmann [FDP])

Wir wissen, dass sich eine Mehrheit der Menschen wünscht, in ihrer gewohnten Umgebung und unterstützt von lieb gewonnenen Menschen zu sterben; das gilt sicherlich auch für die Mehrheit der Mitglieder dieses Hauses. Realität ist jedoch, dass noch immer 70 Prozent der Menschen in Deutschland ihre letzte Lebensphase, oft ohne angemessenen Beistand, in Kliniken und Pflegeheimen verbringen.

Das hat vielfältige Gründe. In vielen Fällen scheitert die Umsetzung des Wunsches, die letzten Tage, Wochen oder Monate in der gewohnten Umgebung zu verbringen, am Mangel an pflegerischer und medizinischer Unterstützung vor Ort, die auf diese Situation zugeschnitten ist. Dieser Mangel kann auch zur Folge haben, dass sich Angehörige oder Freundinnen und Freunde, die die Pflege übernehmen wollen, schnell überfordert fühlen. Gleichzeitig führen solche Erfahrungen zu Ängsten und Unsicherheiten. Die Menschen fürchten am Ende ihres Lebens Abhängigkeit, Fremdbestimmung und Einsamkeit.

Unsere Aufgabe sollte sein, diese Ängste dort zu entkräften, wo bereits Angebote vor Ort vorhanden sind. Manchmal fehlt es schlicht an der Information, dass bereits entsprechende Möglichkeiten existieren. Ich habe das selbst erlebt, als eine Freundin von mir nach dem Tod ihrer krebserkrankten Schwester, die eine akutmedizinische Versorgung erfahren und bis zuletzt gekämpft hat, sagte: Wenn ich gewusst hätte, dass es in einem Krankenhaus in der Nähe eine palliativmedizinische Abteilung gibt, dann hätte ich mit meiner Schwester anders gesprochen, und sie hätte ganz anders und aus meiner Sicht viel besser sterben können.

An vielen Punkten weisen diese Ängste aber auch auf Probleme hin, die wir als Politiker in Bund und Ländern lösen müssen. Es ist sicherlich unstrittig – das hoffe ich zumindest –, dass wir das Ziel verfolgen, Frauen und Männern, deren Leben in absehbarer Zeit zu Ende geht, zu ermöglichen, dass dies in Würde, selbstbestimmt, mit höchstmöglicher Lebensqualität und an dem von ihnen gewünschten Ort geschieht.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der SPD)

Das heißt nichts anderes, als dass der Mensch und seine Bezugspersonen konsequent in den Mittelpunkt gestellt werden. Dabei sind psychische, spirituelle, soziale Bedürfnisse und Wertvorstellungen zu berücksichtigen.

Wir müssen eine echte Wahl schaffen. Beispielsweise kann es nicht sein, dass, wer sich einmal entschieden hat, in ein Pflegeheim zu gehen, keine andere Möglichkeit mehr hat, als ebendort zu sterben. Es muss mehr Möglichkeiten geben.

Wir stoßen bei der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender auf das, was wir in der Gesundheitspolitik als Schnittstellenprobleme bezeichnen. In diesem Zusammenhang sei insbesondere die starre Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung genannt. Bei der Versorgung Schwerstkranker sehen wir mit besonderer Härte, was diese Strukturprobleme

Birgitt Bender

mit sich bringen. Gleichzeitig haben wir die Chance, neue Versorgungswege auszuprobieren.

In diesem Sinne ist die vor kurzem eingeführte spezialisierte ambulante Palliativversorgung ein Schritt in die richtige Richtung. Nachdem die entsprechende Vorschrift des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegt, sind Krankenkassen und Anbieter gefordert, Verträge zu schließen, die dem geforderten multiprofessionellen Ansatz der Versorgung gerecht werden.

Diesem Schritt müssen weitere folgen. Das, was man die allgemeine ambulante Palliativversorgung nennt, muss gestärkt werden. Hierzu könnte, wie es bereits im Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ heißt, die integrierte Versorgung gut geeignet sein; mit ihr sollen ja die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwunden und die Pflege in die fachübergreifende Zusammenarbeit einbezogen werden. Dieses Instrument sollte stärker genutzt werden.

Es gibt darüber hinaus konkreten Handlungsbedarf. Ich will die Punkte nennen: Es muss möglich werden, dass Schwerstkranke mit hohem Versorgungsbedarf zu Hause versorgt werden. Das setzt eine entsprechende Infrastruktur voraus. Die Schmerztherapie muss ein integraler Bestandteil sein.

Auch müssen für Angehörige und Freunde Pflege und Beruf vereinbar sein. An dieser Stelle muss ich sagen, dass die jüngst im Rahmen der Pflegereform geschaffenen Regeln unzureichend sind. Auch wenn man eine Freistellung vom Arbeitgeber bekommt: Niemand kann sich einen völligen Einkommensverzicht erlauben.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der FDP)

Wir brauchen mehr Beratung und Unterstützung sowohl der Betroffenen als auch der Angehörigen. Insbesondere müssen wir über die Möglichkeit einer Palliativversorgung und über die Hospizdienste bzw. stationären Hospize, die es gibt, aufklären. Die Hospize müssen gestärkt und ausgebaut werden.

Ferner muss die Palliativmedizin bei der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte ein Thema sein. Sie müssen lernen, im rechten Moment von der Akutmedizin loszulassen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der SPD)

Die Enquete-Kommission hat das schon in der letzten Legislaturperiode thematisiert.

Es gibt noch einen ganzen Katalog von Aufgaben, der abgearbeitet ist. Wir haben die Chance, Neues auszuprobieren und Erprobtes in die Fläche zu bringen.

Wir fordern, dass die Regierung jährlich einen Bericht über die Entwicklung der Strukturen für die Versorgung Schwerverkranker und Sterbender vorlegt, damit wir aus den Erfahrungen lernen können, wenn wir darüber reden, wie es in diesem Bereich weitergehen soll. Ich hoffe, dass wir in der Frage, wie Menschen in Würde sterben können, einen gemeinsamen Weg gehen können.

Danke schön.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und der FDP)

Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:

Das Wort hat die Kollegin Maria Eichhorn von der CDU/CSU-Fraktion.

Maria Eichhorn (CDU/CSU):

Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Krankheit und Sterben sind Teil des Lebens. Mit steigender Lebenserwartung sowie medizinischem und technischem Fortschritt gewinnt eine menschenwürdige Sterbebegleitung zunehmend an Bedeutung. Auch unter veränderten Bedingungen gilt es, ein Sterben in Würde zu ermöglichen, Sterbenden ein menschenwürdiges Umfeld zu schaffen und dabei deren Wünsche und Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen.

Viele Menschen haben Angst vor Fremdbestimmung, Einsamkeit und Schmerzen am Ende des Lebens. Aus dieser Angst heraus meinen manche, aktive Sterbehilfe sei eine Antwort. Auch die Diskussion über die Patientenverfügungen wird von dieser Angst bestimmt.

Palliativmedizin und Hospizarbeit sind für ein Sterben in Würde unverzichtbar. Es ist für die Menschen beruhigend, zu wissen, dass sie im Sterben nicht allein gelassen werden und dass sie an einem vertrauten Ort und inmitten vertrauter Menschen sterben können. Sie können sich dabei auch sicher sein, dass ihre Schmerzen gelindert werden.

Oftmals stellen sich Sterbende die Frage nach dem Sinn des Lebens und dem Danach. Die letzten Dinge regeln zu können und zu wissen, dass man in der letzten Phase des Lebens nicht allein gelassen, sondern begleitet wird, ist von größter Bedeutung. Wer sich am Ende des Lebens gut versorgt weiß, der wird dem Sterben ohne Angst entgegensehen.

Mit der Gesundheitsreform sind wesentliche Verbesserungen im Bereich der Palliativversorgung und der Hospizarbeit erfolgt. Die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung haben nun einen eigenständigen Rechtsanspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung – wenn es sein muss, rund um die Uhr. Dieser Leistungsanspruch steht Patienten zu, die nur noch eine begrenzte Lebenserwartung haben, aber zu Hause versorgt werden können. Damit ist es möglich, den größten Wunsch vieler Sterbender zu erfüllen, nämlich bis zum Lebensende zu Hause sein und dort in Ruhe sterben zu können. Die übrigen Palliativpatienten werden in stationären Einrichtungen palliativmedizinisch versorgt.

Auch mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz sind positive Leistungsverbesserungen verbunden. Die langjährige berechtigte Forderung nach Einführung einer Pflegezeit wird jetzt verwirklicht. Auch das ist ein wichtiger Schritt, damit Sterbende zu Hause gepflegt werden können.

Viele der im Antrag der Grünen genannten Forderungen, die auch im Zwischenbericht der Enquete-Kommission genannt werden, sind schon verwirklicht.

Maria Eichhorn

Ich habe mich dazu extra noch einmal bei der ambulanten Palliativstation bei mir vor Ort in Regensburg erkundigt. Frau Bender, bereits heute können Schwerstkranke, die einen hohen Bedarf an technischen Apparaten und Hilfsmitteln haben, wie zum Beispiel Patienten, die nur noch mit künstlicher Beatmung leben können, zu Hause versorgt werden.

Strukturen für ethische Fragestellungen im Rahmen der Sterbebegleitung müssen nicht noch neu geschaffen werden. Sie sind bereits Teil der spezialisierten Palliativversorgung, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich.

Auch die Schmerztherapie ist schon integraler Bestandteil der Palliativmedizin und damit der Palliativversorgung. Es gibt bereits heute Beratungsmöglichkeiten, die zu Hause in Anspruch genommen werden können. Bei der Übernahme von Beratung und Pflege durch Palliativ-Care-Teams ist auch die Bezahlung der Beratung gesichert. Für ehrenamtlich tätige Hospizgruppen gilt die Vorschrift, für die Helfer eine Supervision zu organisieren und zu finanzieren. Es gibt auch Hilfsangebote für betreuende Bezugspersonen. Am wichtigsten sind jedoch eine ausreichende Palliativversorgung und die Entlastung durch Hospizbegleiter, damit die Betreuungsperson auch einmal durchatmen und sich erholen kann.

Mit der Einführung der Pflegezeit haben wir einen wichtigen Schritt getan. Lassen Sie uns doch zunächst einmal abwarten, wie sich dieses Gesetz bewährt, bevor Sie neue Forderungen stellen!

Natürlich hätte die Union bei der Gesundheitsreform den Eigenfinanzierungsanteil aller stationären Hospize gerne auf 5 Prozent begrenzt. Aus Kostengründen konnte dies jedoch nur für die Kinderhospize erfolgen.

Ich unterstütze nachhaltig die Forderung, Palliativmedizin und -pflege zu einem expliziten Pflichtlehrfach und Prüfungsfach des Medizinstudiums wie auch bei der Ausbildung der einschlägigen Berufe in der Krankenpflege aufzuwerten. Dazu sind jedoch noch mehr erfahrene Palliativmediziner notwendig, die das weitergeben können. In diesem Punkt besteht noch erheblicher Ausbildungsbedarf.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD und der FDP)

In einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft ist die Forderung, einen Forschungsschwerpunkt Palliativ- und Hospizversorgung zu schaffen, richtig. Wir brauchen eine neue Kultur des Umgangs mit Leiden und Tod in unserer Gesellschaft. Darin stimme ich Ihnen ausdrücklich zu, Frau Bender. Der Tod gehört zu unserem Leben und darf kein Tabu sein. Durch eine verstärkte Informations- und Öffentlichkeitsarbeit können Berührungsängste in der Gesellschaft abgebaut werden. Dabei sind auch die Medien aufgerufen, verantwortungsvoll mit dem Thema Tod und Sterben umzugehen.

Ein guter Bekannter, dessen Frau mit knapp 50 Jahren an Krebs gestorben ist, sagte mir:

Als ich erfuhr, dass meine Frau nicht mehr lange leben wird, ist für mich eine Welt zusammengebrochen. Aber ich wollte wenigstens bis zum

Schluss, soweit es ging, ihr ein lebenswürdiges Leben zu Hause ermöglichen. Allein hätte ich das nicht gekonnt. Ich bin so dankbar, dass es bei uns eine ambulante Palliativversorgung gibt, die meiner Frau und mir eine gemeinsame Vorbereitung auf deren Tod ermöglicht hat.

Dieser Bekannte engagiert sich seither ehrenamtlich bei Palliamo, einer vorbildlichen Einrichtung der ambulanten Palliativversorgung in meinem Wahlkreis. Er sagt: „Das, was ich an Gutem erfahren habe, möchte ich auch an andere weitergeben.“

Die Union wird weiter daran arbeiten, Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:

Das Wort hat jetzt der Kollege Michael Kauch von der FDP-Fraktion.

(Beifall bei der FDP)

Michael Kauch (FDP):

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Sterben ist ein Thema, das im täglichen Leben oft verdrängt wird. Wenn Menschen darüber nachdenken, dann ist es mit vielen Ängsten verbunden. Sie haben Angst, lange zu leiden, Schmerzen zu haben oder allein zu sein. Diese Ängste sind nicht völlig unbegründet.

Die meisten Menschen wollen zu Hause im Kreis ihrer Familie sterben. Für sie, aber auch für ihre Angehörigen ist das im besten Fall der intensive Abschluss eines erfüllten Lebens. Ich habe selbst erlebt, dass das ein schmerzlicher, aber auch bereichernder Punkt im Leben ist.

Doch oft ist das Sterben zu Hause nicht möglich, weil die Familie überfordert ist oder es vielleicht gar keine Familie gibt. Durch den demografischen Wandel werden wir mit dem Problem konfrontiert, dass immer mehr Menschen keine Kinder oder Geschwister haben, die ihnen am Sterbebett zur Seite stehen. Deshalb ist es so wichtig, dass es die Hospizdienste – stationär, aber gerade auch ambulant – gibt und dass diese angemessen von der Gesellschaft und vom Staat unterstützt werden.

(Beifall bei der FDP)

In den Hospizdiensten arbeiten Menschen, die Zeit mitbringen, zuhören oder vielleicht auch nur die Hand halten. Sie verschaffen den Angehörigen eine Atempause, bei der sie sich einmal von ihrer Last befreien können. Es sind Menschen, die viel Leid erfahren, viel Kraft mitbringen müssen und deren Arbeit besonders wichtig ist. Deshalb ist es in einer solchen Debatte an der Zeit, den Menschen, die sich in diesem Bereich ehrenamtlich engagieren, unseren Dank auszusprechen.

(Beifall im ganzen Hause)

Es geht aber nicht nur um die psychosoziale Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden. Noch immer werden Schmerzen und andere häufige Leiden im Sterbeprozess nicht optimal behandelt. Die Medizin ist an vielen Stellen des Gesundheitssystems immer noch darauf ausgerichtet, auch die letzten

Michael Kauch

Heilungsmöglichkeiten zu probieren, um Leben zu verlängern. Das geht oft zulasten der Lebensqualität. Es wird zu spät vom Versuch, die Krankheit zu heilen, auf das Ziel umgestiegen, Leiden zu mindern und die verbleibende Lebenszeit so angenehm wie möglich zu gestalten.

Die Entscheidung darüber, welche Therapie für ihn richtig ist und was ihm wichtig ist, kann letztendlich nur der Patient selbst treffen. Deshalb schließen sich Fürsorge und Selbstbestimmung gerade nicht aus. Im Gegenteil: Beide gehören zusammen, wenn es um ein menschenwürdiges Leben am Lebensende geht.

Die Gesellschaft muss eine gute Versorgung durch Palliativmedizin und Hospizdienste sicherstellen. Sie muss in Krankenhäusern und Pflegeheimen, in denen noch immer sehr viele Menschen sterben, die Umstände des Sterbens verbessern und muss das Sterben zu Hause erleichtern. Die Gesellschaft muss aber auch – hier ist der Gesetzgeber gefordert – das Recht der Menschen auf Selbstbestimmung achten, ob sie eine Behandlung wünschen und, wenn ja, welche. Fürsorge in Fremdbestimmung ist genauso schlecht wie Selbstbestimmung ohne Fürsorge.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Deshalb ist es schade, dass im Vorfeld ein Gegensatz zwischen der heutigen Debatte über die Palliativversorgung und der Debatte über Selbstbestimmung und Patientenverfügungen aufgebaut wurde. Wer zur Palliativmedizin Ja, aber Nein zur Selbstbestimmung der Patienten sagt, wird die Achtung der Menschenwürde am Lebensende nicht erreichen.

Bemerkenswert ist, dass Frau Künast – die immer von der *Ars moriendi* spricht, aber nicht anwesend ist, wenn es im Parlament um ihre Anträge geht – den Antrag ihrer Fraktion zur Palliativmedizin am 25. April 2007 eingebracht hat. Über ein Jahr hat sie darauf verzichtet, diesen Antrag im Bundestag beraten zu lassen, obwohl im Rahmen der Pflegereform über eine Reihe der Punkte in diesem Antrag diskutiert und entschieden wurde. Es ist erstaunlich, dass sie die Debatte über diesen Antrag erst dann auf die Tagesordnung des Bundestages setzen ließ, als geplant war, über die Patientenverfügung zu diskutieren. Offensichtlich diente die Einbringung des Antrags dazu, die Diskussion über die Patientenverfügung von der Tagesordnung zu verdrängen.

(Widerspruch der Abg. Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Diesen Umgang mit einem bedeutsamen Thema halte ich für nicht angemessen.

(Dr. Wolfgang Wodarg [SPD]: Die Reihenfolge ist trotzdem richtig!)

Ich will mich daher gar nicht im Detail mit dem Antrag der Grünen, sondern mit den Forderungen der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ befassen, über den wir heute mit beraten. Erfreulich ist, dass es, seit wir den Zwischenbericht der Enquete-Kommission vor drei Jahren verabschiedet haben, zu Verbesserungen, die von allen Fraktio-

nen positiv begleitet wurden, insbesondere in Bezug auf die ambulante palliativmedizinische Versorgung gekommen ist. Es ist ein positives Signal für die Zukunft, dass man fraktionsübergreifend zu Lösungen gekommen ist, auch mit der Arbeitsgruppe „Hospiz“ im Deutschen Bundestag; denn die Arbeit ist noch längst nicht getan.

Die Umsetzung der Finanzierungsentscheidung in die Praxis – was wird im Leben der Menschen tatsächlich geschehen? – müssen wir genau beobachten. Der Gemeinsame Bundesausschuss von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft hat die Fristen überzogen und dafür gesorgt, dass das, was der Bundestag beschlossen hat, erst mit Verspätung auf den Weg gebracht werden konnte. Es ist nun Aufgabe der Bundesregierung, dem Bundestag in angemessener Zeit darüber zu berichten, wie sich die Gesetzesänderungen in der Realität ausgewirkt haben und ob und wie die Ziele des Parlaments erreicht wurden.

Die Enquete-Kommission hat zudem – ebenso wie der Parteitag der FDP – eine Familienhospizkarenz gefordert, also eine Möglichkeit, sich von der Arbeit für die Pflege sterbender Angehöriger freustellen zu lassen. Die Vorredner haben bereits darauf hingewiesen, dass dieser Aspekt mit der Pflegezeit erfasst wurde.

Drei große Themen, die die Enquete-Kommission angesprochen hat, bleiben aber unerledigt: erstens die Ausbildung der Medizin- und Pflegeberufe im Hinblick auf die Palliativmedizin, zweitens die angemessene Finanzierung der Palliativmedizin im stationären Bereich und drittens die notwendigen Veränderungen im Heimrecht, um die Rahmenbedingungen für die stationären Hospize zu verbessern.

Beim letzten Punkt hat die Föderalismusreform den Bund leider seiner Kompetenzen beraubt. Deshalb liegt es jetzt an uns, auf unsere Kolleginnen und Kollegen in den Landesparlamenten einzuwirken, in den Landesheimgesetzen die Bedürfnisse der Hospize entsprechend zu berücksichtigen. Die Enquete-Kommission hat beim Heimrecht unter anderem gefordert, dass die Hospize von unangemessenen Regelungen befreit werden. Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltszeit von 24 Tagen, die ein Bewohner in einem Hospiz hat, macht es weder Sinn, einen Heimbeirat zu wählen, noch macht es Sinn, bestimmte Ausstattungsmerkmale eines Heims erfüllen zu müssen; denn es soll eine familiäre, häusliche Umgebung in einem Hospiz sein und eben keine Heim- oder Krankenhausatmosphäre.

Auch die Finanzierung der Palliativmedizin im Krankenhaus muss überdacht werden. Die DRGs, die Fallpauschalen, sind darauf ausgerichtet, eine Krankheit so schnell wie möglich und so gut wie möglich zu heilen und den Patienten wieder zu entlassen. Das kann und will die Palliativmedizin nicht. Deshalb würde es aus meiner Sicht Sinn machen, der Enquete-Kommission zu folgen und die Palliativmedizin aus dem DRG-System herauszunehmen und auf einer tagesbasierten Regelung zu finanzieren.

Last, but not least müssen wir tatsächlich die Ausbildung der Ärzte und der Pflegenden verbessern. Es ist erschreckend, dass es viele Hausärzte gibt – ich weiß das beispielsweise aus einer Umfrage bei Ärzten

Michael Kauch

in meiner Heimatstadt –, die keinen Rezeptblock für Betäubungsmittel haben. Wie kann man eine optimale Schmerztherapie ohne Betäubungsmittel machen?

(Beifall bei Abgeordneten der FDP sowie des Abg. Dr. Wolfgang Wodarg [SPD])

In der freiwilligen Fortbildung von Ärzten ist vieles erreicht, aber bei der verpflichtenden Ausbildung der Ärzte sind wir noch nicht so weit. Das sollte man nicht als Überfrachtung von Lehrplänen oder als Zusatzbelastung verstehen, sondern es geht um einen Paradigmenwechsel: weg von einer Medizin, die sich nur als kurativ versteht, die glaubt, alles und jedes regeln zu können, und die es als Versagen empfindet, wenn jemand stirbt, hin zu einer Medizin, die es ermöglicht, dass Menschen an ihrem Lebensende möglichst eine optimale Betreuung bekommen.

Vielen Dank.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:

Das Wort hat jetzt der Kollege Christian Kleiminger von der SPD-Fraktion.

Christian Kleiminger (SPD):

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist jetzt 25 Jahre her, dass der erste Patient in Deutschland in einer Palliativstation behandelt worden ist. In diesen 25 Jahren ist viel geschehen. Gab es 1996 erst 30 stationäre Hospize, 28 Palliativstationen und 450 ambulante Hospizdienste, so zählt der Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband heute 162 stationäre Hospizeinrichtungen, 166 Palliativstationen und immerhin 1.500 ambulante Dienste. Ich meine, diese Zahlen zeigen, dass hier in den letzten Jahren eine bedeutende Entwicklung stattgefunden hat. Nach den wichtigen Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik sind wir auf dem Weg zu einer flächendeckenden Palliativversorgung, einem unverzichtbaren Bestandteil unseres Gesundheitswesens.

Palliativversorgung bedeutet zweierlei: schwer erkrankte Menschen während ihrer letzten Lebensstage psychosozial zu betreuen und zu unterstützen und körperliche Beschwerden medizinisch zu lindern. Beides ist wichtig. In Hospiz- und Palliativstationen arbeiten Fachkräfte, aber auch der unermüdliche Einsatz vieler Ehrenamtlicher ermöglicht den erkrankten Menschen ein würdevolles Lebensende. Ihnen gelten immer wieder unser Dank und unsere Anerkennung.

(Beifall im ganzen Hause)

Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ hat vor annähernd drei Jahren einen Zwischenbericht veröffentlicht. Darin sind verschiedene Empfehlungen für die Hospizarbeit und die Palliativmedizin ausgesprochen worden. Es wurde beispielsweise gefordert, den Anspruch auf Palliativversorgung verbindlich festzuschreiben. Es wurde gefordert, die Versorgung im häuslichen Bereich zu stärken und dafür speziell ausgebildete, multidisziplinäre Palliativ-Care-Teams einzusetzen. Schließlich wurden auch die Vernetzung der vorhandenen Struktu-

ren und ein besserer Wissenstransfer gefordert. Diese Forderungen haben wir in zwei wichtigen Reformen in dieser Legislaturperiode in Angriff genommen. Am 1. April 2007 wurde mit der Gesundheitsreform der Leistungsanspruch auf ambulante Palliativversorgung eingeführt. Ich kann gar nicht sagen, wie wichtig es ist, dass dank [§ 37 b SGB V](#) jeder Sterbenskranke, ob Kind oder Erwachsener, das Recht auf bestmögliche Hospiz- und Palliativversorgung hat – und das als eine Pflichtleistung der Krankenkassen. Das ist ein großer Fortschritt.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Zudem haben wir die Rahmenbedingungen für Kinderhospize in Deutschland verbessert. Bislang mussten sie 10 Prozent ihrer Kosten aus eigenen Kräften aufbringen, etwa durch Spenden und das ehrenamtliche Engagement. Am 1. April 2007 wurde dieser Anteil erfreulicherweise auf 5 Prozent abgesenkt. Ich bin mir sicher, dass auch diese Maßnahme dazu beiträgt, dass sich die bestehenden Kinderhospize weiterentwickeln und auch neue Häuser entstehen werden.

Einen wichtigen Durchbruch haben wir zur Jahreswende geschafft: In Zusammenarbeit mit dem [GemBA](#) und den maßgeblichen Verbänden haben wir die sogenannte [SAPV-Richtlinie](#) erarbeitet. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll es Menschen ermöglichen, bis zum Tode in der vertrauten häuslichen Umgebung betreut zu werden. Das entspricht dem Wunsch vieler Betroffener, wie Sie ja auch ganz richtig in Ihrem Antrag feststellen.

Mit der Richtlinie haben wir jetzt einen Definitionsrahmen für die spezialisierte Versorgung in Deutschland geschaffen. Wir haben die Krankenhausärzte besser eingebunden. Aber vor allem haben wir die Schaffung multiprofessioneller Palliative-Care-Teams ermöglicht. Ärzte, Pfleger, aber auch Seelsorger, Therapeuten, Psychologen und Ehrenamtliche arbeiten dabei eng zusammen. Denn eine solche ambulante palliative Versorgung verlangt einen Betreuungsansatz, bei dem ganz unterschiedliche, hoch spezialisierte Kompetenzen gefragt sind. Wir haben also noch einmal darauf gedrängt, dass diese Teams wirklich multiprofessionell zusammengestellt sind. Ich bin sehr dankbar, dass das Gesundheitsministerium dieses Kriterium auch ausdrücklich zur Auflage gemacht hat.

(Beifall bei der SPD)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, in meinem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern wurde diesbezüglich an der [Universität Greifswald](#) schon vor einigen Jahren wichtige Pionierarbeit geleistet. In den Gesprächen mit den Aktiven vor Ort ist deutlich geworden, dass wir uns einig sind: Der Ausbau und die Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Strukturen in Deutschland ist unser Ziel.

Deswegen ist es zu begrüßen, dass über die Umsetzung der Richtlinie und damit die Ausgestaltung der SAPV jährlich Bericht erstattet werden muss. Das gilt insbesondere hinsichtlich der Belange von Kindern. Denn nur so schaffen wir es, die Auswirkungen solcher Regelungen zu überprüfen und gegebenenfalls, wo es notwendig ist, nachzubessern.

Christian Kleiminger

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, im März haben wir in diesem Haus die Pflegereform beschlossen. Viele schwerkranke Menschen haben Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung. Ihnen werden die Anhebung der Pflegestufen und die verkürzte Begutachtungszeit in ihrer besonderen Pflegesituation zugutekommen.

Vor allem eine Institution wird die Vernetzung von und den Zugang zu palliativpflegerischen Angeboten fördern – ich meine den Pflegestützpunkt. Nach unseren Vorstellungen können sich Angehörige dort informieren und entsprechend ihren Bedürfnissen beraten lassen. Wie Sie wissen, stehen hier jetzt die Bundesländer in besonderer Verantwortung.

Ich hoffe, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass eines klar geworden ist: nämlich dass wir die Empfehlungen der Enquete-Kommission in vielen Punkten umgesetzt haben. Doch wir alle wissen: Solche Neuerungen brauchen natürlich Zeit, bis sie umgesetzt werden und erste Wirkungen zeigen. Daher kann ich auf viele Forderungen Ihres Antrages, verehrte Kolleginnen und Kollegen, nur antworten: Leider haben Sie bei der Aktualisierung Ihres Entwurfs von 2007 vieles übersehen, was in diesem Bereich schon gesät wurde und bald auch Früchte tragen wird.

Ich will keinesfalls bestreiten, dass es noch einiges zu tun gibt. Denn immer noch ist der gesellschaftliche Diskurs – da stimme ich Ihnen durchaus zu – über das Thema Sterben mit einem Tabu belegt.

Wir brauchen dringend eine Auseinandersetzung darüber, wie mit sterbenskranken Menschen in unserer Gesellschaft umgegangen wird, auch um unbegründeten Ängsten zu begegnen. Wir müssen noch breitenwirksamer über die Möglichkeiten und Angebote informieren, die für schwerkranke Menschen heute bestehen, stationär und zunehmend eben auch ambulant.

Erlauben Sie mir folgenden Einwurf: In den letzten Monaten mussten wir eine unsägliche und unwürdige Diskussion um die Sterbehilfe ertragen. An dieser Stelle möchte ich ganz klar sagen: Wir brauchen in unserem Land Palliativversorgung auf hohem Niveau und nicht aktive Sterbehilfe.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Wenn der palliativpflegerische Ansatz in Deutschland Fuß fassen soll, muss eine entsprechende Spezialisierung auch in der Breite etabliert werden. Ein Blick nach Großbritannien reicht, um zu sehen, wie es sein könnte und welchen Stellenwert diesem Fachgebiet dort zugemessen wird. Wir brauchen die bestmögliche Ausbildung für diese Arbeit, und dabei sollten wir einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen, der sich an internationalen Standards messen lassen kann.

Diesen Appell richte ich insbesondere an unseren Koalitionspartner und an die Landesregierungen. Im Gesundheitsausschuss hat Frau Ministerin Schavan bestätigt, dass in der Hochschullandschaft und in der Forschung große Defizite in diesem Bereich bestehen. Daher fordere ich von allen den Einsatz für einen Lehrstuhl für „Palliative Care“ in Deutschland.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Zu guter Letzt möchte ich von einem Pilotprojekt berichten, das der [Deutsche Hospiz- und Palliativverband](#) gemeinsam mit der Arbeiterwohlfahrt kürzlich ins Leben gerufen hat: Bundesweit werden erstmals Hunderte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in stationären und ambulanten Pflegediensten für die palliative Pflege geschult. So schaffen wir mehr Hospiz- und Palliativkompetenz in Pflegeheimen.

Auch im Interfraktionellen Gesprächskreis Hospiz des Bundestages – er wurde erwähnt – setzen wir alles daran, Hospize und Palliativversorgung in Deutschland weiterzubringen. Meine sehr geehrten Damen und Herren von der Opposition, ich lade Sie herzlich ein, sich dort ebenfalls konstruktiv einzubringen. Wir haben zwar schon einiges erreicht, aber wir haben auch noch viel vor.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:

Das Wort hat der Kollege Dr. Ilja Seifert von der Fraktion Die Linke.

(Beifall bei der LINKEN)

Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE):

Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Es war einmal ein Müller. Als er sein Ende nahen fühlte, rief er seine Familie zusammen und sprach: Du, Ältester, bekommst die Mühle. Dir, Mittlerer, hinterlasse ich den Esel, und du, Jüngster, sollst mit dem Kater dein Glück versuchen. – Als er so alles geregelt sah, starb er friedlich im Kreise seiner Lieben. Wie das Märchen weitergeht, ist allgemein bekannt; das brauche ich hier nicht vorzutragen.

Seltener steht genau dieser Anfang im Mittelpunkt der Überlegungen. Liegt das vielleicht an der ruhigen Gelassenheit, die diese Szene ausstrahlt, oder an ihrer Märchenhaftigkeit?

Sterben im Kreise der Familie; ringsum Wärme; in Ruhe seine Angelegenheiten ein letztes Mal ordnen; die Lieben um sich haben; alles ohne Pathos, ohne sentimentale Rührseligkeit; sich von seinen Lieben verabschieden können; die Würde des Augenblicks genießen. – Traumhaft! Märchenhaft! Wer wollte das – sterben wie im Märchen – nicht?

Wir aber leben in der Wirklichkeit, und wir sterben auch wirklich. Das ist eine ernste Angelegenheit, aber wir verdrängen sie, reden kaum darüber, wissen nicht, wie wir uns verhalten sollen, wenn es so weit ist, weder beim eigenen Sterben – das kann man ohnehin nicht „üben“ – noch dann, wenn die Liebsten von uns gehen.

Heute geben uns der Antrag vom Bündnis 90/Die Grünen und die Erinnerung an die gute Arbeit der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ Gelegenheit, über diese Fragen wieder einmal öffentlich nachzudenken. Ich finde das richtig.

Wo und wie wird denn heutzutage gestorben? Was wird dabei getan? Was wird gesagt, oder wie laut wird dabei geschwiegen? Wer wagt es denn überhaupt,

Dr. Ilja Seifert

auszusprechen, dass es zu Ende geht? Ärzte versuchen, oft in verzweifelter Hilflosigkeit, noch Heilungschancen auszuloten. Oder spielen sie den Betroffenen, den Angehörigen und sich selbst nur etwas vor? Ist es für sie vielleicht zu schwer, die Wahrheit auszusprechen? Dürfen sie es womöglich gar nicht?

Jedenfalls sterben viele Menschen im Krankenhaus. Als Letztes sehen sie ihre Ärztin oder ihren Arzt; manchmal ist es auch eine Schwester, die ihnen die Hand hält. Wenn sie die Zeit dazu findet. Kosteneinsparprogramme im Gesundheitswesen verhindern das leider immer häufiger.

Im vorliegenden Antrag werden zahlreiche Punkte benannt – meines Erachtens sind es etwas zu viele; aber das ist eine Sache, die wir im Ausschuss klären können –, die neu geregelt werden sollen. Vielem kann die Linke gut zustimmen.

Gläubigen Menschen bleibt der Priester. Vielleicht spendet seine Anwesenheit dieser oder jenem Trost? Die Liebe der Angehörigen kann er nicht ersetzen. Den Angehörigen das Abschiednehmen auch nicht.

Manche finden Sterbebegleitung im Hospiz; darüber wurde schon sehr viel geredet. Im Hospiz ist das Tabu allgegenwärtig: ein ganz bewusster Umgang mit dem letzten Lebensabschnitt. Fast könnte man meinen, hier seien wir dem Märchentraum am nächsten. Aber Hospize sind noch immer rar.

Ich weiß von vielen Menschen, darunter solchen mit sehr unterschiedlichen Beeinträchtigungen, die ihre Familie praktisch nicht kennen. Sie leben in Einrichtungen. Im Zeitregime des Heims ist Sterbebegleitung kein abrechenbarer Faktor. Manchmal gibt es – ähnlich wie in etlichen Krankenhäusern – separate Räume, in die die Betten mit denjenigen geschoben werden, bei denen vermutet wird, dass sie nicht mehr lange leben. Nicht wenige verbrachten so schon mehrere Nächte, manchmal Wochen in diesen Separées. Das ist alles andere als menschenwürdig und alles andere als erstrebenswert.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Warum versammeln sich nicht die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner – ähnlich der Familie im Märchen – um die Sterbenden? Warum wagen die Betroffenen es kaum, sie – analog zum Vater, der sein Ende nahen fühlt – zu sich zu rufen? Wird ihnen diese Möglichkeit überhaupt irgendwann im Leben eröffnet? Wird ihnen überhaupt gesagt, dass es diese Möglichkeit gäbe? Oder lohnt es sich nur nicht, weil eh keine Angelegenheiten zu ordnen sind, sprich: kein Vermögen zu vererben ist?

Damit bin ich wieder bei der Familie. Es soll ja auch die noch geben, und wer sie hat, soll glücklich sein. Warum aber wagt selbst in solchen Gemeinschaften, die gemeinhin und sogar von den Beteiligten selbst als gut funktionierend betrachtet werden, kaum jemand, sich ihr oder sein Lebensende als gemeinsame Erfahrung vorzustellen und diesen Wunsch laut zu äußern?

Merkwürdigerweise fürchten sich nur wenige Menschen vor dem Tod, aber sehr viele vor dem Sterben.

Die Gründe sind hier schon aufgezählt worden. Niemand möchte unter quälenden Schmerzen, sehenden Auges und wachen Geistes die eigene Körperlichkeit dahinsiechen erleben.

Mit dem vorliegenden Antrag soll versucht werden, viele damit im Zusammenhang stehende Probleme zu regeln. Es geht um bessere Pflege, um moderne Schmerz- und Palliativmedizin, um weniger separierende Heime, um das Leben und Sterben mit Assistenz in der eigenen Wohnung und vieles mehr. Das alles sind wichtige Punkte, die besprochen werden müssen.

Ich halte es insgesamt für wichtig – das stellen wir von der Linken heute einmal in den Mittelpunkt –, dass wir überhaupt das Schweige-Tabu des Sterbens brechen. Kaum jemand möchte doch seinen liebsten Angehörigen und besten Freunden zumuten, dem Sterben beizuwohnen. Ja, warum eigentlich nicht? Unsere Kultur, all unsere Erziehung, unsere eigene Angst vor der Begegnung mit dem Tod lassen uns vor Derartigem noch immer zurückscheuen. Ja, wir schämen uns sogar solcher Gedanken und Wünsche – für den Fall, dass sie einmal aufkommen sollten. Warum eigentlich?

Viele Märchen, meine lieben Kolleginnen und Kollegen, spiegeln sehr reale Gesellschaften wider. Indem sie die Wünsche, Sehnsüchte und Träume in Erfüllung gehen lassen, zeigen sie Möglichkeiten auf – Handlungsoptionen! Unsere Wirklichkeit ist nicht unveränderbar: Also lasst uns das Sterben in die Mitte holen, und wir werden besser leben.

Danke vielmals.

(Beifall bei der LINKEN)

Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:

Das Wort als nächster Redner hat der Kollege Hubert Hüppe von der CDU/CSU-Fraktion.

Hubert Hüppe (CDU/CSU):

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Die meisten Menschen wünschen, dass das medizinisch Notwendige und Sinnvolle getan wird. Kein Mensch möchte unter starken Schmerzen leiden. Niemand möchte abgeschoben werden und einsam sterben. Deswegen ist es gut, dass wir heute nicht über das Thema „Töten auf Verlangen“ oder über Euthanasie reden, sondern darüber, wie wir es schaffen, dass die Menschen am Lebensende pflegerisch, medizinisch und seelsorgerisch so versorgt werden, dass sie keine Angst vor einem unwürdigen Tod haben müssen.

Meine Damen und Herren, wir debattieren heute auch über den Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ aus der letzten Legislaturperiode. Die Enquete-Kommission hat mit ihrem über 80 Seiten umfassenden Bericht wertvolle Arbeit im Bereich Palliativmedizin und Hospizarbeit geleistet. Abgeordnete und externe Sachverständige haben zusammen nicht nur eine Analyse der damaligen Situation geliefert, sondern einen Katalog von konkreten Empfehlungen erarbeitet. Wie gut diese Arbeit und auch die Zusammenarbeit waren, zeigt sich auch daran, dass inzwischen viele Empfehlungen vom Deutschen Bundestag

Hubert Hüppe

umgesetzt worden sind. Ich bin mir – ich sage das auch ganz offen – nicht sicher, ob es genauso gekommen wäre, wenn wir diesen Rat nur von außen erhalten hätten.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD sowie bei Abgeordneten der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und des Abg. Dr. Ilja Seifert [DIE LINKE])

Wir haben Details umgesetzt, Dinge, die nicht so wichtig erscheinen, die aber für die Praxis wichtig sind, wie zum Beispiel die Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung. Jetzt kann man zum Beispiel nicht verbrauchte Schmerzmittel in stationären Hospizen weiterverwenden.

Es gab aber auch grundlegende Verbesserungen – sie wurden schon häufiger erwähnt –: Zum Beispiel wurden die Finanzierung der ambulanten Palliativversorgung, die Einführung von ambulanten Palliative-Care-Teams, die Absenkung des Eigenfinanzierungsanteils beim Aufenthalt zumindest in stationären Kinderhospizen und die Freistellung von Angehörigen für die Pflege und Sterbegleitung bei der letzten Gesundheitsreform und bei der Pflegereform beschlossen.

Darüber hinaus wurden im Rahmen der Pflegereform auch noch weitere Verbesserungen vorgenommen, die auch nicht unwichtig sind, zum Beispiel die Verkürzung der Begutachtungsfrist auf fünf Tage bei Menschen, die sich in einem stationären Hospiz befinden, oder auch die Möglichkeit zum Vertragsabschluss mit Einzelpflegerkräften, was die ganze Pflegehilfe für denjenigen angenehmer macht, der nicht dauernd mit wechselndem Personal zu tun haben will. Auch das, meine Damen und Herren, sind wichtige Maßnahmen zugunsten der Betroffenen.

Wenn ich sage, dass wir vieles gesetzgeberisch auf den Weg gebracht haben, heißt das leider noch nicht, dass auch alles in der Praxis umgesetzt wurde. Das gilt insbesondere für die ambulante Palliativversorgung. Das ist mir deswegen so wichtig, weil die Menschen – das sagen alle Umfragen – zu Hause sterben wollen und nicht, wie es jetzt leider noch zu 70 Prozent Realität ist, in Einrichtungen. Nachdem der Bundestag die sogenannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen hat, ist mit einigen Monaten Verspätung im März dieses Jahres die [Richtlinie](#) des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft getreten. Nun schaffen die Spitzenverbände entsprechende [Rahmenempfehlungen](#), auf deren Grundlage Verträge mit Leistungserbringern abgeschlossen werden.

So kompliziert sich das anhört, so kompliziert ist es auch. Auf diese Weise geht weiter kostbare Zeit verloren, und die Mittel, die zum Teil schon im letzten Jahr für diesen Zweck zur Verfügung gestellt worden sind, sind nicht mehr vorhanden und können nicht mehr im Sinne der betroffenen Menschen abgerufen werden. Deswegen an dieser Stelle meine Bitte an diejenigen, die an diesen Verhandlungen beteiligt sind: Bitte beeilen Sie sich!

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD und der FDP sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Selbst wenn man Gefahr läuft, den einen oder anderen Fehler zu machen – diese Fehler kann man wieder korrigieren. Es werden Fehler gemacht werden; denn das ist ja eine ganz neue Leistung mit vielen neu beteiligten Leistungserbringern. Aber es ist wichtig, dass man den Menschen zu Hause helfen kann.

Meine Bitte an die Länder – ich habe mit Praktikern gesprochen und festgestellt, dass es da, wo in den Ländern bereits gehandelt wird, zum Beispiel in Hamburg und Schleswig-Holstein, gut läuft –: Nehmen Sie sich der Aufgabe an; steuern und koordinieren Sie den Prozess, damit es zu schnellen und vernünftigen Verhandlungen kommt!

Zum Schluss noch einige Bitten an die Kassen und Leistungserbringer. Bei den Vertragsverhandlungen scheint zwar die Hospizbegleitung in Altenheimen und Pflegeheimen vorgesehen zu sein, aber nicht – so sagt mir zum Beispiel der ambulante Hospizdienst für Kinder – in Kinderheimen und verschiedenen Behinderteneinrichtungen. Die Begründung der Kassen war bisher, dies sei nicht ausdrücklich im Gesetz geregelt. Das halte ich für falsch. Es ist falsch, wenn man die betroffenen Kinder ausschließen würde. Wenn sie in einem Kinderheim oder Kinderhospiz sind, müssen sie auch die Möglichkeit der Palliativversorgung haben.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD, der FDP und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Meine zweite Bitte – es ist verständlich, dass ich dies als Beauftragter meiner Fraktion für die Belange von Menschen mit Behinderungen sage – ist, dass wir auch auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen eingehen, insbesondere von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung. Ich denke, es ist wichtig, dass man deren Bedürfnisse wahrnimmt und auf sie eingeht und dass auch die Leistungserbringer sich darauf einstellen, dass das eine andere Gruppe mit speziellen Bedürfnissen ist.

Eine letzte Bitte an alle Beteiligten, auch an uns: Eine gute Palliativversorgung sicherzustellen, medizinisch und pflegerisch, muss unser gemeinsames Ziel sein. Aber es darf nicht passieren – darauf lege ich sehr viel Wert –, dass die bezahlte Versorgung die nichtbezahlte ehrenamtliche Bürgerbewegung der Hospizlandschaft mit all ihrem Fachwissen in den Hintergrund drängt.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

Nur wenn es uns gelingt, beides sicherzustellen, werden wir ein Angebot haben, das den Bedürfnissen der sterbenden Menschen gerecht wird.

Vielen Dank fürs Zuhören.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:

Das Wort hat jetzt der Kollege Wolfgang Wodarg von der SPD-Fraktion.

Dr. Wolfgang Wodarg (SPD):

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte zunächst etwas zu der Reihenfolge sagen, in der wir die Themen, die mit Tod und Sterben zu tun haben, in diesem Hause behandeln. Wir sprechen heute über Palliativmedizin, das heißt über das, was getan werden muss, damit die Menschen in der letzten Phase ihres Lebens Hilfe bekommen. In einer zweiten Sitzung werden wir dann über die Patientenverfügung sprechen. Auch die Enquete-Kommission hat festgestellt, dass diese Reihenfolge richtig ist. Wir müssen erst die Hilfe organisieren und dafür sorgen, dass Menschen nicht verzweifelt sind. Denn wenn sie verzweifelt sind, dann bekommen sie Angst. Aus dieser Angst heraus schreiben sie Patientenverfügungen. Davon profitieren Notare und Rechtsanwälte. Dieser Ansatz ist vom Ende her gedacht und daher falsch. Wir wollen eine gute Palliativmedizin.

(Beifall bei der SPD, der CDU/CSU und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Der Gesetzgeber hat vieles möglich gemacht; das haben wir gehört. Wir haben Geld für die Hospizbewegung zur Verfügung gestellt. Wir haben ein Recht auf Palliative Care im Gesetz festgeschrieben. Hubert Hünneke hat eben mehrfach darum gebeten, dass doch etwas geschehe. Dies zeigt, dass noch nicht genug umgesetzt wurde; das muss uns nachdenklich machen. Wir hoffen aber, dass bald konkrete Hilfe zur Verfügung steht. Wenn das nicht der Fall wäre, dann hätten wir die ganze Arbeit umsonst und Politik an den Problemen vorbei gemacht. Dieser Gefahr müssen wir uns stellen.

Es muss Anreize für diejenigen geben, die Verantwortung tragen, das Richtige zu tun. Es muss sich für diejenigen, die sich um Sterbenskranke kümmern, lohnen, dass sie Palliative-Care-Strukturen schaffen. Wer ist dafür verantwortlich, wer muss hier noch aktiv werden?

Die Zivilgesellschaft tut eine Menge. In den Gemeinden melden sich viele ehrenamtliche Helferinnen und Helfer. Es werden Hospizvereine gegründet, die wir fördern. Auch Krankenhäuser und Ärzte versuchen, entsprechende Hilfe anzubieten und spezielle Angebote weiterzuentwickeln. Es entstehen Palliativstationen und Hospize. Aber es fehlt immer noch an einer flächendeckenden Versorgung in diesem Bereich.

Die Strukturverantwortung haben diejenigen, die über das Geld verfügen, um die Versorgung zu gestalten. Bei uns sind in erster Linie die Krankenkassen und die Pflegekassen dafür verantwortlich. Wir haben ein großes Problem, dass hier zwei Versicherungen sozusagen nebeneinander arbeiten: die Krankenversicherung und die Pflegeversicherung. Häufig kommt es vor, dass Menschen beide Versicherungen brauchen und beide in Anspruch nehmen. Die Pflegeversicherung ist eine Teilkaskoversicherung; die Krankenversicherung bezahlt das Notwendige und fragt nicht nach einzelnen definierten Leistungen.

Die Pflegeversicherung ist aber die kostengünstigere Lösung. Daher gibt es Verschiebeparkplätze. Das sehen wir besonders im stationären Bereich in den Pflegeheimen. Wir müssen uns die Situation dort genauer

anschauen. Ich denke, es kommt in vielen Pflegeheimen zu Fehl- und Unterversorgungen, wenn es um Palliative Care geht. Diesen Bereich kann man nicht mit wenig Personal abdecken; das geht nicht.

Palliative Care ist nicht nur in Krankenhäusern und Hospizen notwendig. Gehen Sie einmal in die vielen stationären Pflegeeinrichtungen, in denen Menschen die letzten Monate ihres Lebens verbringen müssen. Die Pflegeversicherung bezahlt eine Pauschale, und das war es dann. Wo bleibt da Kraft für Palliative Care? Wie soll die Finanzierung aussehen? Wenn wir es ehrlich mit diesem Thema meinen, müssen wir uns diesen Fragen stellen.

Jeder weiß, dass die letzten sechs Monate im Leben eines Menschen die teuersten sind. Das ist nichts Neues. Wir wollen, dass die Krankenkassen sich anstrengen und auch dann etwas für ihre Versicherten tun. Stellen Sie sich aber vor, eine Krankenkasse würde Verträge schließen, um eine flächendeckende und vorzügliche Palliativversorgung zu ermöglichen. Wenn sich das bei den Krebskranken herumsprechen würde, dann würden alle in diese Krankenkasse wechseln. Das würde aber bedeuten, dass die Kasse für ihr Engagement finanziell bestraft und möglicherweise pleitegehen würde, wenn andere Kassen nicht auch nachziehen würden. Sie müsste möglicherweise die Beiträge erhöhen, nur weil sie das tut, was eigentlich notwendig ist.

Hier wirkt sich der Kassenwettbewerb, der immer noch besteht, negativ aus, weil notwendige Leistungen dann nicht erbracht werden, wenn sie teuer sind. Dieser Wettbewerb ist fehlleitend. Er ist einer der Hauptursachen dafür, warum wir in Deutschland noch keine flächendeckende Palliativversorgung haben. Wir müssen dafür sorgen, dass alle Krankenkassen dieser Verpflichtung nachkommen. Das können wir dadurch tun, dass wir die Morbidität ausgleichen. Das soll durch den [morbidityorientierten Risikostrukturausgleich](#) geschehen, den wir beschlossen haben. Er dient dazu, die Kasse zu belohnen, die solche Themen in Angriff nimmt.

Jetzt höre ich es aber murren, dass man einen Rückzieher machen und den Morbi-RSA abschwächen will, der ja an den Gesundheitsfonds geknüpft ist. Er kommt vielleicht gar nicht. Wenn wir diesen morbidityorientierten Risikostrukturausgleich nicht verwirklichen, dann wird es sich weiterhin nicht lohnen, sich um teure Kranke zu kümmern. Das müssen wir wissen; ansonsten ist all das, was wir hier machen, Schall und Rauch. Ich weiß, dass diese Aussage wehtut. Ich weiß, dass da viele andere Argumente eine Rolle spielen; aber diese wichtigen Zusammenhänge kann man nicht unerwähnt lassen.

Wir haben den Bereich der Pflegeversicherung neu gestaltet und haben vieles möglich gemacht. Wir wollen, dass sich die Gemeinden im Rahmen der Daseinsvorsorge dort, wo die Menschen leben – „Daheim statt Heim“, sagen wir in unserem Zusammenschluss, den wir gegründet haben und den wir fördern; viele von uns nehmen daran teil –, darum kümmern, dass man zu Hause in vertrauter Umgebung alt werden darf, behindert sein kann und trotzdem Hilfe erhält und sterben darf, so wie man möchte. Dazu bedarf es professioneller Unterstützung, und die kostet Geld.

Dr. Wolfgang Wodarg

Es ist für eine Gemeinde sehr schwierig, die Player aus der Pflegekasse und der gesetzlichen Krankenkassen, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen und Verantwortung tragen, vor Ort zusammenzubekommen. Die von uns geplanten Pflegestützpunkte, die wir in Deutschland flächendeckend einführen wollen, sollen diese koordinierende Funktion übernehmen. Sie sollen die Stelle sein, bei der man Defizite in der Versorgung benennt, wo die Kostenträger vor Ort zusammenkommen und sich Gedanken darüber machen, wie die Versorgung verbessert werden kann, wo die Ansprüche der Bevölkerung angemeldet werden können und über vernünftige ortsangemessene Lösungen diskutiert werden kann.

Das alles haben wir als Gesetzgeber möglich gemacht. Das ist ein großes Verdienst der Pflegeversicherung, die wir neu gestaltet haben. Dies muss jetzt vor Ort umgesetzt werden.

Dabei sind die Länder besonders gefragt; denn es liegt in der Hand der Länder, die koordinierende Funktion der Pflegestützpunkte gesetzlich festzulegen oder dies zu verweigern. Ich appelliere also an die Länder, ihre Verantwortung für die Daseinsvorsorge auch hier wahrzunehmen.

Wie Sie sehen, ist dies ein Thema, bei dem es vor allem auch ums Geld geht. Ich denke, dass das Modell, über das wir diskutieren – ganz anders, als viele meinen –, sehr viele wirtschaftliche Vorteile bringen kann. Wenn wir Menschen zu Hause lassen, wenn wir eine Krankenhauseinweisung vermeiden, dann sparen wir bei jedem Fall 20 000 bis 30 000 Euro. Davon, also von einem vermiedenen Krankenhausaufenthalt, kann eine Pflegekraft ein ganzes Jahr lang finanziert werden. Dies muss die Krankenkassen und die Pflegekassen doch hellhörig machen. Wie viel Vernünftiges kann man durch Prävention und gute Begleitung tun: Man kann gleichzeitig Leid und Kosten vermeiden. Das ist eine Win-win-Möglichkeit, die wir viel zu wenig ergreifen.

Ich glaube, dass wir noch viel zu tun haben und in der Praxis noch viel von dem umzusetzen haben, was wir theoretisch in der Enquete-Kommission erarbeitet und in das Gesetz geschrieben haben. Es reicht nicht, wenn die Dinge im Gesetz stehen. Wir müssen dafür sorgen, dass sie auch geschehen. Das wollen wir gemeinsam in Angriff nehmen!

Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der SPD und der CDU/CSU)

Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:

Als letzter Redner zu diesem Tagesordnungspunkt hat das Wort der Kollege Hermann-Josef Scharf von der CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU – Hubert Hüppe [CDU/CSU]: Wo ist eigentlich der Kollege Stünker?)

Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU):

Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ein Lebensende in Würde verbringen zu können, ist der Wunsch eines jeden Menschen. Ziel der

Pflege von Sterbenden ist es, dem schwerkranken Menschen so lange wie möglich ein Gefühl des Wohlbefindens zu verschaffen, damit er, wenn er es will, frei wird, um sich seelisch und geistig auf den Tod vorzubereiten.

Die Auseinandersetzung mit dieser Aufgabe führte zu der heutigen Hospizbewegung. Aber die dahinterstehende Idee ist weit umfassender. Das lateinische Wort „hospitium“ in der Bedeutung von „Herberge“ und „Gastfreundschaft“ sagt für den Hospizgedanken das Wesentliche: Hilfe und Schutz für den Kranken in der letzten Phase seines Lebens, der letzten Strecke seines irdischen Daseins. In ebendieser letzten Phase benötigen die häufig schwerkranken Menschen Schmerzlinderung und umfänglichen Beistand. Die Palliativmedizin und die Hospizarbeit leisten hierbei wichtige Dienste. Für uns von der Union war es daher ein großes Anliegen, die Stärkung der Hospizarbeit und der Palliativmedizin im Koalitionsvertrag festzuschreiben.

Durch die Aufnahme der integrativen hospizlichen Versorgung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen mit der Gesundheitsreform haben wir dieses Ziel weitgehend erreicht. Seither haben Versicherte einen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung, die durch ihre Ausgestaltung den Wunsch vieler Frauen und Männer erfüllt, bis zum Tod in der vertrauten Umgebung betreut zu werden. Durch diese bedarfsgerechte Palliativversorgung wird die ambulante Pflege am Lebensende erheblich verbessert und eine Vernetzung von vorhandenen Strukturen vor Ort erreicht. Krankenhäusern ist es nun möglich, ihre hochspezialisierten Leistungen auch ambulant anzubieten. Das ist ein neues, gutes Angebot. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass ambulante Hospizdienste ihre Dienste nun nicht mehr nur im privaten Bereich, sondern auch in Alten- und Pflegeheimen, wo sie meines Erachtens dringend benötigt werden, anbieten können.

Aber auch durch die Pflegereform sind zahlreiche Leistungsverbesserungen entstanden, die die Situation von Menschen am Lebensende und die ihrer Familien wesentlich verbessern. Ich denke an die Möglichkeit für Angehörige, bis zu sechs Monate Pflegezeit mit Rückkehranspruch an den Arbeitsplatz zu nehmen, um Zeit für den Sterbenden zu haben. Bei einem akut auftretenden Pflegefall ist eine kurzfristige Freistellung von bis zu zehn Werktagen möglich. Die Fristen zur Begutachtung durch den medizinischen Dienst wurden wesentlich verkürzt, um den Betroffenen schnell Sicherheit für die notwendige Hilfe zu geben. So muss bei Menschen, die bereits in einem Hospiz sind oder in häuslicher Umgebung palliative Leistungen erhalten, innerhalb einer Woche die Entscheidung über das Gutachten vorliegen. Auch die Erhöhung des Pflegegeldes wird die Situation der pflegenden Angehörigen verbessern.

Wir sollten der aktiven Sterbehilfe diese guten Alternativen entgegensetzen.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und der Abg. Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Hermann-Josef Scharf

Der Tod, das Sterben gehört zum Leben. In der Hospizbewegung geht es, wie schon gesagt, um die Bedürfnisse unserer Sterbenskranken. Was brauchen wir auf unserem letzten Lebensweg? Bei den Missionarinnen der Nächstenliebe, den Schwestern von [Mutter Teresa](#) in Indien, habe ich eine Antwort gefunden: „Hände, die zum Dienen bereit sind, und ein Herz, das lieben will.“ Die bereits heute in vielen Krankenhäusern, Heimen, Hospizen und in häuslicher Umgebung geleistete Sterbebegleitung und die palliativmedizinische Betreuung sind von ganz zentraler Bedeutung. Diese wollen wir als CDU/CSU nachhaltig unterstützen.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:

Ich schließe die Aussprache.

Interfraktionell wird Überweisung der Vorlagen auf den Drucksachen [16/9442](#) und [15/5858](#) an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. Sind Sie damit einverstanden? – Das ist der Fall. Dann sind die Überweisungen so beschlossen.