

## **Antwort der Bundesregierung**

### **auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/10330 –**

#### **Flächendeckende Hospizarbeit und Palliativversorgung in Deutschland**

##### Vorbemerkung der Fragesteller

Eine gute Hospiz- und Palliativversorgung gibt Sterbenden durch Leidenslinderung Lebensqualität und Selbstbestimmung zurück. Sie ist Ausdruck einer solidarischen Gesellschaft und eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Jede und jeder soll die Gewissheit haben, auf dem eigenen letzten Lebensweg nach den eigenen Wünschen begleitet zu sein und sich gut und individuell betreut und versorgt wissen, um Schmerzen zu lindern und Ängste zu nehmen und um letztendlich würdevoll sterben zu können. Niemand soll allein ohne professionelle und/oder ehrenamtliche Unterstützung bleiben müssen.

Konstitutiv für die Hospizarbeit und Palliativversorgung in Deutschland ist gerade auch das Ehrenamt. Die vielen Ehrenamtlichen tragen ganz besonders zu einem enttabuisierten, offenen Umgang und Verständnis von Sterben und Tod bei. Sie begleiten und unterstützen nicht nur Schwerstkranke und Sterbende sowie deren Angehörige; sie sind darüber hinaus in Gremien engagiert und leisten wertvolle Informationsarbeit in der Gesellschaft. Ohne sie ist eine Hospizarbeit im großen Umfang nicht möglich. Für diesen unschätzbare wertvollen Dienst für unsere Gesellschaft gebührt ihnen allen unser ganz besonderer Dank und Respekt.

Das 2015 von der damaligen Koalition der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gemeinsam mit BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossene Hospiz- und Palliativgesetz, das die zuvor seit 2007 gesetzten Grundsteine in der Hospiz- und Palliativversorgung aufgreift, hat nicht nur die flächendeckende Stärkung der ehrenamtlichen hospizlichen Arbeit zum Ziel, sondern forciert darüber hinaus verstärkt Kooperationen sowie den Ausbau der Hospizarbeit und Palliativversorgung hin zu einem breiten, vielfältigen und flächendeckenden sicheren Angebot für Erwachsene wie Kinder und Jugendliche in Deutschland. Es legte eine Vielzahl an Maßnahmen und Möglichkeiten an, damit Schwerkranke und sterbende Menschen unabhängig von ihrem Alter flächendeckend zeitnah medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Unterstützung unabhängig von ihrem Aufenthaltsort auch in ihren letzten Lebensphasen entsprechend ihren Bedürfnissen und Wünschen erhalten können. Flankiert und vorbereitet werden sollten alle Maßnahmen im besten Fall immer von einem individuellen „Advance Care Planning“ (ACP), für das im Gesetz ebenso die Basis gesetzt wurde. Das ACP gibt alten und sterbenden Menschen sowie ihren Angehörigen frühzeitig die Möglichkeit, sich mithilfe von multiprofessioneller Beratung vorausschauend auf mögliche Szenarien am Lebensende

vorzubereiten und dahin gehend Wünsche und Vorstellungen zu diskutieren und festzuhalten. Damit birgt es nicht nur die Chance, Ängste frühzeitig auszuräumen; sondern kann von wesentlicher Bedeutung sein, wenn es um die dauerhafte Sicherung der Selbstbestimmung geht. Dennoch berichten Ehren- wie Hauptamtliche in der Hospizarbeit und Palliativversorgung von weiterhin bestehenden Herausforderungen in ihrer Tätigkeit.

Die Erwachsenen hospizarbeit ist getrennt von der Kinder hospizarbeit zu betrachten. Hierfür ist es notwendig, den jeweiligen Bedarf der Betroffenen konkret zu kennen. Forschungsdaten aus Deutschland gibt es dazu bislang nicht. Es kann jedoch für Deutschland von etwa 50 000 betroffenen Kindern ausgegangen werden. Diese Zahlen sind geschätzte Vergleichszahlen, in Anlehnung an frühere Studien aus dem Vereinigten Königreich. Aktuelle Studien aus dem Vereinigten Königreich weisen auf eine steigende Anzahl von lebensverkürzend erkrankten Kindern zwischen 2002 und 2017/2018 von 32 975 auf 86 625 hin. Bis 2030 erwarten Forscher einen Anstieg um weitere 11 Prozent auf 95 318 oder 97 242 Kinder und Heranwachsende (Fraser et al. (2012): Rising national prevalence of life-limiting conditions in children in England, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22412035/). Für Deutschland könnte daher von einer höheren Zahl auszugehen sein.

Ein umfassendes, objektives Zahlenwerk in Bezug auf die bundesweite Versorgung ist dringend notwendig, um Aussagen zu dem Bedarf und der Finanzierung abzuleiten. Es wurden in der Vergangenheit oft Daten von Kostenträgern herangezogen, die das Bild der Versorgung jedoch verzerren und keine validen Aussagen zum Ist-Zustand geben können. Trotz gesetzlichen Anspruchs z. B. auf häusliche Pflege steht sie vielen Familien nach Kenntnis der Fragesteller häufig nicht zur Verfügung. Ebenso ist die ambulante kinderärztliche Versorgung von Kindern nach Ansicht der Fragesteller mit lebensverkürzenden Erkrankungen nicht immer gewährleistet.

Die Pflege eines lebensverkürzend erkrankten Kindes oder Jugendlichen erfordert viel Zeit und auch körperlichen Einsatz und bringt Familien über die Jahre an ihre finanziellen, mentalen und körperlichen Grenzen. Armut in diesen Familien kommt häufig vor. Die Kinder werden meistens zuhause versorgt. Die pflegenden Angehörigen sind häufig, sich gegenseitig abwechselnd, rund um die Uhr – also auch nachts – im Einsatz. Nicht alle Therapiekosten und Hilfsmittel, die Erleichterungen bringen, werden von den Krankenkassen erstattet. Die meisten Familien sind zusätzlich auf Spenden angewiesen und haben zudem keine Möglichkeit, eigene Altersvorsorge zu betreiben ([www.fernehlotterie.de/magazin/was-ist-ein-kinderhospiz](http://www.fernehlotterie.de/magazin/was-ist-ein-kinderhospiz)).

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Schwer kranke und sterbende Menschen müssen sich darauf verlassen können, eine gute Versorgung und Begleitung zu erhalten, um ihr Leben bis zuletzt in Würde leben zu können. Die Bundesregierung hat deshalb den Auf- und Ausbau eines breiten Netzes an Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung durch entsprechende gesetzliche Weichenstellungen gefördert. Die bestehenden Angebote greifen ineinander und bieten eine den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen entsprechende Versorgung und Begleitung. Insbesondere das Ende 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland hat wesentliche Weichen dafür gestellt, dass allen schwerkranken und sterbenden Menschen möglichst flächendeckend ein würdiges und selbstbestimmtes Leben bis zuletzt ermöglicht werden kann – sei es zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz. Neben professioneller medizinischer und pflegerischer Betreuung brauchen die Menschen besondere menschliche Zuwendung, um möglichst schmerz- und angstfrei Abschied vom Leben nehmen zu können. Deshalb ist auch das Zusammenwirken zwischen professioneller und ehrenamtlicher Hilfe deutlich gestärkt worden, so dass schwerstkranke und sterbende Menschen die Leistungen erhalten, die sie wün-

schen und benötigen. Zur Förderung der Koordination in Netzwerken zahlen Krankenkassen außerdem unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse. Dies ist mit dem Mitte 2021 in Kraft getretenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung geregelt worden. Damit beteiligen sich die Krankenkassen gemeinsam mit kommunalen Trägern der Daseinsvorsorge am Aufbau und der Förderung von bedarfsgerechten regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken.

1. Wie viele Menschen mit einer zum Tode führenden Erkrankung und einem palliativen Versorgungsbedarf sterben jährlich in Deutschland?

Zur Anzahl der Personen mit einer zum Tode führenden Erkrankung und palliativem Versorgungsbedarf in Deutschland liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

2. Gibt es Bestrebungen für die bundesweite Erfassung des Sterbeortes (Krankenhaus, Häuslichkeit, Pflegeheim, Hospiz, sonstige) als einen möglichen Parameter, der u. a. die Wirkung guter Hospizarbeit und Palliativversorgung messen könnte?

Die Erfassung von Todesursachen mittels Todesbescheinigung obliegt in Deutschland den Ländern.

3. Wie beurteilt die Bundesregierung die künftige demografische Entwicklung (in den nächsten 20 Jahren) in Bezug auf Palliativpatientinnen und Palliativpatienten?

Aufgrund des demographischen Wandels ist zukünftig vermutlich mit einer steigenden Nachfrage nach palliativmedizinischen Leistungen zu rechnen. Konkrete Erkenntnisse hinsichtlich des Umfangs liegen der Bundesregierung aufgrund der Komplexität der betreffenden Krankheitsbilder und Lebensumstände nicht vor.

4. Wie viele ehrenamtlich Tätige sind nach Kenntnis der Bunderegierung in der Hospizarbeit für Erwachsene und für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bundesweit tätig (bitte getrennt ausweisen), und wie hoch ist der tatsächliche Bedarf, und gibt es regionale Unterschiede, wenn ja, welche?

Nach Angaben des Deutschen Hospiz- und Palliativ Verbandes (DHPV) erhalten rund 1.000 ambulante Hospizdienste für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene sowie Erwachsene eine Förderung nach § 39a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V); in diesen Diensten engagieren sich etwas mehr als 50.000 ehrenamtlich Mitarbeitende.

Die Zahl der sich im Rahmen der ambulanten Hospizarbeit insgesamt engagierenden Menschen liegt höher, da es neben den nach § 39a Absatz 2 SGB V geförderten ambulanten Hospizdiensten weitere ambulante Hospizdienste gibt, die ohne eine entsprechende Förderung tätig sind. Die Daten dieser Dienste werden nicht erfasst.

Ebenfalls nicht erfasst werden diejenigen Ehrenamtlichen, die sich in geförderten ambulanten Hospizdiensten nicht direkt in der unmittelbaren Begleitung von Schwerkranken und ihren Zugehörigen engagieren, sondern z. B. im Bereich Bildung und Öffentlichkeitsarbeit tätig sind oder Ehrenamtliche, die sich

in stationären Hospizen und auf Palliativstationen im Sinne der Hospizidee engagieren.

Laut DHPV haben im Jahr 2022 rund 6 bis 7 Prozent aller Verstorbenen in ihrer letzten Lebensphase während einer schweren Erkrankung Hilfe durch die o. g. geförderten ambulanten Hospizdienste in Form von psychosozialer Begleitung und umfassender Beratung erhalten.

Valide Daten über die Entwicklung seit 2010, regionale Unterschiede oder zu über die bestehenden Möglichkeiten der Sterbebegleitung hinausgehenden Bedarfen liegen der Bundesregierung nicht vor. Hierzu wird auch auf die Antwort zu Frage 5 verwiesen.

5. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Anhaltszahlen für den Bedarf an stationären Hospizen in Deutschland (bitte je für Erwachsene und Kinder getrennt aufzeigen)?

Entsprechende Anhaltszahlen sind der Bundesregierung nicht bekannt. Grundsätzlich erscheint es auch nicht sachgerecht, einzelne Segmente der Hospiz- und Palliativversorgung isoliert zu betrachten. Die Hospiz- und Palliativversorgung wird in verschiedenen Versorgungsbereichen erbracht und ist gekennzeichnet durch ein interdisziplinäres Netz von Versorgungs- und Hilfsangeboten, die ineinandergreifen und sich wechselseitig ergänzen können.

Grundsätzlich liegt die Verantwortlichkeit der Versorgungsausgestaltung bei den Ländern und Regionen, in denen die Strukturen unterschiedlich sind und daher jeweils regional an die Gegebenheiten angepasste Konzepte zu entwickeln sind.

6. Wie viele stationäre Hospize gibt es derzeit in Deutschland (bitte die jährliche Entwicklung in absoluten Zahlen und Prozentpunkten seit 2010 separat ausgeben, bitte nach Hospizen für Kinder und Erwachsene, teil- und vollstationär getrennt aufzeigen), und wo gibt es weiße Flecken, wo eine mögliche Überversorgung?

Nach Auskunft des DHPV gibt es in Deutschland derzeit 279 stationäre Hospize, davon 262 stationäre Hospize für Erwachsene und 17 stationäre Hospize für Kinder und Jugendliche. Weiterhin gibt es nach Angaben des DHPV derzeit 17 teilstationäre Hospize für Erwachsene und zwei teilstationäre Hospize für Kinder und Jugendliche.

Weitere valide Daten über die Entwicklung der Anzahl stationärer und teilstationärer Hospize seit dem Jahr 2010 liegen der Bundesregierung nicht vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 5 verwiesen.

7. Wie viele ambulante Hospizdienste gibt es in Deutschland (bitte die jährliche Entwicklung in absoluten Zahlen und Prozentpunkten seit 2010 separat ausgeben, bitte nach Hospizen für Kinder und Erwachsene getrennt aufzeigen)?

Es wird auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen. Nach Angaben des DHPV richtet sich das Angebot der ambulanten Hospizdienste sowohl an Erwachsene als auch an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie ihre Zugehörigen. Belastbare Zahlen im Hinblick auf eine Trennung zwischen ambulanten Hospizdiensten ausschließlich für Erwachsene und ausschließlich für Kinder liegen laut DHPV nicht vor, da die Unterstützung für beide Zielgruppen häufig nicht getrennt, sondern durch einen Hospizdienst erfolgt.

Der Deutsche Kinderhospizverein e. V. informiert auf seiner Internetseite über spezielle ambulante Hospizdienste für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene an 30 Standorten in Deutschland (<https://www.deutscher-kinderhospizverein.de/wie-wir-unterstuetzen/>).

8. Wie viele Hospiz- und Palliativnetzwerke gibt es in Deutschland (bitte die jährliche Entwicklung in absoluten Zahlen und Prozentpunkten seit 2010 aufzeigen), und wie viele davon haben einen Netzwerkkoordinator nach § 39d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine belastbaren Daten vor. Hospiz- und Palliativnetzwerke bilden sich in Ländern und Kommunen auf freiwilliger Basis. Im Rahmen der in § 39d SGB V vorgesehenen Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch einen Netzwerkkoordinator hat der GKV-Spitzenverband den Auftrag erhalten, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 31. März 2025 über die Entwicklung der Netzwerkstrukturen und die geleistete Förderung zu berichten.

9. Wie bewertet die Bundesregierung die Versorgungslage in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (bitte für Kinder und Erwachsene separat bewerten)?

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung ist Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Leistungen werden insbesondere von Hausärztinnen und Hausärzten sowie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten erbracht, die hierzu auch besondere Gebührenpositionen abrechnen können. Zudem können im vertragsärztlichen Bereich Leistungen der besonders qualifizierten ambulanten Palliativversorgung erbracht werden (§ 87 Absatz 1b SGB V sowie Anlage 30 des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä)). Damit wurde die allgemeine ambulante Palliativversorgung in den vergangenen Jahren gefördert und ausgebaut und ist in der vertragsärztlichen Versorgung fest verankert. Die besonders qualifizierte ambulante Palliativversorgung ergänzt die palliativmedizinische Primärversorgung (§ 27 Absatz 1 Satz 3 SGB V) einerseits und spezialisierte Angebote (SAPV gemäß § 37b SGB V) andererseits.

Im Jahr 2022 hatten knapp 4.500 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eine Anerkennung gemäß § 7 der Anlage 30 BMV-Ä für die Teilnahme an der besonders qualifizierten ambulanten Palliativversorgung. Regional verteilen sich diese nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wie folgt:

KV-Bereich	Anzahl Ärzt/-innen
Baden-Württemberg	501
Bayern	437
Berlin	98
Brandenburg	131
Bremen	28
Hamburg	46
Hessen	321
Mecklenburg-Vorpommern	100
Niedersachsen	331
Nordrhein	1731
Rheinland-Pfalz	170
Saarland	49
Sachsen	144
Sachsen-Anhalt	176
Schleswig-Holstein	75
Thüringen	80
Westfalen-Lippe	15
Gesamt	4.433

Darüber hinaus besteht in Westfalen-Lippe ein regionales Versorgungsmodell (<https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMST17-2098.pdf>), welches die SAPV und die allgemeine ambulante Palliativversorgung integriert.

- a) Welche Regionen identifiziert die Bundesregierung als weiße Flecken?

Die Bundesregierung hat keine Hinweise auf systematisch unterversorgte Regionen in der ambulanten Palliativversorgung.

- b) Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung diesbezüglich?

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt gemäß § 75 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der KBV. Diese begleitet seit Jahren den Ausbau der Palliativversorgung. Sie informiert die Vertragsärzteschaft intensiv über die bestehenden Möglichkeiten ([https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Palliativversorgung.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Palliativversorgung.pdf)). Zudem hat sie ein Konzept für Qualitätszirkel entwickelt ([https://www.kbv.de/media/sp/Ambulante\\_Palliativversorgung.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Ambulante_Palliativversorgung.pdf)) und fördert den regelmäßigen Austausch unter den KVen. Darüber hinaus sind derzeit keine weiteren Maßnahmen durch die Bundesregierung geplant.

- c) Wie ist der Stand der Umsetzung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bzw. im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung nach § 87 Absatz 1b SGB V, und wie viele teilnehmende Ärztinnen und Ärzte gibt es, und welche Leistungen werden abgerechnet?

Nach dem fünften Evaluationsbericht des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der vertragsärztlichen palliativmedizinischen Versorgung gemäß § 87 Absatz 1b SGB V zum Berichtsjahr 2023 wurden im Zeitraum der Jahre 2020 bis 2022 palliativmedizinische Leistungen in Höhe von insgesamt 143,9 Mio. Euro abgerechnet. Die Anzahl der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte belief sich in diesen drei Jahren auf 43.969, 43.180 und 43.939. Die durchschnittliche jährliche Leistungsmenge wich nur wenig von den drei Vorjahren 2017 bis

2019 ab (+0,3 Prozent). Die durchschnittliche Anzahl der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte stieg um 2,3 Prozent.

Auf Versichertenebene wurden in den Jahren 2019 bis 2021 707.592, 734.826 und 699.508 Behandlungsfälle sowie 382.101, 403.205 und 383.746 Versicherte mit abgerechneten palliativmedizinischen Leistungen gezählt.

Die durchschnittliche jährliche Anzahl der Behandlungsfälle und Versicherten mit abgerechneten palliativmedizinischen Leistungen in den Jahren 2020 und 2021 (2022 noch nicht vorliegend) wies gegenüber dem Durchschnitt der drei Vorjahre 2017 bis 2019 ebenfalls geringe Veränderungen auf (Anzahl der Behandlungsfälle +0,9 Prozent, Anzahl der Versicherten -2,3 Prozent).

Innerhalb der kollektivvertraglichen palliativmedizinischen Versorgung kam es zu Verschiebungen hin zu einer stärker spezialisierten Versorgung. Der bereits in den Vorberichten des Bewertungsausschusses thematisierte Rückgang im haus- und kinderärztlichen Versorgungsbereich und der gleichzeitige Anstieg im Bereich SAPV-Verordnungen setzten sich weiter fort und umfasste alle untersuchten Parameter auf Ebene der Leistungen, der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte und der Versicherten.

Im Bereich der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung kam es zu einer zunehmenden Inanspruchnahme auf der Ebene der Leistungen und auf der Ebene der Versicherten. Die Anstiege der Behandlungsfallzahlen und der Anzahl der Versicherten wurden dabei im Wesentlichen durch die Abrechnung von Gebührenordnungspositionen (GOP) mit Genehmigungserfordernis nach Anlage 30 zum Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) ausgelöst. Auf Ebene der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte stieg nur die Anzahl derer, die GOP mit Genehmigungserfordernis nach Anlage 30 zum BMV-Ä abrechneten, während die Anzahl der Ärztinnen und Ärzten, die ausschließlich GOP ohne Genehmigungserfordernis abrechneten, sank.

Die Analyse der Fachgruppen zeigte, dass sowohl SAPV-Verordnungen als auch Leistungen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung jeweils zum größten Teil von Hausärztinnen und -ärzten abgerechnet wurden.

Die Anzahl der Versicherten je abrechnender Ärztin oder abrechnendem Arzt betrug über alle kollektivvertraglichen palliativmedizinischen Leistungen hinweg 5,5. Der höchste Wert (9,2) fand sich in der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung. Es folgten die Palliativversorgung im Rahmen einer Onkologie-Vereinbarung (7,3), die haus- und kinderärztliche palliativmedizinische (Primär-) Versorgung (5,7 bzw. 4,0) und SAPV-Verordnungen (2,1).

Innerhalb der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung war die Anzahl abrechnender Ärztinnen und Ärzte mit Genehmigung nach Anlage 30 zum BMV-Ä mit 12,2 Versicherten besonders hoch. Eine fachgruppenspezifische Analyse für diese Ärztinnen und Ärzten ergab die höchste Anzahl an versorgten Versicherten bei den Fachgruppen Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie und Urologie (27,9 bzw. 21,8 Versicherte im Vergleich zu 10,5 Versicherte bei den Hausärztinnen und -ärzten).

Für insgesamt 10 Prozent aller palliativmedizinisch versorgten Versicherten wurden Leistungen aus mehreren Versorgungsbereichen abgerechnet. Am häufigsten kam es zur Abrechnung weiterer palliativmedizinischer Leistungen bei Versicherten mit SAPV-Verordnungen (37 Prozent), gefolgt von Versicherten mit Palliativversorgung im Rahmen einer Onkologie-Vereinbarung (31 Prozent), Versicherten der besonders qualifizierten und koordinierten palliativme-

dizinischen Versorgung (27 Prozent) und des haus- und kinderärztlichen Versorgungsbereichs (12 Prozent bzw. 5 Prozent).

- d) Wie ist der Stand der Umsetzung der Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V bzw. Leistungen der HKP-Richtlinie [HKP = Heil- und Kostenplan])?
- e) In welchen Versorgungsverträgen (Anzahl und Bundesländer) ist die Palliativversorgung im Rahmen der HKP geregelt und wird auch erbracht?

Die Fragen 9d und 9e werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 1 und 2 SGB V umfasst gemäß Absatz 2b auch die ambulante Palliativversorgung. Die häusliche Krankenpflege (HKP) zur Begleitung der Versicherten in der letzten Lebensphase hat sich als Versorgungsform weiter etabliert. Dies geht auch aus dem Bericht des GKV-Spitzenverbands zur Palliativversorgung vom 11. Dezember 2023 hervor, der u. a. die Entwicklung im Bereich der palliativen HKP analysiert (abrufbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokument/e/krankenversicherung\\_1/hospiz\\_palliativversorgung/20231211\\_Bericht\\_SAPV\\_HKP\\_und\\_132g.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokument/e/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/20231211_Bericht_SAPV_HKP_und_132g.pdf)). Der Bericht enthält auch Angaben zur vertraglichen Umsetzung der Palliativversorgung im Rahmen der HKP.

10. Wie bewertet die Bundesregierung aktuell die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV; bitte für Kinder und Erwachsene separat bewerten)?
  - a) Welche Regionen identifiziert die Bundesregierung als weiße Flecken?
  - b) Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung diesbezüglich?

Die Frage 10 bis 10b werden gemeinsam beantwortet.

Der in der Antwort zu den Fragen 9d und 9e bereits genannte Bericht des GKV-Spitzenverbandes zu ausgewählten Bereichen der Palliativversorgung gibt u. a. auch einen detaillierten Überblick über die vertragliche Umsetzung der Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in ganz Deutschland sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche.

Laut des Berichts ist der Strukturaufbau der SAPV nahezu abgeschlossen. Fast überall ist die SAPV vertraglich sichergestellt. In wenigen Regionen wird die Versorgung mit SAPV durch Mitbetreuung aus benachbarten Regionen oder in den herkömmlichen Palliativstrukturen sichergestellt. Der GKV-Spitzenverband zieht in seinem Bericht insgesamt das Fazit, dass jedem Versicherten in Deutschland die notwendige palliative Versorgung zur Verfügung steht. Dies zeigt, dass sich die Palliativversorgung in den letzten Jahren stetig weiterentwickelt hat und schwerstkranke Sterbende die Versorgung, Betreuung und Begleitung erhalten, die sie benötigen.

11. Wie viele Kinder und Jugendliche haben konkret Anspruch auf SAPV-Versorgung, und wie viele erhalten sie?

Grundsätzlich können Kinder und Jugendliche mit einer lebenslimitierenden Erkrankung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sowie dem vom GKV-Spitzenverband mit den maßgeblichen Organisationen der Hospiz- und

Palliativversorgung vereinbarten Rahmenvertrag nach § 132d Absatz 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ) als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung bzw. bereits bei Vorliegen der Voraussetzungen ab Diagnosestellung SAPV erhalten. Verordnungen erfolgen durch Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte und können – entsprechend dem Krankheitsverlauf – über einen längeren Zeitraum und mehrmals im Verlauf ausgestellt werden. Über die Anzahl prinzipiell Anspruchsberechtigter oder über die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die SAPV erhalten, liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

12. Wie viele Krankenhäuser in Deutschland verfügen über eine Palliativstation, an wie vielen Krankenhäusern werden hauseigene Hospital Support Teams aufgebaut, und an wie vielen Häusern sind externe Palliativdienste beauftragt (bitte die jährliche Entwicklung in absoluten Zahlen und Prozentpunkten seit 2010 aufzeigen)?
- a) Welche Regionen identifiziert die Bundesregierung als weiße Flecken?
- b) Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung diesbezüglich?

Die Fragen 12 bis 12b werden gemeinsam beantwortet.

Laut dem Statistischen Bundesamt liegen Informationen zur Fachabteilung Palliativmedizin in Krankenhäusern ab dem Berichtsjahr 2019 vor. Die Entwicklung der Fachabteilung Palliativmedizin seit 2019 ist der folgenden Übersicht zu entnehmen.

Jahr	Fachabteilungen Palliativmedizin	Veränderungsraten	
		zum Vorjahr	zu 2019
	Anzahl	Prozent	Prozent
2022	163	2,5	103,2
2021	159	2,6	100,6
2020	155	-1,9	98,1
2019	158	-	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt

Im Rahmen der amtlichen Krankenhausstatistik werden keine Informationen über hauseigene Hospital Support Teams oder über beauftragte externe Palliativdienste erhoben.

Der Bundesregierung liegen keine validen Daten zu regionalen Versorgungslücken im Bereich der palliativmedizinischen Versorgung vor.

Im Rahmen der Krankenhausplanung erstellen die Länder einen Krankenhausplan und entscheiden damit über die Anzahl der erforderlichen Krankenhäuser und Betten. In ihren Krankenhausplänen haben die Länder die Versorgungsangebote im stationären Bereich unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Versorgungsbedarfs und des demografischen Wandels in den einzelnen Regionen angemessen weiterzuentwickeln. Die Länder prüfen, ob und inwieweit für die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern jeweils Handlungsbedarf besteht.

13. Wie viele palliativmedizinische Tageskliniken gibt es?

Laut dem Statistischen Bundesamt liegen keine Informationen zur Anzahl der palliativmedizinischen Tageskliniken vor.

14. Wie viele Kooperationsverträge zwischen Pflegeeinrichtungen und Haus- und Fachärzten wurden seit 2015 geschlossen (bitte im Vergleich zur Gesamtzahl der Pflegeeinrichtungen angeben)?
- Wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung und Umsetzung der Kooperationsverträge?
  - Plant die Bundesregierung Maßnahmen zur weiteren Stärkung der Kooperationen zwischen Pflegeheimen und Haus- und Fachärzten?

Die Fragen 14 bis 14b werden gemeinsam beantwortet.

Nach Angaben der KBV bestanden im Jahr 2022 ca. 42.700 Kooperationsverträge nach § 119b SGB V. Im Vergleich zum Evaluationsbericht des Bewertungsausschusses zu Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen nach § 119b Absatz 3 SGB V (gem. Anlage 27 zum BMV-Ä) zum Stand von Dezember 2018 entspricht dies einem Zuwachs von rund 93 Prozent (22.096 Kooperationsverträge mit 7.391 Pflegeeinrichtungen (ohne KV Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz)). Darüber hinaus nahmen im Jahr 2022 mehr als 15.800 Ärztinnen und Ärzte an dieser Form der Pflegeheimversorgung teil. Insgesamt haben schätzungsweise knapp 10.000 Pflegeheime (von insgesamt 11.358 Pflegeheimen mit vollstationärer Dauerpflege im Jahr 2021; Statistisches Bundesamt 2022) Kooperationsverträge geschlossen. Demnach zeigt sich eine positive Entwicklung und es bedarf aus fachlicher Sicht derzeit keiner weiteren Maßnahmen. Die Bundesregierung wird die Entwicklung jedoch weiter genau beobachten.

15. Wie viele Einrichtungen bieten ihren Bewohnerinnen und Bewohnern das ACP nach § 132g SGB V an (bitte nach Einrichtungsart und ob intern oder externer Dienst aufschlüsseln)?
- Wie bewertet die Bundesregierung dieses Angebot?
  - Plant die Bundesregierung Maßnahmen zum weiteren Ausbau und zur flächendeckenden Sicherstellung?

Die Fragen 15 bis 15b werden gemeinsam beantwortet.

Die Anzahl der Einrichtungen, die eine gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V anbieten, ist dem in der Antwort zu den Fragen 9d und 9e sowie 10 genannten Berichts des GKV-Spitzenverbandes zu ausgewählten Bereichen der Palliativversorgung zu entnehmen. Laut Bericht deuten die erfolgten Angaben zur Qualifikation der Beraterinnen und Berater darauf hin, dass überwiegend jeweils eigenes Personal in den Einrichtungen für dieses Aufgabe eingesetzt wird.

Insgesamt verdeutlicht der Bericht, dass sich die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V, deren Angebot in das Ermessen der Pflegeeinrichtungen und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe gestellt ist, noch im Aufbau befindet. Der Gesetzgeber hat ausdrücklich kein verpflichtendes Angebot vorgesehen. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

16. Hat die Bundesregierung aus den Erfahrungen der Corona-Pandemie Schlüsse für gesetzgeberisches Handeln zur generellen, besseren Sicherstellung der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung auch während solcher Ausnahmelagen gezogen, und wenn ja, welche?

Die Corona-Pandemie hat verdeutlicht, wie wichtig ein starkes und belastbares Gesundheitswesen ist. Daher stellt die Bundesregierung immer wieder die Versorgungsstrukturen auf den Prüfstand, um Verwerfungen zu beseitigen, Zusammenarbeit und Kooperationen über Sektorengrenzen hinweg zu stärken und die Chancen der Digitalisierung wirksam zu nutzen. Mit gezielten Reformen wird die Bundesregierung in diesem Sinne die stationäre und die ambulante Versorgung reformieren, neue Spielräume für regionale Lösungen eröffnen und die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranbringen. Dies stärkt alle Versorgungsbereiche, auch die Hospiz- und Palliativversorgung.

17. Wie bewertet die Bundesregierung den bürokratischen Aufwand für die Koordination ehrenamtlicher Hospiz- und Palliativnetzwerke, und plant die Bundesregierung entlastende Maßnahmen?

Wie viele Hospiz- und Palliativnetzwerke werden nach § 39d SGB V aktuell bundesweit gefördert, in welcher Höhe, und wie bewertet die Bundesregierung die Höhe dieser Förderung?

Die Bildung von Hospiz- und Palliativnetzwerken liegt in der Autonomie der beteiligten Netzwerkpartner, die die Details zur Zusammenarbeit und Kooperation selbstbestimmt festlegen. Nach § 39d SGB V fördern die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit kommunalen Trägern der Daseinsvorsorge die Koordination der Aktivitäten in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator. Die Fördersumme für die entsprechende Teilfinanzierung der Netzwerkkoordination beträgt nach § 39d SGB V maximal 15.000 Euro je Kalenderjahr und Netzwerk für Personal- und Sachkosten des Netzwerkkoordinators. Diese Zuschussregelung gewährleistet, dass bestehende Strukturen und bestehendes ehrenamtliches Engagement grundsätzlich erhalten bleiben.

Die Grundsätze der Förderung sind in Förderrichtlinien des GKV-Spitzenverbandes festgelegt, die dieser unter Beteiligung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung, der kommunalen Spitzenverbände und des Verbandes der privaten Krankenversicherung erlassen hat.

Hinsichtlich konkreter Daten zur Umsetzung des § 39d SGB V wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

18. Schließt aus der Sicht der Bundesregierung die in § 39a Absatz 2 SGB V geregelte Förderung auch die Trauerbegleitung mit ein, und wenn nein, welche Regelungen zur Förderung plant die Bundesregierung?
19. Deckt aus der Sicht der Bundesregierung das in § 39a SGB V festgesetzte Aufgabenspektrum auch die Arbeit der Trauerbegleitung ab, und wenn nein, besteht aus der Sicht der Bundesregierung hier Handlungsbedarf, und wenn ja, wann ist mit entsprechenden Anpassungen zu rechnen, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 18 und 19 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Trauerbegleitung ist ein integraler Bestandteil der Hospizarbeit. Ambulante Hospizdienste zeichnen sich durch qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitungen aus, die auch Angehörige mit einbezieht.

Insgesamt handelt es sich bei den durch die gesetzliche Krankenversicherung finanzierten Leistungen der Hospizarbeit um ein großes Spektrum von Leistungen, die palliative, pflegerische und psychosoziale Aspekte beinhalten. Dabei besteht ein Bezug zu Aufgaben und Zielen der gesetzlichen Krankenversicherung. Trauerbegleitung gehört nicht zu den originären Aufgaben der solidarisch finanzierten Krankenversicherung. Hintergrund ist auch, dass Trauer keinen Krankheitswert darstellt. Daher wird Trauerbegleitung über die Möglichkeiten der hospizlichen Begleitung hinaus im Rahmen familiärer, gesellschaftlicher, seelsorgerischer und ehrenamtlicher Strukturen getragen.

Eine psychotherapeutische Behandlung, finanziert durch die gesetzliche Krankenversicherung, erfolgt, wenn eine entsprechende Indikation, etwa übermäßige Trauer mit Krankheitswert, vorliegt. Dies trägt der Zweckbestimmung der von der Versichertengemeinschaft aufgebrachten Beiträge Rechnung.

20. Wie viele Medizinerinnen und Mediziner verfügen in Deutschland über eine Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (bitte die jährliche Entwicklung in absoluten Zahlen und Prozentpunkten seit 2010 separat ausgeben für Pädiater und andere Facharztausbildungen, bitte ebenso getrennt nach Tätigkeit in ambulanter Praxis oder stationärer Einrichtung), und welche Maßnahmen wurden ergriffen, um die Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner auf diesem Gebiet zu stärken?
21. Wie viele Pflegefachkräfte verfügen in Deutschland über eine Weiterbildung Palliative Care (bitte die jährliche Entwicklung in absoluten Zahlen und Prozentpunkten seit 2010 angeben, bitte für Kinderpflege und Erwachsenenpflege getrennt aufzeigen), und wie viele Pflegefachkräfte mit der Zusatzausbildung Pädiatrische Palliativversorgung (PPV) gibt es in Deutschland?
22. Wie viele Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verfügen in Deutschland über eine Weiterbildung Palliative Care (bitte die jährliche Entwicklung in absoluten Zahlen und Prozentpunkten seit 2010 angeben, bitte für Kinder- und Erwachsenen-therapeutinnen und Kinder- und Erwachsenentherapeuten getrennt aufzeigen)?
23. Wie viele Angehörige der therapeutischen Berufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie verfügen in Deutschland über eine Weiterbildung Palliative Care (bitte die jährliche Entwicklung in absoluten Zahlen und Prozentpunkten seit 2010, wenn möglich, jeweils getrennt angeben)?
24. Wie viele Angehörige anderer fachlich qualifizierter Personen verfügen in Deutschland über eine Weiterbildung Palliative Care (bitte die jährliche Entwicklung in absoluten Zahlen und Prozentpunkten seit 2010 angeben)?

Die Fragen 20 bis 24 werden aufgrund des gemeinsamen Bezugs auf Fort- und Weiterbildung gemeinsam beantwortet.

Die Weiterbildung in den Gesundheitsberufen liegt in der Zuständigkeit der Länder, die diese Aufgabe teilweise an die jeweiligen Berufskammern übertragen haben. Der Bundesregierung liegen dazu keine Erkenntnisse vor.

25. Wie viele in Einrichtungen der Behinderten- oder Eingliederungshilfe beschäftigte Personen verfügen über eine Weiterbildung Palliative Care (bitte die jährliche Entwicklung in absoluten Zahlen und Prozentpunkten seit 2010 angeben)?

Die Durchführung der Eingliederungshilfe fällt in die Zuständigkeit der Länder und der jeweils mit der Aufgabe betrauten Träger der Eingliederungshilfe. Der Bundesregierung liegen hierzu keine Zahlen vor.

26. Welche Maßnahmen wurden von der Bundesregierung bisher ergriffen, um die Fort- und Weiterbildung in der Palliativmedizin zu stärken, und welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die Fort- und Weiterbildung in der Palliativmedizin zu stärken?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 20 bis 24 verwiesen.

27. Wie bewertet die Bundesregierung die Kenntnisse der Bevölkerung über die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung, liegen der Bundesregierung hierzu Zahlen vor, und wenn ja, welche?

Plant die Bundesregierung Maßnahmen, dieses Wissen u. a. in den medizinischen und pflegerischen Einrichtungen zur Hospiz- und Palliativversorgung zu stärken, und wenn ja, welche?

28. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit einer weitergehenden Information der Bürgerinnen und Bürger über die Möglichkeiten der Hospizarbeit und Palliativversorgung, z. B. mittels einer bundesweiten Informationskampagne?

Die Fragen 27 und 28 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den lange tabuisierten Themen Sterben, Tod und Trauer hat in den letzten Jahren stetig zugenommen, das haben die Debatten über palliative Versorgung, aber auch über Sterbehilfe, Suizidbeihilfe und Suizidprävention gezeigt. Viele Menschen setzen sich mittlerweile intensiv mit Fragen des Sterbens und des Todes auseinander. Dazu gehören auch zunehmende Kenntnisse über vorhandene Strukturen und Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung.

Informationen über das inzwischen dichte und tragfähige Netz von Hilfen in ganz Deutschland sind deshalb wichtig, um Ängste zu nehmen und die breiten bestehenden Angebote nach individuellem Bedarf in Anspruch nehmen zu können. Deshalb ist mit dem Hospiz- und Palliativgesetz – neben den bereits bestehenden Informationsangeboten von z. B. Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und Palliativstationen, Palliativnetzwerken, der Hospizbewegung, von Städten, Gemeinden und Kommunen – ein Anspruch der Versicherten auf individuelle Beratung durch ihre Krankenkasse eingeführt worden. Dies betrifft sowohl die Hilfen vor Ort als auch allgemeine Informationen über die Themen Patientenverfügung, Versorgungsvollmacht oder Betreuungsverfügung.

Auch die mit dem Hospiz- und Palliativgesetz eingeführte gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen und in Einrichtungen der Behindertenhilfe ist ein individuelles Beratungsangebot zur medizinisch-pflegerischen, psychosozialen und/oder seelsorgerlichen Versorgung in der letzten Lebensphase, das auf die jeweilige Situation der oder des Leistungsberechtigten zugeschnitten ist.

Diese Beratungen und Informationen stellen – ebenso wie z. B. Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten, von Pflegediensten und anderen an Behandlung und Versorgung beteiligter Professionen auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche Betroffener und ihrer Angehörigen ab und bieten somit wichtige Orientierung in der jeweils individuellen Situation. Damit erhalten Betroffene und ihre Angehörigen zielgerichtete Informationen für die entsprechende Lebenslage – allgemeine Informationskampagnen können dies nicht leisten.

29. Plant die Bundesregierung eine Öffnung der Nutzung des Entlastungsbetrags bei Pflegebedürftigen für die Inanspruchnahme ehrenamtlicher Hospiz- und Palliativarbeit?

Anspruch auf den Entlastungsbetrag gemäß § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) haben Pflegebedürftige in häuslicher Pflege ab dem Pflegegrad 1. Hierbei handelt es sich um einen Kostenerstattungsanspruch. Dies setzt voraus, dass bei den jeweiligen Pflegebedürftigen Aufwendungen entstehen, für die sie im Rahmen des Entlastungsbetrags eine Erstattung der Kosten erhalten können. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung können die Begleitung durch ambulante Hospizdienste aufgrund der Förderung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kostenfrei in Anspruch nehmen. Bei den Versicherten fallen entsprechende Kosten somit in diesem Fall nicht an.

Grundsätzlich kann der Entlastungsbetrag unter anderem auch für Aufwendungen eingesetzt werden, die den in der Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI entstehen.

Wesentlich ist, dass das jeweilige Angebot von der zuständigen Behörde nach Maßgabe des gemäß § 45a Absatz 3 SGB XI erlassenen Landesrechts anerkannt worden ist. Die konkreten Voraussetzungen, unter denen Angebote zur Unterstützung im Alltag anerkannt werden können, regelt das jeweilige Land in der gemäß § 45a Absatz 3 SGB XI erlassenen Landesrechtsverordnung.

30. Besteht aus Sicht der Bundesregierung die Möglichkeit einer Ausnahmeregelung i. S. d. § 23c des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die (nebenberuflich) in der SAPV-Versorgung tätig sind?

Der Gesetzgeber hat für nebenberuflich tätige Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst mit § 23c Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) eine eng begrenzte Ausnahmeregelung von der Beitragspflicht getroffen, um eine flächendeckende notärztliche Versorgung und damit eine äußerst wichtige und dringliche Aufgabe im Interesse des Allgemeinwohls und zum Schutz von Leben und Gesundheit in Akutsituationen sicherzustellen. Eine Ausweitung dieser engen Ausnahmeregelung auf die SAP-Versorgung ist nicht geplant.

31. Wie haben sich die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Hospiz- und Palliativversorgung seit 2015 entwickelt (bitte jährliche Entwicklung in absoluten Zahlen und Anteil an den Gesamtausgaben in der GKV angeben)?

Die Leistungsausgabenentwicklung für Hospiz- und Palliativversorgung, soweit gesondert erfasst, kann der in der Anlage 1 beigefügten Tabelle entnommen werden.\*

32. Hält die Bundesregierung den Eigenanteil an den zuschussfähigen Kosten in Höhe von 5 Prozent des tagesbezogenen Bedarfssatzes, der durch Hospize u. a. über Spenden aufzubringen ist, für zu hoch, und wenn ja, warum, wenn nein, warum nicht?

Die Hospizbewegung hat sich aus einer Bürgerbewegung entwickelt und basiert auf der Arbeit geschulter ehrenamtlicher Kräfte. Spenden und ehrenamtliches Engagement sind daher wesentliche Elemente der Hospizarbeit und sollen dies – auch nach Wunsch der Beteiligten – auch in Zukunft bleiben. Die Bedeutung des Ehrenamtes in der Sterbebegleitung ist auch deshalb für alle Beteiligten groß, um zu unterstreichen, dass Sterbebegleitung nicht kommerziellen Interessen unterliegt. Dem trägt der bei der Förderung stationärer Hospize vorgesehene Eigenanteil in Höhe von fünf Prozent der zuschussfähigen Kosten angemessen Rechnung.

33. Liegen der Bundesregierung Kenntnisse zum Stand der Umsetzung der Beratungspflicht der Krankenkassen nach § 39b Absatz 1 SGB V vor?

Die Bundesregierung liegen keine Hinweise vor, dass die Krankenkassen ihre Beratungspflicht nach § 39b SGB V nicht im gesetzlich vorgesehenen Umfang wahrnehmen. Die Grundlagen hierfür hat der GKV-Spitzenverband mit den „Regelungen vom 20. Juni 2016 für die Information der Versicherten über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase nach § 39b Absatz 2 Satz 2 SGB V“ fristgerecht geschaffen. Es bestehen keine Meldepflichten für die Krankenkassen im Hinblick auf entsprechende Beratungen. Entsprechende Daten liegen folglich nicht vor.

34. Hat die Bundesregierung einer Bewertung der Lage in den Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Etablierung einer Hospizkultur, wenn ja, wie lautet diese, und wenn nein, warum nicht?

Die Sterbebegleitung ist ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung.

Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ist die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz eine wichtige Voraussetzung, um ihre Aufgaben im Rahmen einer qualifizierten Sterbebegleitung zu erfüllen. Bereits seit dem 1. Juli 2016 gilt für vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Pflicht, die Landesverbände der Pflegekassen im Zusammenhang mit einer Qualitätsprüfung über die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz zu informieren (§ 114 Absatz 1 SGB XI). Auch für diese Informationen der vollstationären Pflegeeinrichtungen gilt, dass die Landesverbände der Pflegekassen sicherzustellen haben, dass sie veröffentlicht werden (§ 115 Absatz 1b SGB XI). Relevante Änderungen bezüglich der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz

\* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/10521 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

sind den Landesverbänden der Pflegekassen im Hinblick auf deren Informationspflicht von den Pflegeeinrichtungen innerhalb von vier Wochen zu melden. Neben der Pflicht der Pflegeheime zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten besteht die Möglichkeit den Bewohnerinnen und Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anzubieten (§ 132g SGB V).

Die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen ist auch Gegenstand der regelmäßigen Qualitätsprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen entsprechend § 114 SGB XI. Anhand verschiedener Fragestellungen wird hier geprüft, ob die Einrichtungen über nachvollziehbare Verfahrens- und Zuständigkeitsregelungen verfügen, um im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen zu ermöglichen. Im Einzelnen geht es hier unter anderem um schriftliche Konzepte für die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen, Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und konzeptionelle Regelungen, dass die Wünsche der versorgten Personen und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst werden. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen zeigen, dass die überwiegende Mehrheit der vollstationären Pflegeeinrichtungen diese Anforderungen erfüllt. Laut dem Sechsten Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund nach § 114a Absatz 6 SGB XI lag bei 99,4 Prozent der geprüften Einrichtungen ein schriftliches Konzept für die Begleitung sterbender Personen und ihrer Angehörigen vor, bei 86,4 Prozent der Einrichtungen gab es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen und bei 95,2 Prozent der Einrichtungen wurde konzeptionell geregelt, dass die Wünsche der versorgten Personen und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst werden.

Um die Versorgung Sterbender in Pflegeheimen weiter zu verbessern, hat das Bundesministerium für Gesundheit in Studien untersuchen lassen, wie Pflegeheime als wichtige gesundheitliche Versorgungseinrichtung und zentraler Lebensort ihre Pflegepraxis so ausrichten können, dass Hospizkultur und Palliativkompetenz gelebt werden können. Dazu gehören die Studien „Sterben zuhause im Heim (SiH) – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege“ (2015 bis 2017) und „Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim (SeLeP) – Die Würde des pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase“ (2019 bis 2021). Aus der SeLeP-Studie ist insbesondere ein Schulungskonzept hervorgegangen, das Pflegekräfte, Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Stellvertretende sowie An- und Zugehörige adressiert und eine Kultur der Selbstbestimmung und Würde für alle in einer stationären Pflegeeinrichtung Arbeitenden und Lebenden befördern soll.

35. Welcher konkrete weitere gesetzgeberische Handlungsbedarf besteht aus Sicht der Bundesregierung in der pflegerischen sowie hospizlichen bzw. palliativen Versorgung von Menschen mit Behinderungen, um den letzten Lebensabschnitt von Menschen mit Behinderungen mit Respekt und Achtung und der bestmöglichen medizinischen und pflegerischen Behandlung zu begleiten?
36. Sieht die Bundesregierung einen Handlungsauftrag, und wenn ja, welchen, auch unter dem Aspekt des mit dem Bundesteilhabegesetz gestärkten Wunsch- und Wahlrechts für Menschen mit Behinderungen und dem Aspekt, dass Leistungen personenzentriert und nicht mehr einrichtungszentriert zu erfolgen haben?

Die Fragen 35 und 36 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es ist ein Kennzeichen der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, dass Begleitung, Versorgung und Hilfen orientiert sind am individuellen Bedarf und an den individuellen Wünschen schwerstkranker Sterbender und ihrer Angehörigen. Dies schließt besondere Bedarfe, Bedürfnisse und Wünsche von Menschen mit Behinderungen mit ein. Die bestehenden Angebote greifen ineinander und bieten eine den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen entsprechende Versorgung und Begleitung in vertrauter Umgebung – sei es zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim, in Angeboten der Eingliederungshilfe oder im Hospiz. Dies entspricht den Intentionen des Bundesteilhabegesetzes.

37. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass alle Familien, deren Kind die Diagnose „lebensverkürzend“ erhält, unmittelbar über alle Leistungsansprüche verständlich informiert werden und ggf. Unterstützung bei der Durchsetzung dieser Ansprüche bekommen?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 27 und 28 verwiesen. Darüber hinaus stehen die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospiz- und Palliativversorgung, insbesondere der Bundesverband Kinderhospiz e. V., der Deutsche Kinderhospizverein e. V. und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband, betroffenen Familien zur Seite.

38. Wie viele Angehörige von Betroffenen nehmen Pflegezeiten in Anspruch?

Zur Inanspruchnahme von Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz gibt es keine amtliche Statistik, lediglich Hochrechnungen aus dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes. Danach haben 2022 ca. 321.000 Personen eine Pflegezeit bzw. Familienpflegezeit in Anspruch genommen.

39. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der aktuelle Stand der Anbindung der Hospizarbeit und Palliativversorgung an die Telematikinfrastruktur?

Weder für SAPV-Teams (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V) noch für Einrichtungen für stationäre und ambulante Hospizleistungen nach § 39a SGB V ist eine Verpflichtung zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur gesetzlich geregelt.

Sowohl bei den SAPV-Teams also auch bei Einrichtungen nach § 39a SGB V gibt es bisher nur eine geringe Anzahl von Anbindungen.

Mit Vertretern der SAPV-Teams stimmt die gematik derzeit das Antrags- und Bestätigungsverfahren für die Herausgabe von SMC-B-Karten ab. Es wird davon ausgegangen, dass die Kartenherausgabe, die eine wichtige Voraussetzung für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur ist, noch im ersten Quartal 2024 starten kann. Eine geringe Zahl der Einrichtungen für stationäre und ambulante Hospizleistungen ist bereits durch das elektronische Gesundheitsberuferegister (eGBR) mit entsprechenden Karten ausgestattet.

Palliativstationen in Krankenhäusern sind im Rahmen existierender Anbindungen der Krankenhäuser bereits an die Telematikinfrastruktur angeschlossen.

**Entwicklung der Leistungsausgaben für Hospiz- und Palliativausgaben**

	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015
Zuschüsse zu stationären Hospizen	276.921.452	250.851.331	240.488.643	219.170.439	179.762.887	136.637.463	124.952.024	102.112.174
Förderung ambulanter Hospizdienste	113.002.376	106.356.470	104.040.572	97.029.509	87.054.146	79.226.158	71.906.513	51.632.894
Förderung der Koordination von Hospiz- & Palliativnetzwerken nach § 39d SGB V	135.968	-	-	-	-	-	-	-
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	693.299.456	642.247.300	567.317.264	473.922.345	415.042.729	368.738.253	323.093.407	267.021.552
Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	111.530.837	111.732.171	632.364.400	387.190.918	210.453.461	157.342.557	152.417.101	127.072.362
Hilfsmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	32.641.259	32.236.428	29.319.467	26.365.470	21.178.822	17.941.236	14.825.393	-
Heilmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	9.632.493	9.736.090	8.666.905	7.905.304	6.478.065	5.484.925	4.664.940	3.051.467
<b>Gesamt</b>	<b>1.237.163.841</b>	<b>1.153.159.790</b>	<b>1.582.197.251</b>	<b>1.211.583.985</b>	<b>919.970.110</b>	<b>765.370.592</b>	<b>691.859.378</b>	<b>550.890.449</b>
Anteil an den Leistungsausgaben	0,45 Prozent	0,44 Prozent	0,64 Prozent	0,51 Prozent	0,41 Prozent	0,35 Prozent	0,33 Prozent	0,27 Prozent

Quelle: KJ 1

