

28.04.2009

## Antrag

der Fraktion der CDU  
der Fraktion der SPD  
der Fraktion der FDP  
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Leiden lindern – Lebensqualität verbessern – Hospiz- und Palliativversorgung absichern! Für eine bessere Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen**

### I. Kultur im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer weiterentwickeln

1. Sterben und Tod sind zentrale Themen angesichts einer Gesellschaft, in der immer mehr ältere Menschen leben. Orte des Sterbens sind überwiegend Institutionen wie Pflegeheime und Krankenhäuser, obwohl der größte Teil der Menschen es vorziehen würde, zu Hause im Kreis von vertrauten Personen die letzte Lebenszeit zu verbringen. Vor diesem Hintergrund ist der Ausbau der ambulanten palliativen Versorgung und der ambulanten Hospizdienste besonders wichtig.

Die Enquête-Kommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW" hat 2005 in ihrem Abschlussbericht eine neue Kultur im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer eingefordert. Um ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen, müssen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Darüber hinaus bedarf es einer kontinuierlichen gesellschaftlichen Diskussion zur Ethik der Sterbebegleitung, und es sollte die Entstehung einer neuen Kultur im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer unterstützt werden.

Die Menschenrechte Sterbender müssen in den Mittelpunkt gerückt werden. Denjenigen, die sterbenden Menschen menschlich mit Zuwendung helfen, muss die notwendige Unterstützung zukommen – sei es durch einen ambulanten Hospizdienst oder sei es im stationären Hospiz.

2. Die Möglichkeiten der Hospizarbeit und Palliativmedizin sind in der Bevölkerung zu wenig bekannt. Neben der Angst vor Schmerzen kommt die Angst vor Abhängigkeit von der Hilfe anderer hinzu: den Angehörigen zur Last zu fallen, fremde Hilfe nicht bezahlen zu können, ohne menschliche Nähe in einem Krankenhaus oder Pflegeheim zu sterben oder nur noch von Apparaten künstlich am Leben gehalten zu werden.

Auch wenn diese Ängste vielfach nicht begründet sind, so wissen wir, dass es sie gibt. Wir haben also einerseits aufzuklären und andererseits flächendeckend Rahmenbedingungen

Datum des Originals: 28.04.2009/Ausgegeben: 28.04.2009

Die Veröffentlichungen des Landtags Nordrhein-Westfalen sind einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen. Der kostenfreie Abruf ist auch möglich über das Internet-Angebot des Landtags Nordrhein-Westfalen unter [www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de)

zu schaffen, dass unheilbar kranke und sterbende Menschen Zugang zu einer bedarfsgerechten Hospiz- und Palliativversorgung erhalten, wodurch Schmerzen und Symptome sterbender Patientinnen und Patienten weitestgehend gelindert, menschliche Nähe und Zuwendung erfahren werden und ein Lebensende in Würde ermöglicht werden kann.

## II. Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in NRW

1. Sowohl die Hospizbewegung als auch die Etablierung der Palliativmedizin in Deutschland nahmen in NRW ihren Ausgang. Seitdem war NRW vielfach auch die treibende Kraft, die Hospizidee zu verbreiten und eine bessere Versorgung durch Hospize und Einrichtungen der Palliativversorgung zu etablieren.

1983 wurde an der Universität Köln die erste Palliativstation in Deutschland eingerichtet. 1986 wurden die ersten stationären Hospize zunächst in Aachen und dann in Recklinghausen gegründet. 1992 wurden vom Land zwei Hospizkoordinierungsstellen ALPHA eingerichtet – für das Rheinland in Bonn und für Westfalen in Münster. Heute bestehen in NRW über 41 Palliativstationen, 56 stationäre Hospize, 38 spezielle Dienste für Kinder und 287 ambulante Hospizdienste. Hinzu kommen rund 8.000 ehrenamtliche Betreuungskräfte.

2. Der erste Lehrstuhl für Palliativmedizin in Deutschland entstand in Bonn. Von den fünf heute in Deutschland existierenden Lehrstühlen für Palliativmedizin befinden sich drei in NRW (Aachen, Bonn, Köln) sowie der erste Lehrstuhl für pädiatrische Palliativmedizin an der Kinderklinik Datteln in Verbindung mit der Universität Witten /Herdecke in Verbindung mit der Kinderklinik Datteln. In der Lehre ist die Palliativmedizin integraler Bestandteil u.a. der Anästhesiologie. Einen Lehrstuhl mit ausgewiesener palliativpflegerischer Expertise gibt es nicht.
3. Um die ambulante Palliativversorgung flächendeckend auszubauen und damit dem Wunsch von weit über 80 Prozent der Betroffenen Rechnung zu tragen, ein Sterben zu Hause zu ermöglichen, vereinbarte das Land mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Ärztekammern, der Krankenhausgesellschaft Nordrhein Westfalen (KGNW) sowie den Krankenkassen Anfang 2005 ein Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW als kooperatives Versorgungskonzept, auf das sich verschiedene Partner im Gesundheitswesen in NRW verständigt haben. Dies dient als Grundlage für den Abschluss örtlicher Vereinbarungen. Das Rheinland ist heute auf der Basis dieser Vereinbarung fast vollständig mit entsprechenden Palliativnetzen – inzwischen 30 an der Zahl – versorgt. In Westfalen-Lippe bestehen 17 palliativ-medizinische Netzwerke.

Auch diese Vereinbarung hat wieder Wirkung für ganz Deutschland entfaltet, indem 2007 mit dem GKV-WSG in § 37b SGB V entsprechende Regelungen verankert wurden. Nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 37b SGB V „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) soll den Patientinnen und Patienten ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung ermöglicht werden. Ziel ist der Erhalt der Lebensqualität und die Förderung der Selbstbestimmung, wobei besonders die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen.

4. Nachdem seit März 2008 die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft ist und die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132d für die SAPV seit dem 29.07.2008 vorliegen, sind die formalen Voraussetzungen für die Vertragsabschlüsse zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen er-

füllt. Der individuelle Leistungsanspruch auf SAPV kann nun praktisch umgesetzt werden. Die SAPV-Richtlinie des G-BA und Empfehlungen der Krankenkassen enthalten eine Reihe offener Formulierungen, die es nunmehr in der Umsetzung in NRW im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten auszufüllen gilt.

Dabei sind die gewachsenen Strukturen zu berücksichtigen, zugleich aber die noch fehlenden Bausteine zu ergänzen, um weit mehr Menschen als bisher zu ermöglichen, durch ein umfassendes und ganzheitliches Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung zu Hause sterben zu können. Hierzu gehört auch eine kultursensible Öffnung der Hospizeinrichtungen und Weiterentwicklung der Angebote für Menschen unterschiedlicher Weltanschauungen und Lebenseinstellungen. Eine Trägerpluralität und -kooperation ist hierzu wichtig. Notwendig ist zudem der Abbau von Zugangsbarrieren zum Hilfesystem für Menschen mit Migrationsbiografie. Dabei gilt es immer wieder zu reflektieren, in wie weit die Angebote der Hospiz- und Palliativeinrichtungen auch die Menschen in prekären Lebenssituationen erreichen.

### III. Hospizbewegung eine tragende Säule

1. Seit vielen Jahren setzt sich die Hospizbewegung für die Wahrung eines menschenwürdigen Sterbens ein. Im Besonderen ist hier der Einsatz der Hospizbewegung für die Sterbegleitung zu würdigen, die es den sterbenden Menschen und ihren Angehörigen ermöglicht, diese letzte Phase des Lebens unter menschenwürdigen Bedingungen erleben und bewältigen zu können. Damit leistet die Hospizbewegung einen wichtigen Beitrag dazu, die unmittelbare Zeit vor dem Sterben als letzte Phase des Lebens anzunehmen.
2. Die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen zuhause, in Pflegeeinrichtungen, in Hospizen und in Krankenhäusern ist ohne ehrenamtlich Tätige nicht leistbar. Die Stärke der Hospizbewegung liegt deshalb auch in ihrem hohen Anteil an ehrenamtlich Tätigen. Sie leisten damit einen sehr bedeutenden Beitrag für den Einzelnen wie für die Gemeinschaft.  
Ca. 80.000 Menschen engagieren sich in diesem Bereich in Deutschland, ca. 15.000 bis 20.000 Menschen in NRW. Diese Menschen sind zugleich auch Förderer für einen weiteren Bewusstseinswandel in der Gesellschaft und somit unverzichtbar in der öffentlichen Auseinandersetzung um einen respektvollen und damit würdevollen Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden. Die Hospizdienste leisten vielfach unentgeltlich die professionelle und kompetente Begleitung Hinterbliebener. So können häufig die Folgen einer unverarbeiteten Trauer verhindert werden. Das ehrenamtliche Engagement leistet nicht zuletzt auch einen wesentlichen Beitrag dazu, das notwendige Spendenaufkommen als Schutz vor einer möglichen Kommerzialisierung bzw. Ökonomisierung zu sichern.
3. Bei den anstehenden Entwicklungen wird es entscheidend darauf ankommen, neben dem Ausbau spezialisierter palliativmedizinischer und -pflegerischer Angebote eine enge Kooperation vor allem mit den ambulanten Hospizdiensten, aber auch weiteren Berufsgruppen im Sinne eines multiprofessionellen Ansatzes sicherzustellen, um auch die notwendige psychosoziale und spirituelle Begleitung, menschliche Nähe und Zuwendung für die Betroffenen und ihre Angehörigen zu gewährleisten.  
Die Chancen, die sich aus der nun möglichen Umsetzung des gesetzlich verankerten individuellen Leistungsanspruchs auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung ergeben, müssen für eine verbesserte Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen in NRW genutzt werden.

#### IV. Finanzierungsgrundlagen weiterentwickeln – Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Hospiz- und Palliativversorgung verbessern

1. Die ambulante Hospizarbeit wird seit 2002 auf Grundlage des § 39a Abs 2 SGB V aus Mitteln der Krankenkassen gefördert. Hierfür stehen Mittel in Höhe von jährlich 0,41 Euro (2008) pro Versichertem zur Verfügung. Die Mittel dienen als Zuschuss zu den Personalkosten für die Koordination und Schulung von ehrenamtlichen Mitarbeitern. Die Bewilligung der beantragten Fördermittel erfolgt nach einem ausgehandelten Berechnungsmodus. Derzeit sieht die Regelung vor, dass die ambulanten Hospizdienste basierend auf den Anhaltszahlen des Vorjahres einen Zuschuss für das laufende Jahr erhalten. Dieser Berechnungsmodus führt dazu, dass die Fördersumme für die einzelnen Dienste umso geringer ausfällt, je mehr Hospizdienste gefördert und je mehr Sterbebegleitungen in NRW durchgeführt werden. Zudem wird das für die ambulante Hospizarbeit vorgesehene Budget in NRW derzeit seitens der Kassen nicht voll ausgeschöpft.
2. Für die stationäre Versorgung in Hospizen ist eine Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, dem AWO Bundesverband, dem Paritätischen Wohnfahrtsverband, dem DRK und dem Diakonischen Werk der EKD abgeschlossen worden. Diese Rahmenvereinbarung sieht vor, dass die Kosten zu mindestens zehn Prozent aus Eigenmitteln der teilstationären und stationären Einrichtung bestritten werden müssen.  
Die Träger der stationären Hospize weisen auf die unzureichende Finanzierung in vielen Einrichtungen hin. So müsse jede Einrichtung, statt des vorgeschriebenen Eigenanteils von 10 Prozent, tatsächlich weit mehr der Kosten für den laufenden Betrieb aus Spenden und Eigenmitteln aufbringen, da die von den Krankenkassen anerkannten Bedarfssätze in den meisten Fällen nicht kostendeckend sind.
3. Trotz einiger Verbesserungen in den letzten Jahren ist die Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung noch nicht hinreichend verankert.

Deshalb sind weiterhin die Möglichkeiten zu Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Palliativversorgung und Sterbebegleitung intensiv zu fördern. In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Weiterbildungsmöglichkeiten geschaffen, die auf eine Verbesserung der Versorgung am Lebensende ausgerichtet sind. Dennoch sind noch zahlreiche qualifikatorische Herausforderungen zu bewältigen. Dazu zählen etwa Verbesserungen der Kenntnisse im Bereich der Symptomkontrolle und des Symptommanagements, der Schmerzversorgung oder wenn es um Symptome wie Müdigkeit, Übelkeit, Erschöpfung etc. geht. (*Enquête-Kommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW"*)

4. Darüber hinaus muss in der pflegerischen Versorgung wie auch in der Sterbebegleitung und Palliativversorgung der Mensch, seine Würde und die Gewährleistung dieser Würde auch zu Zeiten fortgeschrittener körperlicher oder geistiger Schwäche und Hilfebedürftigkeit im Mittelpunkt stehen. Jede einzelne Maßnahme und Haltung muss von einer Sicht geprägt sein, bei der die Einfühlsamkeit in der Begegnung, die Minderung von Abhängigkeit, die Möglichkeit zu höchstmöglicher Selbstbestimmung und der Respekt vor der Integrität des einzelnen gewahrt werden. Bedingt auch durch eine geschlechtsspezifische Sichtweise und Aufarbeitung von Sterben und Tod ergeben sich spezifische Bedürfnissen von Frauen und Männern in der Hospizarbeit und Sterbebegleitung.
5. Ein großer Teil der alten Menschen verbringt den Lebensabend in einer Alten- oder Pflegeeinrichtung. Das bedeutet, dass diese Einrichtungen auch ein hohes Maß an Kompetenz in palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Fragestellungen anbieten und eine hospizliche Haltung einnehmen müssen. Hierzu muss das Pflegepersonal in Fort- und

Weiterbildungskursen entsprechend auf den Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen vorbereitet werden. Diese palliativmedizinische und -pflegerische Kompetenz in die Alten- und Pflegeeinrichtungen zu integrieren, wird eine der großen Herausforderungen der nächsten Jahre sein. (vgl. *Zwischenbericht der Enquête-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin"*)

6. Das Instrument der Patientenverfügung oder der Vorsorgevollmacht muss durch Aufklärung und Information bekannter werden. Das Gleiche gilt für individuelle Beratungskonzepte zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die Schulung und Unterstützung Pflegender im Umgang mit Patientenverfügungen. (*Enquête-Kommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW"*)

## **V. Der Landtag stellt fest:**

1. In Nordrhein-Westfalen existiert eine breite und äußerst engagierte Hospizbewegung, die Anerkennung und Unterstützung verdient. Hospiz steht heute für eine Initiative, in der unter Beteiligung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer, aber auch hauptberuflichen Pflegepersonals und Koordinatoren Sterbenden und ihren Angehörigen darin beigestanden wird, den letzten Weg gemeinsam zu gehen und diese wertvolle Zeit miteinander – wenn möglich – zu Hause zu erleben. Es existiert eine sehr engagierte Trägerlandschaft, die den sterbenden schwerkranken Menschen entweder zu Hause oder – wenn dies nicht möglich ist – im stationären Hospiz in der letzten Lebensphase zur Seite steht und die Angehörigen unterstützt.
2. Bei der Hospizarbeit müssen die körperlichen, sozialen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse des sterbenden Menschen im Mittelpunkt stehen. Um Menschen entsprechend ihren Bedürfnissen begleiten zu können, sind in der Sterbebegleitung auch geschlechtsspezifische Bedarfe und unterschiedliche Umgangsweisen mit Themen wie Abschied, Tod, Sterben und Trauer mit einzubeziehen.
3. Wird Sterben als Teil des Lebens begriffen, sind integrative Modelle der Versorgung und der Pflege Sterbender so weiter zu entwickeln, dass sie auch Menschen in der letzten Lebensphase versorgen können. Dies erfordert zunächst auf struktureller Ebene weitere Anstrengungen bei der Anpassung vorhandener Einrichtungen an die besonderen Problem- und Bedarfslagen von Menschen in der letzten Lebensphase. Zugleich sollten die Erfahrungen aus der Hospiz- und Palliativversorgung auf die übrigen Bereiche und Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung übertragen und dort integriert werden. Auch bei der Versorgungsplanung – etwa in den kommunalen und landesweiten Gesundheits- und Pflegekonferenzen – sollte das Thema Sterbebegleitung stärker beachtet werden.
4. Es ist ein bedeutsames gesundheitspolitisches Ziel, schwerkranken Kindern und ihren Angehörigen "rund-um-die-Uhr" eine ganzheitliche ambulante Hospiz- und Palliativversorgung zur Verfügung zu stellen. Hierzu müssen Versorgungsgrenzen überwunden, Kompetenzen gebündelt und interdisziplinäre Kooperationen ausgebaut werden. Die Landesinitiative zur ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen ist daher ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

5. Der Hospizgedanke hat auch in Alten- und Pflegeheimen Eingang gefunden, und das Pflegepersonal in Fort- und Weiterbildungskursen wird entsprechend auf den Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen vorbereitet. Wichtig ist es darüber hinaus, auch die ehrenamtlich Tätigen angemessen zu schulen. Die palliativmedizinische und palliativpflegerische Kompetenz in die Alten- und Pflegeeinrichtungen zu integrieren, wird eine der großen Herausforderungen der nächsten Jahre sein.
6. Die hospizdienstliche und palliative Versorgung in der Begleitung von schwerkranken, sterbenden Menschen und deren Angehörigen muss sich mit ihren Angeboten an Menschen aller Glaubensrichtungen und Weltanschauungen richten. Hierzu gehört es auch, Zugangsbarrieren zu den Angeboten abzubauen und auf eine kultursensible Öffnung der Dienste und Einrichtungen hinzuwirken.
7. Das Landeskonzept zur Hospizbewegung gilt es weiterzuentwickeln. Hierzu gehört u.a. die Förderung des freiwilligen sozialen Engagements, die Weiterentwicklung von Versorgungsstandards sowie die Förderung der Vernetzung aller an der Versorgung sterbender Menschen beteiligten Einrichtungen und Institutionen sowie die Berücksichtigung des Themenfeldes Hospiz und Sterbebegleitung bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen.
8. Darüber hinaus wird von der Enquête-Kommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW" eine wohnorientierte Sterbebegleitung empfohlen, die nur durch die berufsübergreifende Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften sowie den Angehörigen und den ÄrztInnen, dem sozialen Dienst und den ehrenamtlichen MitarbeiterInnen umsetzbar ist. Auch in den stationären Einrichtungen ist eine Orientierung hin zu einer bewohnerorientierten Sterbebegleitung notwendig. Der hospizliche Anspruch, eine familiäre und persönliche Atmosphäre zu schaffen muss auch in der baulichen und räumlichen Gestaltung der Einrichtung niederschlagen.
9. Die Palliativmedizin muss fester Bestandteil des Gesundheitswesens und der Versorgungsstrukturen werden. Hierzu müssen gemeinsam mit den im Bereich der Palliativmedizin engagierten Organisationen und Körperschaften tragfähige Konzepte erarbeitet werden, damit der Bedarf an qualitätsgesicherter palliativmedizinischer Versorgung gedeckt werden kann.
10. Notwendig ist eine Verbesserung der Vergütungsgrundlage von ambulanter und stationärer Hospizarbeit.

#### **VI. Der Landtag beschließt:**

1. Die Legalisierung einer aktiven Sterbehilfe und einer Tötung auf Verlangen wird abgelehnt. Die Menschenwürde und der Schutz des Lebens müssen die Grundlage allen gesetzgeberischen Handelns sein.
2. Oberstes Ziel ist die Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein menschenwürdiges Sterben durch die Stärkung von Palliativmedizin und Sterbebegleitung.

#### **VII. Der Landtag fordert die Landesregierung auf,**

1. den weiteren Prozess der Umsetzung der SAPV in Nordrhein-Westfalen moderierend mit zu gestalten und auf die vertragschließenden Akteure, z.B. im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz, Einfluss zu nehmen. Hierbei ist auch die Frage der Ab-

- grenzung von SAPV-Leistungen zu den anderen Sozialleistungsansprüchen zu klären.
2. Um dem Ziel gerecht zu werden, unheilbar Kranken und sterbenden Menschen ihr Leiden weitestgehend zu lindern, sind aufbauend auf den bestehenden Strukturen,
    - a) die Leistungen der Koordination als neuer Schwerpunkt der im Rahmen der SAPV zu erbringenden Leistungen – sowohl patientinnen- und patientenbezogen als auch bezogen auf die Koordination des Netzwerks – eigenständig zu definieren, zu organisieren und zu finanzieren.
    - b) die Leistungserbringer aufzufordern, bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und der allgemeinen Palliativversorgung im Sinne eines gesamtkonzeptionellen Ansatzes integrativ zusammenzuwirken.
    - c) eine multiprofessionelle Ausrichtung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – über die ärztlichen und pflegerischen Leistungen hinaus – zu gewährleisten und die ambulanten Hospizdienste mit einzubeziehen.
    - d) insbesondere die ärztlichen und pflegerischen Leistungserbringer aufgerufen die für die SAPV erforderliche Qualifikation nachzuweisen. Für den Nachweis der praktischen Tätigkeit sollten im Bereich der nachzuweisenden Qualifikation für Pflegekräfte Übergangsregelungen vorgesehen werden, sofern dies aus Sicherstellungsgründen erforderlich ist.
    - e) eine flächendeckende spezialisierte ambulante Palliativversorgung auch für Kinder und Jugendliche zu ermöglichen, die den besonderen Bedürfnissen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien gerecht wird und eine hohe Qualität bietet. Das Modellprogramm zur ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen ist dazu unter Berücksichtigung der regionalen Strukturen weiter zu entwickeln und fest zu etablieren.
    - f) die hospizliche Arbeit im Sinne der Verbreitung des Hospizgedankens in bestehenden Einrichtungen des Gesundheitswesens und des Pflegebereichs zu verankern und weiterzuentwickeln.
  3. sicherzustellen, dass auch die von der GKV für die Finanzierung ambulanter Hospizdienste gemäß § 39a Abs 2 SGB V zur Verfügung zu stellenden Mittel zukünftig vollständig ausgeschöpft und den ambulanten Hospizdiensten, die diese Mittel dringend benötigen, zur Verfügung gestellt werden.
  4. sich für eine Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit einzusetzen.
  5. die Qualitätssicherung nicht nur auf die hauptberuflich Tätigen auszurichten, sondern die Ehrenamtlichen mit einzubeziehen, indem sie in Vorbereitungskursen für ihre schwierige Tätigkeit befähigt und durch Supervision begleitet werden.

**VIII. Der Landtag fordert die Landesregierung auf, im Bund darauf hinzuwirken,**

dass die Finanzierungsgrundlagen der ambulanten Hospizdienste und stationären Hospize verbessert und hierzu die Regelungen im § 39a SGB V überarbeitet werden, um zu einer nachhaltigen Absicherung der Hospizarbeit und einer besseren Berechenbarkeit der Finanzierung der Hospizarbeit zu kommen.

Helmut Stahl  
Peter Biesenbach  
Norbert Post  
Ursula Monheim

und Fraktion

Hannelore Kraft  
Carina Gödecke  
Britta Altenkamp  
Heike Gebhard

und Fraktion

Dr. Gerhard Papke  
Ralf Witzel  
Dr. Stefan Romberg

und Fraktion

Sylvia Löhrmann  
Johannes Remmel  
Barbara Steffens

und Fraktion