

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, Hartmut Schauerte und der Fraktion der CDU/CSU  
– Drucksache 15/2018 –**

### **Finanzierung von Kinderhospizen**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Anders als in Hospizen für Erwachsene umfassen die Leistungen von Kinderhospizen nicht nur die Sterbebegleitung von Sterbenskranken im engeren Sinne, also die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung des lebensbegrenzend erkrankten Kindes, sondern auch die qualifizierte Begleitung seiner Eltern und Geschwisterkinder. Diese Leistungen sind zudem nicht auf die finale Lebensphase begrenzt, sondern erstrecken sich zumeist auch auf vorangehende (Mehrfach-)Aufenthalte, die der Entlastung und professionellen Unterstützung der Familien dienen und damit die Pflege im familiären Umfeld für einen möglichst langen Zeitraum ermöglichen. Bislang fehlt eine eindeutige gesetzliche Grundlage für eine angemessene Finanzierung dieser spezifischen Leistungen von Kinderhospizen.

1. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Zahl der lebensbegrenzend erkrankten Kinder in der Bundesrepublik Deutschland ein?

Pro Jahr erkranken ca. 1 800 Kinder im Alter bis 15 Jahre an Krebs. Im Jahr 2001 sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 340 Kinder dieser Altersgruppe an bösartigen Neubildungen verstorben. Es ist davon auszugehen, dass die nicht heilbaren krebskranken Kinder die größte Gruppe der lebensbegrenzend erkrankten Kinder darstellen, die einer palliativmedizinischen und, seltener, einer palliativpflegerischen Versorgung bedürfen. Hinzu kommen Kinder, die an bestimmten Stoffwechselerkrankungen, kardiovaskulären, neurologischen bzw. neuromuskulären oder genetischen Erkrankungen leiden. Die Zahl dieser Kinder kann mangels einer Erkrankungsstatistik nur mittelbar aus den Sterbezahlen abgeleitet werden. Genaue Zahlen über Kinder mit lebensbegrenzenden Erkrankungen liegen für Deutschland nicht vor.

2. Wie hoch sind die jährlichen Sterbezahlen für nicht an Krebs erkrankte Kinder, und auf welche Weise werden diese Zahlen nach Kenntnis der Bundesregierung Deutschland erhoben?

Ausweislich der vom Statistischen Bundesamt auf der Basis der Meldungen aus den Statistischen Landesämtern jährlich herausgegebenen Todesursachenstatistik sind im Jahr 2001 insgesamt 5 054 Kinder bis zum Alter von 15 Jahren verstorben, davon 3 163 perinatal bzw. im Säuglingsalter. Ohne die an Krebs verstorbenen Kinder sind es insgesamt 4 714 Sterbefälle.

3. Wie hoch schätzt die Bundesregierung den Bedarf an stationären und ambulanten Hospizplätzen für Kinder in der Bundesrepublik Deutschland ein?

Der Bedarf an stationären und ambulanten Kinderhospizplätzen wurde von den Experten im öffentlichen Expertengespräch der Kinderkommission des Deutschen Bundestages wie folgt beurteilt:

Während die Anzahl der stationären Kinderhospize für ausreichend bzw. mehr als ausreichend beurteilt wurde, bestehen quantitative und qualitative Defizite insbesondere bei den ambulanten Diensten. Wünschenswert wäre sowohl eine bessere Qualifizierung der Mitarbeiter (viele ehrenamtliche Helfer), eine engere Vernetzung mit anderen Einrichtungen der pädiatrischen Versorgung als auch eine bessere Zusammenarbeit zwischen Kinderkrankenschwestern und – wo vorhanden – Palliativmedizinern.

4. Hält die Bundesregierung einen Ausbau stationärer und ambulanter Angebote der Kinderhospizarbeit für geboten?

Wenn ja, welche konkreten Maßnahmen unternimmt die Bundesregierung in diesem Bereich?

Welche Bedeutung hat dabei der Aspekt, betroffenen Familien den Zugang zu häuslicher Unterstützung zu ermöglichen oder zu erleichtern?

Die Bundesregierung unterstützt den Ausbau der Kinderhospizarbeit. Als konkrete Modellprojekte hat die Bundesregierung im Haushaltsjahr 2003 Baumaßnahmen der stationären Kinderhospize Sternenbrücke in Hamburg und Löwenherz in Syke (bei Bremen) gefördert. Beide Kinderhospize haben mittlerweile den Betrieb aufgenommen. Den derzeit sechs stationären Kinderhospizen stehen 47 ambulante Dienste für Kinder und Jugendliche gegenüber. Dieses Zahlenverhältnis verdeutlicht, dass der Vorrang der häuslichen vor der stationären Versorgung gewährleistet ist.

5. Welche stationären und ambulanten Kinderhospize in der Bundesrepublik Deutschland sind der Bundesregierung bekannt?

Nach Angaben aus der Expertenanhörung gibt es in Deutschland zurzeit sechs stationäre Kinderhospize (Olpe, Gelsenkirchen, Hamburg, Wiesbaden, Syke und Berlin); drei weitere sind geplant (Düsseldorf, Memmingen, Nordhausen). Die Zahl der ambulanten Kinderhospize konnte vom bundesweiten Dachverband in Olpe nicht genau genannt werden. Dort sind vier Dienste Mitglied. Nach dem Verzeichnis „Hospiz- und Palliativführer 2003“ der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. gibt es – wie bereits gesagt – 47 ambulante Hospiz- bzw. Palliativdienste für Kinder und Jugendliche.

6. Wie viele Plätze für lebensbegrenzend erkrankte und sterbende Kinder, deren gesunde Geschwisterkinder und Eltern bieten diese Kinderhospize an?

In welchem Umfang sind diese Plätze durchschnittlich ausgelastet?

Besteht eine Nachfrage nach solchen Plätzen, die das vorhandene Angebot übersteigt?

In der erwähnten Expertenanhörung wurde festgestellt, dass die stationären Kinderhospize jeweils zwischen acht und zwölf Betten haben. Die Auslastung in Olpe beträgt etwa 80 %, die Auslastung in den anderen Hospizeinrichtungen, die noch nicht sehr lange existieren, dürfte zum Teil erheblich geringer sein.

7. Welches Leistungsspektrum bieten die ambulanten und stationären Kinderhospize in der Bundesrepublik Deutschland?

Welche Unterschiede bestehen zum Leistungsspektrum von Erwachsenen-hospizen?

Stationäre Kinderhospize dienen, was sich auch in ihrem Leistungsspektrum ausdrückt, wesentlich der Entlastung der betroffenen Eltern und Geschwisterkinder und unterscheiden sich hierdurch von Erwachsenen-hospizen. Soweit die ambulanten Kinderhospize als Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zugelassen sind, bieten sie Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung der häuslichen Pflege an. Ist das Kinderhospiz als stationäre Pflegeeinrichtung zugelassen, bietet es darüber hinaus soziale Betreuung, medizinische Behandlungspflege, Unterkunft und Verpflegung sowie ggf. Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI an. Auf Grund ihres Versorgungsauftrages hat die Pflegeeinrichtung sicherzustellen, dass im Rahmen dieses generellen Leistungsspektrums den besonderen Bedürfnissen der Kinder im Unterschied zu Erwachsenen Rechnung getragen wird.

8. Welche Kriterien sind nach Ansicht der Bundesregierung konstitutiv für die Qualifizierung einer Einrichtung als ambulantes bzw. stationäres Kinderhospiz?
9. Existieren nach Kenntnis der Bundesregierung einheitliche Standards der Kinderhospizarbeit?

Welche Anstrengungen unternimmt die Bundesregierung zur Förderung der Erarbeitung und Weiterentwicklung dieser Standards?

Für die Gesetzliche Krankenversicherung sieht § 39a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vor, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung regeln.

Allgemeine Qualitäts- bzw. Qualifizierungskriterien wurden vom Bundesverband für Kinderhospize herausgegeben. Diese werden nicht von allen Kinderhospizen anerkannt.

10. Wie beurteilt die Bundesregierung die Vernetzung und Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Kinderhospizen?

Hält die Bundesregierung eine Förderung entsprechender Bemühungen für geboten, und wenn ja, in welcher Höhe setzt die Bundesregierung hierfür finanzielle Mittel ein?

Die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Diensten ist sehr unterschiedlich und abhängig von den Initiativen vor Ort. Die Zusammenarbeit der stationären und ambulanten Kinderhospize ist ebenso wie der Erfahrungsaustausch wichtig. Die Bundesregierung kann in diesen Fällen jedoch allenfalls ideell und nicht finanziell unterstützen.

11. Wie beurteilt die Bundesregierung den gegenwärtigen Stand der Koordination und Vernetzung der Trauerbegleitung von Eltern und Geschwisterkindern nach dem Tod des erkrankten Kindes?

Wie viele entsprechende Angebote existieren in der Bundesrepublik Deutschland, und wie werden sie finanziert?

Koordination und Vernetzung der Trauerbegleitung gehören nicht zum Aufgabenbereich der Bundesregierung. Die Trauerbegleitung von Eltern und Geschwisterkindern wird von Familienberatungsstellen und von Selbsthilfegruppen sowie auch bundesweit tätigen Selbsthilfeorganisationen wahrgenommen. Anzahl und Finanzierung der Angebote sind nicht bekannt.

12. Wie lange verbleiben lebensbegrenzend erkrankte und sterbende Kinder, deren gesunde Geschwisterkinder und Eltern durchschnittlich in einem Kinderhospiz?

Wie häufig sind Mehrfachaufenthalte (bitte nach Anzahl und Dauer der Aufenthalte aufschlüsseln)?

In der erwähnten Expertenanhörung wurde ausgeführt, dass es durchschnittlich zu zwei bis drei Aufenthalten mit einer Gesamtdauer von maximal 28 Tagen kommt.

13. Welche Kosten entstehen durch den Aufenthalt in einem Kinderhospiz durchschnittlich je Kalendertag?

Wie teilen sich diese Kosten auf die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung der erkrankten Kinder einerseits und die qualifizierte Begleitung von Eltern und Geschwisterkindern andererseits auf?

Nach Informationen von Seiten der Spitzenverbände der Krankenkassen wurde ein kalendertäglicher Bedarfssatz von 223,78 Euro in Berlin und von 250 Euro in Hamburg vereinbart. Darüber hinaus liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

14. Welche gesetzliche Grundlage gibt es für die Finanzierung der Investitions-, Sach- und Personalkosten von Kinderhospizen, in denen nicht nur finale Sterbebegleitung erfolgt, sondern auch palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung im Rahmen mehrerer Aufenthalte sowie die qualifizierte Begleitung von Eltern und gesunden Geschwisterkindern?

Stationäre Hospize werden zurzeit im Wege einer Mischfinanzierung durch die Krankenkassen, die Pflegeversicherung, die Sozialhilfe, durch Spenden und

durch Eigenleistungen finanziert. Rechtsgrundlage für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist § 39a SGB V. Soweit die Kinderhospize als Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI zugelassen sind, enthält § 82 SGB XI die Rechtsgrundlagen für die Finanzierung. Danach erhält die Einrichtung eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) und ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung. Die Pflegevergütung umfasst auch die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung. Nach § 9 SGB XI ist es Aufgabe der Länder, durch die finanzielle Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur im jeweiligen Land zu sorgen. Hierfür sollen die Länder diejenigen Mittel einsetzen, die die Träger der Sozialhilfe im Zusammenhang mit der Einführung der Pflegeversicherung einsparen.

15. Welche Leistungen des Fünften und Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V und SGB XI) können lebensbegrenzend erkrankte und sterbende Kinder, deren gesunde Geschwisterkinder und Eltern bei einem Aufenthalt in einem Kinderhospiz beanspruchen?

Welche einzelnen Leistungen, die in einem Kinderhospiz erbracht werden (palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung, qualifizierte Begleitung der Angehörigen, Unterkunft, Verpflegung), umfasst dieser Leistungsanspruch?

Ist der Leistungsanspruch davon abhängig, ob es sich um einen einmaligen Aufenthalt oder um Mehrfachaufenthalte handelt?

Versicherte der GKV haben unter den Voraussetzungen des § 39a Abs. 1 SGB V einen Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen. Hierbei handelt es sich um einen Geldleistungsanspruch. Dies schließt aus, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Versorgung im Hospiz als Sachleistung erbringen. Welche Leistungen im Hospiz konkret erbracht werden, ist durch die gesetzliche Regelung nicht vorgegeben. Es ist vielmehr Aufgabe der Krankenkassen, im Rahmen der Verträge nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V auf Bundesebene mit den Hospizverbänden Art, Umfang, Inhalt und Qualität der Versorgung im Hospiz zu regeln. Dies ist durch die Rahmenvereinbarung vom 13. März 1998 i. d. F. vom 9. Februar 1999 geschehen.

Lebensbegrenzend erkrankten Kindern, die als pflegebedürftig anerkannt worden sind, stehen die Leistungen der Pflegeversicherung offen. Je nach Sachverhaltsgestaltung kann ein Anspruch auf stationäre Pflege (je nach Pflegestufe monatlich 1 023/1 279/1 432 Euro), ein Anspruch auf Kurzzeitpflege (unabhängig von der Pflegestufe bis zu 1 432 Euro monatlich) oder ein Anspruch auf Verhinderungspflege (für längstens vier Wochen im Kalenderjahr bis zu 1 432 Euro) bestehen. Für den zuletzt genannten Anspruch muss das Hospiz nicht als Pflegeeinrichtung i. S. d. SGB XI von den Pflegekassen zugelassen sein. In Härtefällen erhöht sich der Sachleistungsbetrag der Pflegekasse bei ambulanter Pflege auf 1 918 Euro und bei dauervollstationärer Pflege auf 1 688 Euro. Die Pflegeversicherung stellt Leistungen zur Sicherstellung der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zur Verfügung, sie sieht keine spezifischen Hospiz- oder Kinderhospizleistungen vor, insbesondere auch keine Leistungen für Eltern oder Geschwister, die sich gemeinsam mit dem erkrankten Kind in einem Kinderhospiz aufhalten. Die Pflegeversicherung übernimmt bei stationärer Pflege und Betreuung grundsätzlich nicht die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung.

16. Welcher Anteil der entstehenden Kosten wird durch die in der Antwort auf Frage 15 genannten Leistungen im Durchschnitt abgedeckt (bitte nach dem Finanzierungsanteil der einzelnen Leistungen aufschlüsseln)?

Aus welchen Quellen wird der verbleibende Finanzierungsbedarf gedeckt (bitte nach dem Finanzierungsanteil der einzelnen Quellen aufschlüsseln)?

Nach der gesetzlichen Vorgabe in § 39a Abs. 1 SGB V beträgt der Zuschuss der GKV mindestens kalendertäglich 6 % der monatlichen Bezugsgröße unter Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung. Nähere Informationen liegen der Bundesregierung nicht vor.

17. Sind die stationären Kinderhospize mit ihrem gesamten Leistungsspektrum als stationäre Hospize im Sinne des § 39a Abs. 1 SGB V anerkannt?

Wenn nein, sind sie als Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI anerkannt?

Welche Gründe gibt es für diese Zuordnung?

§ 39a Abs. 1 SGB V regelt einen Geldleistungsanspruch der Versicherten in Gestalt eines Zuschusses zur stationären Hospizversorgung, wobei das Nähere über Art und Umfang der Versorgung in den Verträgen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen festzulegen ist. Eine grundsätzliche Anerkennung der Einrichtung und ihres gesamten Leistungsspektrums als stationäre Hospize ist gesetzlich nicht vorgesehen. Ebenso ist der Begriff Hospiz nicht gesetzlich definiert worden. Der Gesetzgeber hat es der Selbstverwaltung überlassen, die nähere Ausgestaltung der Hospizversorgung im Rahmen der Verträge zu regeln und dabei auch Vorgaben für die Anerkennung der Einrichtungen zu schaffen.

Stationäre Kinderhospize sind dann als Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI anerkannt, wenn sie durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind. Der Versorgungsvertrag wird in der Regel zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im jeweiligen Land abgeschlossen. Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen, die die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten und die sich verpflichten, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiter zu entwickeln. Soweit und solange das Kinderhospiz diese Voraussetzungen erfüllt, hat es einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages. Mit dem Abschluss des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen mit der Folge, dass die für die stationäre Pflege vorgesehenen Leistungen des SGB XI in vollem Umfang zur Verfügung stehen.

18. Sind die ambulanten Kinderhospize mit ihrem gesamten Leistungsspektrum als ambulante Hospize im Sinne des § 39a Abs. 2 SGB V anerkannt?

Wenn nein, aus welchen Gründen?

Mit der Regelung in § 39a Abs. 2 SGB V ist zum 1. Januar 2002 neben dem bereits bestehenden Anspruch auf Zuschuss zu den Kosten bei stationärer Hospizversorgung auch eine Mitfinanzierung der qualifizierten ehrenamtlichen Sterbebegleitung im Rahmen ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen eingeführt worden. Wie auch bei der stationären Hospizversorgung hat der Ge-

setzgeber den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der ambulanten Hospizdienste aufgegeben, das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit zu vereinbaren. Dies ist durch die Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 geschehen. Eine grundsätzliche Anerkennung der ambulanten Kinderhospize und ihres gesamten Leistungsspektrums ist nach § 39a Abs. 2 SGB V nicht vorgesehen.

19. Können nach Kenntnis der Bundesregierung ambulante Kinderhospize die notwendige Koordinatorenfinanzierung erhalten, wenn der Finanzierungsschlüssel auf die Zahl der abgeschlossenen Sterbebegleitungen abgestellt, die Begleitung sich aber oftmals über Jahre erstreckt?

Die Förderung der ambulanten Hospizarbeit durch die GKV erfolgt nach der gesetzlichen Vorgabe in § 39a Abs. 2 Satz 4 SGB V durch einen Zuschuss zu den Personalausgaben, der insbesondere nach dem Verhältnis der Zahl der ehrenamtlich Tätigen zu der Zahl der Sterbebegleitungen zu bestimmen ist. Der Gesetzgeber hat somit lediglich eine Mitfinanzierung der qualifizierten ehrenamtlichen Sterbebegleitung im Rahmen ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen vorgesehen.

20. Hält es die Bundesregierung für erforderlich, im SGB V oder SGB XI die gesetzlichen Grundlagen für eine angemessene Finanzierung von Kinderhospizen und/oder für die Gewährung von Leistungen an lebensbegrenzend erkrankte und sterbende Kinder, deren gesunde Geschwisterkinder und Eltern beim Aufenthalt in stationären Kinderhospizen bzw. bei der qualifizierten Begleitung durch ambulante Kinderhospizen zu schaffen?

Wenn ja, welche konkreten gesetzlichen Regelungen beabsichtigt die Bundesregierung zu schaffen?

Mit den Regelungen in § 39a SGB V ist ein wichtiger Beitrag zur Finanzierung der stationären und ambulanten Hospize durch die GKV geschaffen worden. Die Bundesregierung beabsichtigt nicht, eine darüber hinausgehende Finanzierung durch die GKV vorzusehen. Es ist nicht alleinige Aufgabe der GKV, die Versorgung in Hospizen umfassend sicherzustellen.

Soweit das Kinderhospiz über einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI verfügt, sind die gesetzlichen Grundlagen für eine angemessene Finanzierung der Einrichtung im SGB XI bereits vorhanden.

21. Hält es die Bundesregierung für zielführend, die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V dahin gehend zu ändern, dass sie auch stationäre Kinderhospize mit ihrem spezifischen Leistungsspektrum umfasst?

Wenn ja, welchen Beitrag kann und will die Bundesregierung zu einer entsprechenden Änderung leisten?

22. Hält es die Bundesregierung für zielführend, die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V dahin gehend zu ändern, dass sie auch ambulante Kinderhospize mit ihrem spezifischen Leistungsspektrum umfasst?

Wenn ja, welchen Beitrag kann und will die Bundesregierung zu einer entsprechenden Änderung leisten?

Die Bundesregierung sieht keine Notwendigkeit, auf eine Änderung der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V im Hinblick auf stationäre

Kinderhospize hinzuwirken. Nach gemeinsamer Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen bieten die zur Hospizversorgung beschlossenen Rahmenvereinbarungen ausreichend Spielraum, die besonderen Belange der stationären Kinderhospize ebenso wie der ambulanten Kinderhospizdienste zu berücksichtigen. Nach den Erfahrungen der Spitzenverbände werden diese Spielräume bei Verhandlungen auf Landesebene im Hinblick auf die Besonderheiten der Kinderhospizarbeit genutzt.

Auch im Hinblick auf die speziellen Belange der ambulanten Kinderhospizarbeit lassen die bisherigen Erfahrungen der Spitzenverbände mit der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V die Notwendigkeit einer Änderung nicht erkennen. Selbstverständlich beobachtet die Bundesregierung die weitere Arbeit der Hospize.

23. Sind der Bundesregierung Verträge zwischen einzelnen Kinderhospizen und Krankenkassen bekannt, die auf der Grundlage von § 39a SGB V eine Finanzierung des spezifischen Gesamtleistungsspektrums der Kinderhospizarbeit ermöglichen?

Sieht die Bundesregierung in diesen Verträgen berücksichtigungswerte Elemente, die Vorbild für Regelungen in den bundesweit geltenden Rahmenvereinbarungen über stationäre und ambulante Hospizleistungen sein könnten?

Wenn ja, welchen Beitrag kann und will die Bundesregierung zu einer entsprechenden Änderung der Rahmenvereinbarungen leisten?

Der Bundesregierung werden Verträge zwischen einzelnen Kinderhospizen und Krankenkassen nicht vorgelegt. Die Prüfung von Einzelverträgen obliegt den jeweils zuständigen Aufsichtsbehörden. Die Auswirkungen auf die mögliche Weiterentwicklung der geltenden Rahmenvereinbarungen sind von den Vertragspartnern der Rahmenvereinbarungen zu beurteilen. Die Bundesregierung nimmt hierauf keinen Einfluss.

24. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über den Stand der Ausbildung von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern in Kinderhospizen?

Existieren Formen und Möglichkeiten der Ausbildung, die auf die spezifischen Anforderungen der Kinderhospizarbeit zugeschnitten sind?

Welche Möglichkeiten zur Förderung entsprechender Ausbildungsformen sieht die Bundesregierung?

Nach der gesetzlichen Vorgabe in § 39a Abs. 2 Satz 3 SGB V hat der ambulante Hospizdienst die palliativpflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte zu erbringen und die Schulung der ehrenamtlich tätigen Personen sicherzustellen. Das Nähere zu Qualität der ambulanten Hospizarbeit ist in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V geregelt.

Soweit es sich bei den Kinderhospizen um ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI handelt, muss die Leistungserbringung unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen. Für die Anerkennung als Pflegefachkraft ist neben dem Abschluss einer Ausbildung u. a. als Krankenschwester oder Krankenpfleger bzw. als Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb einer fünfjährigen – in bestimmten Fällen auch achtjährigen – Rahmenfrist erforderlich. Das zum 1. Januar 2004 in Kraft tretende novellierte

Krankenpflegegesetz integriert in den im Ausbildungsziel beschriebenen Pflegebegriff nunmehr ausdrücklich auch palliative Maßnahmen. In den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI, die allerdings für die verschiedenen Versorgungsbereiche derzeit überarbeitet werden, haben sich darüber hinaus die Vereinbarungspartner der Pflegeselbstverwaltung auf allgemeine Fort- und Weiterbildungsanforderungen für die Pflegefachkraft, unter deren ständiger Verantwortung die Pflegeleistung durch die Pflegeeinrichtung erbracht wird, geeinigt. Spezifische Qualifikationsanforderungen an die Pflegefachkräfte im Bereich der Kinderhospize sind im SGB XI nicht vorgesehen. Erkenntnisse über den Stand der Aus- und Fortbildung der in § 8 Abs. 2 Satz 3 SGB XI genannten ehrenamtlichen Pflegekräfte im Bereich der Kinderhospizarbeit liegen der Bundesregierung nicht vor.

25. Wie beurteilt die Bundesregierung den gegenwärtigen Stand der Ausbildung in pädiatrischer Palliativmedizin und pädiatrischer Palliativpflege für Ärzte und Pflegekräfte?

Wie beurteilt die Bundesregierung den gegenwärtigen Stand der Schmerztherapie bei Kindern und die darauf ausgerichtete Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften?

Maßnahmen zur Verbesserung der schmerztherapeutischen Versorgung sowohl im Erwachsenen- als auch im Kindesalter, die in Deutschland nicht überall zufriedenstellend ist, zielen insbesondere auf eine bessere fachliche Qualifikation bzw. Fort- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte. Deshalb wurden bei der Novellierung der ärztlichen Ausbildung die Fächer „Schmerzbehandlung und Palliativmedizin“ in die neue Approbationsordnung für Ärzte, die am 1. Oktober 2003 in Kraft getreten ist, aufgenommen. Schmerzbehandlung und Palliativmedizin ist danach Gegenstand des Prüfungsstoffes für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.

Da durch die neue Approbationsordnung der fächerübergreifende Unterricht gestärkt wird, bietet die Ausbildung in Pädiatrie die Möglichkeit, palliativmedizinische und schmerztherapeutische Kenntnisse speziell im Hinblick auf die Behandlung von Kindern zu vermitteln. Auch im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung wurde der zunehmenden Bedeutung der Palliativmedizin Rechnung getragen und dieses Gebiet gemäß den Beschlüssen des 106. Deutschen Ärztetages in die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung als Zusatz-Weiterbildung aufgenommen. Da die (Muster-)Weiterbildungsordnung auch einen fächerübergreifenden Ansatz verfolgt, können Ärztinnen und Ärzte in dem Gebiet palliativmedizinische Kenntnisse erwerben, in dem sie weitergebildet sind, beispielsweise ein Pädiater in der pädiatrischen Palliativmedizin.

Nach dem derzeit noch geltenden Krankenpflegegesetz vom 4. Juni 1985 und der dazu erlassenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 16. Oktober 1985 ist für den Unterricht im Fach Kinderkrankenpflege die spezielle Krankenpflege bei Patienten mit unheilbaren Krankheiten sowie die Pflege und Begleitung des sterbenden Kindes vorgesehen (vgl. Anlage 2 A 8.10.14 und 8.11.2 der KrPflAPrV). Für die praktische Ausbildung sind Einsätze in pädiatrischer Palliativpflege in der Anlage der Verordnung zwar nicht ausdrücklich festgelegt, gleichwohl haben aber zahlreiche Schulen unter Ausschöpfung der Rahmenvorgaben der Verordnung – entsprechend den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten – bereits Einsatzorte in pädiatrischer Palliativpflege genutzt, um den eingetretenen Entwicklungen Rechnung zu tragen. Auch im Bereich der auf der bundesgesetzlich geregelten beruflichen Erstausbildung in der Krankenpflege aufbauenden Weiterbildung auf dem Gebiet Onkologie/Palliativpflege haben die dafür zuständigen Länder

in den vergangenen zehn Jahren eigene Regelungen getroffen (z. B. Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein).

Im Zusammenhang mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes wurde der palliativen Pflege nunmehr ein neuer Stellenwert gegeben. So sieht das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16. Juli 2003, welches am 1. Januar 2004 in Kraft tritt, in seinem Ausbildungsziel (§ 3) ausdrücklich vor, dass die Pflege u. a. auch palliative Maßnahmen einzubeziehen hat. Dieser Anspruch wird auch in der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 10. November 2003, die gleichfalls am 1. Januar 2004 in Kraft tritt, weiterverfolgt. Hier sind z. B. bei den festgelegten Bereichen der praktischen Ausbildung verbindlich auch palliative Gebiete vorgeschrieben.



