

-Auszug-

## KURZPROTOKOLL

der 16. Sitzung des Sozialausschusses  
am Mittwoch, dem 15. Juni 2022, um 15:30 Uhr  
Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitz: Abg. Katy Hoffmeister

### TAGESORDNUNG

#### Nichtöffentlicher Teil:

1. Unterrichtung durch den Bürgerbeauftragten des Landes M-V  
**27. Bericht des Bürgerbeauftragten gemäß § 8 Absatz 7 des Petitions- und Bürgerbeauftragtengesetzes des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Petitions- und Bürgerbeauftragtengesetz – PetBüG M-V)**  
- Drucksache 8/608 -

hier: Bericht und Verfahren

hierzu: ADrs. 8/92

#### Öffentlicher Teil:

2. Öffentliche Anhörung zum Antrag der Fraktion der CDU  
**Palliativ- und Hospizversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zukunftsfest gestalten<sup>1</sup>**  
- Drucksache 8/396 -  
**(ab 16:00 Uhr)**

hierzu: ADrs. 8/105, 8/106, 8/107 und 8/123

#### Nichtöffentlicher Teil:

3. Antrag der Fraktion der FDP  
**Digitalisierung als Lebensretter auf dem Land – Ersthelfer schneller alarmieren**  
- Drucksache 8/251 –

hier: Abschließende Beratung und Beschlussfassung

---

<sup>1</sup> Livestream

4. Gesetzentwurf der Landesregierung  
**Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung der Pflegeberufereform im Land  
Mecklenburg-Vorpommern**

- Drucksache 8/622 -

hier: Abschließende Beratung und Beschlussfassung

5. Bericht der Ministerin für Soziales, Gesundheit und Sport  
**zur aktuellen Corona-Situation und Maßnahmen**

6. Antrag der Fraktion der FDP  
**„Informationen des Sozialministeriums zum Gutachten ‚UnimedMV 2030‘ und  
über das weitere Verfahren sowie zur Bewertung des genannten Gutachtens“**

hierzu: ADrs. 8/109, 8/115

7. Allgemeine Ausschussangelegenheiten

**Anlage**

## **Sachverständigenkatalog**

zur Anhörung des Sozialausschusses am 15.06.2022

Beratung des

Antrages der Fraktion der CDU

### **Palliativ- und Hospizversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zukunftsfest gestalten**

- Drucksache 8/396 -

1. Barbara Annweiler,  
Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz- und Palliativmedizin M-V e. V.,  
Vorsitzende und Palliativmedizin Helios Kliniken Schwerin, Oberärztin
  
2. Prof. Christian Junghanß,  
Klinik III Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin  
(Universitätsmedizin Rostock), Direktor
  
3. Dr. Wolfgang Röhr,  
Hospiz Schloss Bernstorf gGmbH, Geschäftsführer
  
4. Prof. Dr. Neeltje van den Berg,  
Institut für Community Medicine/Abt. Versorgungsepidemiologie und  
Community Health, Bereichsleiterin Innovative Versorgungskonzepte und  
Community Health
  
5. Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann,  
Institut für Community Medicine/Abt. Versorgungsepidemiologie und  
Community Health, Abteilungsleiter
  
6. Dr. Andreas Jülich,  
Palliativmediziner

7. Sven Horn,  
AOK Nordost, Die Gesundheitskasse
  
8. Eva-Maria Falta,  
Verband der Ersatzkassen M-V e. V.
  
9. Anette Winkler,  
Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
  
10. Prof. Dr. Carl-Friedrich Classen,  
Kinder- und Jugendklinik der Universitätsmedizin Rostock
  
11. Dr. Jens-Peter Keil,  
  
Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum, Klinik für Geriatrie, Rehabilitation und  
Palliativmedizin, Chefarzt

## **Fragenkatalog**

zur Anhörung des Sozialausschusses am 15.06.2022

Beratung des

Antrages der Fraktion der CDU

### **Palliativ- und Hospizversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zukunftsfest gestalten**

- Drucksache 8/396 -

1. Welche Maßnahmen wären aus Ihrer Sicht erforderlich, um die Palliativ- und Hospizversorgung, vor allem mit Blick auf die Zukunft, weiter zu verbessern? – Was sind aktuelle Themen/Herausforderungen in den Bereichen Hospiz- und Palliativversorgung? Wo sehen Sie (weitere) Handlungsbedarfe, insbesondere von Seiten des Landes?
2. Wie bewerten Sie die Palliativ- und Hospizversorgung grundsätzlich in Mecklenburg-Vorpommern, insbesondere mit Blick auf den ländlichen Raum?
3. Wird der Bedarf im Land, insbesondere regional, gedeckt? Was tun die Akteure der Selbstverwaltung, um den Bedarf zu decken? Ist das ausreichend?
4. Wie wird das Engagement zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung von den einzelnen Akteuren im Land beurteilt? Setzen sich die Krankenkassen, Selbstverwaltungsorgane etc. ausreichend für eine bessere Versorgung ein oder gibt es hier weiteren Handlungsbedarf oder Konflikte/Probleme?
5. Laut den Standards der europäischen Richtlinien (Teil 2) zur Hospiz- und Palliativversorgung fehlen in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt elf Tageshospize. In welcher Region, in welchem Landkreis, sehen Sie hier vorrangig Bedarf?
6. In welcher Weise müssten die Versorgungsstrukturen zeitnah angepasst werden, damit auch die schwerstkranken Patienten im ländlichen Raum gleichermaßen eine spezialisierte Versorgung durch ein spezialisiertes ambulantes Palliativversorgungs-Team (SAPV-Team) erhalten können?
7. In Mecklenburg-Vorpommern fehlen zu den bestehenden zwölf ambulanten spezialisierten Palliativteams (SAPV-Teams) weitere vier bis fünf SAPV-Teams. Gibt es hier angesichts des Personalmangels und der

- Konkurrenz bei der Personalgewinnung im Medizinischen Bereich einen Lösungsansatz, weiteres Personal zu generieren?
8. Sollte die Qualifikation „Palliative Care“ nicht grundsätzlich als Baustein in die Ausbildung zur Pflegefachkraft integriert werden?
  9. Wie bewerten Sie folgende Vorschläge,
    - a. telemedizinische Modellprojekte für den ländlichen Raum als ergänzendes Angebot,
    - b. Einrichtung einer landesweiten Koordinierungsstelle zur Vernetzung der haupt- und ehrenamtlichen Akteure,
    - c. Einrichtung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes zur Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors,
    - d. Einführung eines landesweiten Fortbildungsangebotes „Palliative Care“
    - e. landesweite Unterstützung bei der Ausbildung von ehrenamtlichen Hospizbegleitern?
  10. Sind die Handlungsempfehlungen aus der 2. Auflage des Evaluationsberichts vom Dezember 2019 noch aktuell?
    - a) Zugang und Erreichbarkeit: Integration von eHealth und Telemedizin in die Hospiz- und Palliativversorgung
    - b) Verbesserung der Kooperation zwischen den Leistungserbringern
    - c) Palliativmedizinischer Konsiliardienst
    - d) Koordinierungsstelle (ist bereits eingerichtet und wird vom Land mit 9.000 EUR jährlich gefördert)
    - e) Förderung der Qualifizierung
    - f) Zum Problem häuslicher Überforderung
  11. Wie funktioniert die Vernetzung der relevanten Akteure? Wo werden ggf. Verbesserungsmöglichkeiten gesehen?
  12. Wo werden explizite Einsatzgebiete der Telemedizin gesehen?

# Landtag Mecklenburg-Vorpommern

## 8. Wahlperiode

### 9. Ausschuss: Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Sport

#### Anwesenheitsliste

16. Sitzung am 15. Juni 2022, 15:30 Uhr

Schwerin, Schloss, Plenarsaal












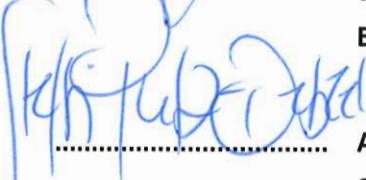


Vorsitzende:

Abg. Katy Hoffmeister (CDU)




stellv. Vors.:

Abg. Christine Klingohr (SPD)





#### 1. Abgeordnete

Fraktion Name	Ordentliche Mitglieder Unterschrift	Name	Stellvertretende Mitglieder Unterschrift
<b>SPD</b>			
Brade, Christian		Albrecht, Rainer	.....
Kaselitz, Dagmar		Hegenkötter, Beatrix	.....
Klingohr, Christine		Dr. Rahm-Präger, Sylva	.....
Prof. Dr. Northoff, Robert		Tegtmeier, Martina	.....
Pfeifer, Mandy			
Schiefler, Michel-Friedrich			
<b>AfD</b>			
de Jesus Fernandes, Thomas		Tadsen, Jan-Phillip	.....
Federau, Petra		Meister, Michael	.....
		Schneider, Jens-H.	.....
<b>CDU</b>			
Hoffmeister, Katy		Berg, Christiane	.....
Glawe, Harry		Peters, Daniel	.....
		Waldmüller, Wolfgang	.....
		Ehlers, Sebastian	.....
<b>DIE LINKE</b>			
Pulz-Debler, Steffi		Albrecht, Christian	.....
		Schmidt, Elke, Annette	.....
		Foerster, Henning	.....
<b>BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN</b>			
Shepley, Anne		Dr. Terpe, Harald	
		Wegner, Jutta	.....
		Damm, Hannes	.....
		Oehlrich, Constanze	.....
<b>FDP</b>			
Becker-Hornickel, Barbara		van Baal, Sandy	.....
		Wulff, David	.....

**2. Ministerien und sonstige Behörden/Institutionen**

Ministerium bzw. Dienststelle	Name, Vorname	Dienststellung/ Funktion	Unterschrift
SM	Drese, Stefanie	Ministerin	
SM	Ehlers, Johanna	LMB	
SM	Dr. Dornquast, Christina	IX 400-1	
SM	Bittner, Jan	IX 450 A LAGuS 4032	
SM	Drückler, Susanne	IX 410	
SM	Tessenow, Florian	IX St-G-1 An	
WKM	Dr. Gahrau, Melanie	VIII 320	
Büro des Bürgerbeauftragten	Crone, Matthias	Bürgerbeauftragter	
Büro des Bürgerbeauftragten StK	Kugele, Kirsten Dr. Doris Kugle Mithras	Referentin 200-1	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**3. Anzuhörende**

Dienststelle	Name, Vorname	Dienststellung/ Funktion	Unterschrift
Unimed HRO	Prof. Dr. Junghanß, Christian	Direktor/Ärztlicher Vorstand	-online-
Unimed HRO	Prof. Dr. Classen, Carl-Friedrich	Kinderarzt	-online-
Hospiz Schloss Bernstorf gGmbH	Dr. Röhr, Wolfgang	Vorstandsvorsitzender	
Institut für Community Medicine	Prof. Dr. van den Berg, Neeltje	stellv. Abt.leitung	-online-
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	Jülich, Andreas	Sprecher	-online-
AOK Nordost, Die Gesundheitskasse	Horn, Sven	Mitarbeiter	
Verband der Ersatzkassen M-V e. V.	Jüttner, Kirsten	Leiterin	
Kassenärztliche Vereinigung M-V	Winkler, Anette	Mitarbeiterin	
Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Nbg.	Dr. Keil, Jens-Peter	Chefarzt	-online-



**4. Sonstige Teilnehmende**

Dienststelle/ Fraktion	Name, Vorname	Dienststellung/ Funktion	Unterschrift
SPD	Brecht, Marvin	Referent	<i>M. Brecht</i>
AfD	Brunkhorst, Niklas	Referent	<i>N. Brunkhorst</i>
CDU	Witting, Pascal	Referent	<i>P. Witting</i>
DIE LINKE	Schmidt, Sebastian	Referent	.....
DIE LINKE	Tannhäuser, Monique	Referentin	<i>Monique</i>
FDP	Morawe, David	Referent	<i>David Morawe</i>
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Diehr, Maria	Referentin	.....
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Jacobs, Lena	Praktikantin	.....
<i>Die Linke</i>	<i>Anton Vochezer</i>	<i>Praktikant</i>	<i>A. Vochezer</i>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

## TAGESORDNUNGSPUNKT 2

### 2. Öffentliche Anhörung zum Antrag der Fraktion der CDU

#### **Palliativ- und Hospizversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zukunftsfest gestalten**

- Drucksache 8/396 -

**Prof. Dr. Christian Junghanß** (Universitätsmedizin Rostock) erklärt, dass die Hospiz- und Palliativmedizin besonders in der Post-Corona-Zeit vor besonderen Herausforderungen stehe. Man könne erkennen, dass hinsichtlich der Palliativversorgung die Corona-Pandemie noch einmal besondere Bedürfnisse aufgedeckt und Herausforderungen definiert habe, die es zu adressieren gelte. Dies habe man zusammen mit dem Verband der Deutschen Universitätsklinika analysieren können. Leider habe es in den Krisenstäben praktisch keine Vertretung der Palliativmediziner gegeben. Hinsichtlich der Besucher für Patienten habe man in der Corona-Zeit sehr schwierige Situationen erleben müssen. Die Angehörigen seien dabei allein gelassen worden. Die Materialversorgung einschließlich der Masken sei extrem belastend gewesen, weil es zu wenig Material gegeben habe. Dies habe die Arbeit mit den Patienten erheblich gestört. Man müsse jetzt die Zeit nutzen, um sich auf die nächste Corona-Welle vorzubereiten, auch wenn es aktuell schwerfalle und das Bedürfnis groß sei, das Corona-Thema nicht mehr in den Vordergrund zu rücken. In der Universitätsmedizin merke man, dass das Personal ausgezerrt sei. Dies gelte sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Viele Pflegeeinrichtungen seien ausgefallen, sodass man die Patienten nicht mehr dorthin habe verlegen können. Deswegen sei es wichtig, dass man im Vorfeld solche Aspekte behandle. Es brauche Lösungen und Ideen, wie man mit Personalausfällen umgehen könne. Es brauche einen nachhaltigen Ansatz, der eine Durchlässigkeit der bisher definierten Versorgungsgrenzen schaffe. Dies betreffe ebenso die Ausbildung in der palliativ- und hospizlichen Versorgung. Richtig sei es, zu überlegen, welche Anpassungen sinnvoll seien, um zertifizierte Kurse trotz hoher Arbeitsbelastungen möglich zu machen. Für die drei Elemente, die für die Arbeit bestimmend seien, also Patienten, Angehörigen und Personal, brauche es krisenfeste Strukturen, daran müsse man jetzt arbeiten. Er halte es für sinnvoll, die Daten der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) als relativ neues Versorgungskonzept kontinuierlich und flächendeckend auszuwerten. Ebenso zielführend sei eine zentrale

Netzwerkkoordinationsstelle, die nah bei den verschiedenen Leistungserbringern sei. Ein guter Standort dafür sei zum Beispiel die Schnittstelle der bettenführenden Bereiche zur Entlassung der Patienten.

Herr **Dr. Wolfgang Röhr** (Hospiz Schloss Bernstorf gGmbH) führt aus, dass er als Quereinsteiger in diesem Bereich 2014 das Hospiz Schloss Bernstorf mit 16 Plätzen gegründet habe. Mittlerweile versorge man den Landkreis Nordwestmecklenburg und Umgebung. Die Einrichtung habe in den letzten sieben Jahren über 1 000 Gäste in ihrem letzten Lebensabschnitt begleitet. Dabei stehe die Lebensqualität der Gäste im Vordergrund. Dies bedeute, dass es in diesem Bereich eine sehr gute Betreuung brauche. Dies sei notwendig, weil diese Menschen die schwächsten in der ganzen Versorgungsgesellschaft seien. Klärungsbedarf bestehe hinsichtlich der Stärkung der Landesarbeitsgemeinschaft, bei Fragen zu den Rahmenvereinbarungen und der Vergütung. Ebenso müsse man im Bereich Hospiz über Digitalisierung und Vernetzung mit den Ärzten und Endversorgern sprechen. Das Thema Fachkräftemangel spiele auch eine Rolle. Es brauche ebenso eine starke Koordinierungsstelle. Festzustellen sei, dass Einrichtungen in diesem Bereich chronisch unterfinanziert seien. Auch zwingt die gültige Rahmenvereinbarung zu einem 5 %-Spendenanteil, der in Eigenleistung zu akquirieren sei. Die Corona-Pandemie habe seine Einrichtung in den letzten zwei Jahren vor große Herausforderung gestellt. Insbesondere die Belegung respektive die Auslastung sei negativ betroffen gewesen. Es habe eine Reduzierung der Auslastung um fast die Hälfte gegeben, man liege daher statt bei den üblichen 90 % bei nur 50 %. Ab dem 30. Juni 2022 falle der Rettungsschirm, der die Einrichtung gerettet habe, weg. Es bleibe unklar, wie sich die wirtschaftliche Situation danach darstellen werde. Es sei hilfreich, über den runden Tisch mit dem Land, den Krankenkassen und den Trägern und Anbietern in diesem Bereich zu aktivieren. Hier können die Themen strukturiert werden, mit dem Ziel, ein Zukunftskonzept zu entwickeln.

Frau **Prof. Dr. Neeltje van den Berg** (Institut für Community Medicine) betont, dass sie aus Sicht der Versorgungsforschung berichte. Man habe in den letzten Jahren zum Thema Palliativversorgung eine Reihe von Analysen auf der Basis verschiedener Datenreihen durchgeführt. Dazu seien Befragungen durchgeführt und die Daten der

Krankenkassen ausgewertet worden. Die Auswertungen und die Analysen, die man gemacht habe, seien hauptsächlich auf der Basis von Abrechnungsdaten geleistet worden. Man könne daher sehr gut sagen, welche Leistungen abgerechnet worden seien. Über die Qualität der Versorgung oder die Notwendigkeit einer spezialisierten Versorgung könne anhand dieser Daten keine Aussage getroffen werden. Das Bild, welches sich daraus ergebe, sei aber relativ konsistent. Es gebe nach dieser Auswertung eine Reihe von Problemen in der Palliativversorgung. Zum ersten sehe man in der allgemeinen Palliativversorgung, dass die Anzahl der Patienten sinke. Dieses Ergebnis habe man nicht unbedingt erwarten können. Vielmehr spreche der demografische Wandel eher für steigende Bedarfe. Dies könne damit zusammenhängen, dass es immer weniger Hausarztpraxen gebe, die diese Leistungen abrechnen könnten. Im Bereich der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gebe es einen Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit vor Ort und der Inanspruchnahme der Leistungen. Es gelte, je weiter weg der Hilfesuchende von einem Standort der SAPV sei, desto geringer die Inanspruchnahme. Ein weiteres Problem liege darin, dass die Anschlussversorgung häufig nicht gegeben sei. Ebenso sei diese Versorgung sehr individuell gestaltet. Leider komme es häufig zu längeren Wartezeiten beim Übergang zum Beispiel von einer Krankenhausbehandlung zum SAPV oder der AAPV. Das könne zum Teil mehrere Wochen dauern. Es falle auf, dass bei der Palliativversorgung in Pflegeheimen es häufig schwierig sei, überhaupt eine gute Palliativversorgung zu gewährleisten. Es fehle dafür an ausgebildeten Pflegekräften. Die Wahrscheinlichkeit für eine solche Versorgung sinke in diesen Einrichtungen um die Hälfte im Vergleich zur eigenen Häuslichkeit. Dies müsse man betonen, denn der Bedarf erscheine in den Pflegeheimen größer als in der eigenen Häuslichkeit. Es brauche insgesamt in diesem Bereich mehr Koordination, Vernetzung, Telemedizin und eine Verbindung der verschiedenen Sektoren. Diese Vernetzung müsse insbesondere bei den verschiedenen Anbietern und bei der spezialisierten und allgemeinen Palliativversorgung gelingen.

Herr **Sven Horn** (AOK Nordost) erklärt, dass Mecklenburg-Vorpommern hinsichtlich der ambulanten Palliativversorgung flächendeckend gut versorgt sei. Aus vertraglicher Sicht gebe es 14 Erwachsenenteams und ein Kinder-SAPV-Team, die für die

Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) unter Vertrag gestellt seien. Die Erfahrung zeige aus Sicht der GKV, dass kein Patient in einer palliativen Phase keine ambulante Palliativversorgung erhalten habe. Es sei immer gelungen, auch in den entferntesten Regionen Mecklenburg-Vorpommerns, gemeinsam mit den Partnern eine Versorgung zu gewährleisten. Man müsse trotzdem zusammen mit dem Hauärzteverband die hausärztliche Palliativversorgung viel stärker in den Fokus nehmen, damit die SAPV-Kapazitäten entlastet werden könnten, um mehr Behandlungskapazitäten für die wirklich schweren Palliativfälle zu schaffen. Es gebe in diesem Bereich einen regelmäßigen Austausch auf Augenhöhe mit allen beteiligten Seiten. Man erkenne nicht, dass der Evaluationsbericht der Universität Greifswald die Realität in Mecklenburg-Vorpommern abbilde. Es sei wichtig, dass man in diesem Bereich viel Engagement erlebe und viele ehrenamtliche Hospizhelfer habe. Aus GKV-Sicht sei man hinsichtlich der Versorgungssituation zufrieden. Auch wenn die Situation in der Zukunft perspektivisch herausfordernder werde, insbesondere im ländlichen Raum. Es sei betont, dass man sehr engagierte Hausärzte im Bereich der Palliativversorgung habe. Allerdings erkenne man, dass die Krankenhausentlassungen meistens freitags erfolgen und direkt in die Verantwortung der SAPV-Teams gelenkt würden. Der Hausarzt, der die Patienten seit 30 bzw. 40 Jahren kenne, bleibe dann außen vor. Hier sei der Wunsch, dass eine Krankenhausentlassung erst nach Rücksprache mit dem Hausarzt erfolge.

**Kirsten Jüttner** (Verband der Ersatzkassen M-V e. V) erklärt, dass man die Probleme hinsichtlich des demografischen Wandels und der Versorgung im ländlichen Raum im Blick behalten müsse. Diese Probleme würden das gesamte Gesundheitswesen betreffen, allerdings seien sie für sterbenskranke Menschen als dringender zu bewerten. Hinsichtlich der Verteilung der Einrichtungen könne man feststellen, dass sie nahezu flächendeckend sei. Dieser Sachverhalt zeichne Mecklenburg-Vorpommern aus. Es habe in den letzten 20 Jahren einen kontinuierlichen Ausbau im Bereich der stationären Hospize gegeben, der immer noch fortgesetzt werde. Der GKV-Spitzenverband habe in seiner Empfehlung geschrieben, dass Verträge im Bereich der SAPV eine räumliche Zuständigkeit ausweisen sollten, um Überschneidungen zu vermeiden. Dies könne den besten Einsatz des Personals gewährleisten. Im letzten Sommer habe die Enquete-Kommission zur medizinischen Versorgung ihren Bericht

vorgelegt. Allerdings seien keine direkten Empfehlungen zur Hospiz- und Palliativversorgung ausgewiesen worden. Schaut man sich allerdings die übergeordneten Punkte an, seien die Koordination, die Vernetzung und insbesondere die sektorenübergreifende Versorgung sowie die Telemedizin auch in der Palliativversorgung von besonderer Wichtigkeit. Schon vor zehn Jahren sei die Palliativversorgung der erste Bereich gewesen, in dem mit „PalliDoc“ ein internetbasiertes Dokumentationssystem eingeführt werden konnte. Die Vernetzung sei zum Teil bei den Akteuren in diesem Bereich deutlich höher als in anderen Bereichen. Die Verzahnung der stationären und ambulanten Medizin respektive Pflege sei hier schon sehr weit. Es gelte, den Schwerpunkt auf die allgemeine ambulante Palliativversorgung im niedergelassenen ärztlichen Bereich zu richten. Hier bekomme der überwiegende Teil der schwerkranken, sterbenden Menschen seine palliative Versorgung über den behandelnden Arzt. Dies gelte insbesondere für Patienten, deren letzter Klinikaufenthalt erfolgt sei. Hier seien gute Erfahrungen mit telemedizinischen Modellprojekten gemacht worden. Es sei möglich, den Hausarzt weiterhin miteinzubeziehen. Die Fachgesellschaften gingen davon aus, dass fast 90 % der sterbenskranken Menschen keine spezialisierte Versorgung brauchen würden. Dieser große Teil benötige keine Hospizversorgung und keine SAPV-Leistung. Hier würden die seit 2016 gültigen Abrechnungsmöglichkeiten in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung durch die Fach- und Hausärzte reichen. Dies sei explizit für die Fälle vorgesehen, bei denen SAPV nicht indiziert sei. Zu betonen sei, dass es in Mecklenburg-Vorpommern ein gut etabliertes kassenartenübergreifendes System der Selbsthilfeförderung, gerade im Rahmen der Kontakt- und Informationsstellen, gebe. Seit April 2022 liege vom GKV-Spitzenverband eine Richtlinie zur Förderung der Koordination und der Aktivitäten der regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerke durch einen Netzwerkkoordinator vor. Durch eine Rechtsänderung gebe es jetzt die Möglichkeit, die Netzwerkkoordinatoren durch die Krankenkassen in Kofinanzierung mit den Landkreisen und kreisfreien Städten zu fördern. Hier brauche es eine enge Kooperation mit den Gebietskörperschaften. Eine Kombination von Kinderhospiz und Erwachsenen-hospiz erscheine nicht geeignet zu sein.

Frau **Anette Winkler** (Kassenärztliche Vereinigung M-V) betont, dass sich die Hospiz- und Palliativversorgung in den letzten Jahren sehr positiv entwickelt habe. Es gebe mittlerweile eine Abdeckung der Fläche, die über den SAPV-Bereich hinausgehe. Es sei möglich, die Primärversorgung über eine AAPV einschließlich der Qualifizierung des ärztlichen Personals zu gewährleisten. Allerdings stimme die Wahrnehmung, dass gewisse Leistungen zurückgegangen seien. Dies sei auch dem Ärztemangel geschuldet. Es brauche mehr medizinisches Personal, gerade im Hausärzdebereich. Die Palliativversorgung werde über zusätzliche Weiterbildung gewährleistet, die beispielsweise eine Voraussetzung für die Mitarbeit in einem SAPV-Team sei. Es brauche Konzepte, die eine Ausbildung für medizinisches Personal aus dem ambulanten Bereich ermöglichen würden. Es gebe viele ambulante Ärzte, die interessiert seien, sich weiterzubilden. Leider seien die Hürden dafür bisher zu beschwerlich. Natürlich müsse es weiterhin eine Verbesserung in der Vernetzung der allgemeinen SAPV-Versorgung geben. Hier sei als Beispiel die Verbesserung des Entlass-Managements genannt. Ein runder Tisch, der die Hausärzte miteinbeziehe, sei zu befürworten. Die Telemedizin sehe man nicht als ersetzendes, sondern nur als unterstützendes Element der Arbeit. Gerade bei Patienten in den letzten Lebensjahren könne eine reine Telemedizin das Problem nicht beheben. Es brauche mehr Fachkräfte.

**Dr. Jens-Peter Keil** (Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum) betont, dass man ein langjährig gewachsenes palliativ-medizinisches Netzwerk aufgebaut habe. Es gebe die Besonderheit, dass man ein SAPV-Team in der Klinik vorhalte. Dieser Umstand sei in Mecklenburg-Vorpommern einmalig. Mit den gewachsenen Strukturen sei man sehr zufrieden. Allerdings könne man einen zunehmenden Bedarf an palliativ-medizinischen Leistungen feststellen, den man kaum befriedigen könne. Dies sei dem Fachkräftemangel geschuldet. Der größte Bedarf betreffe die Plätze im Bereich der Hospizversorgung. Dort gebe es sehr lange Wartezeiten. Dies belaste die Patienten sehr. Hinsichtlich der Beteiligung am Runden Tisch zur Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern könne er bestätigen, dass die Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e. V. in diesem Gremium vertreten sei. Er selber sei auch dabei.

**Prof. Dr. Carl-Friedrich Classen** (Kinder- und Jugendklinik der Universitätsmedizin Rostock) führt aus, dass er das SAPV-Team „Mike Möwenherz“ vertrete. In Bezug auf die Kinder- und Jugendmedizin habe das Team über 160 Patienten in ganz Mecklenburg-Vorpommern versorgt. Derzeit versorge man 30 Patienten gleichzeitig. Das ganze Bundesland könne man nur durch die Zusammenarbeit mit örtlichen Versorgern erreichen. Die Telemedizin werde von allen SAPV-Teams praktiziert. Stichwort sei dabei „Pallidoc“, welches als Plattform sicherlich weiterentwickelt werden könne. Ebenso sei aber das Telefon das wichtigste Werkzeug. Im Prinzip sei man als Team aufgestellt, wie andere SAPV-Teams für Kinder und Jugendliche in Deutschland. Daher betreue man nicht nur onkologische Patienten, sondern auch Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Kinder mit unheilbaren neurologischen Erkrankungen oder Kinder mit angeborenen Chromosomen-Anomalien. Daher müsse er betonen, dass die Kinderheilkunde in Rostock wirklich in einem katastrophalen Zustand sei. Die Struktur sei unerträglich. Es gehe um die Versorgung von schwerkranken Kindern. Man betreue Kinder mit Herzfehlern oder mit neuropädiatrischen Erkrankungen. Ohne die Anbindung an eine Kinder- und Jugendklinik könne ein SAPV-Team nicht arbeiten. Daher sei man auf eine enge Kooperation mit einer funktionierenden Universitätsmedizin angewiesen. Es sei betont, dass Palliativbetreuung, also die Betreuung von sterbenden Menschen, immer in erster Linie eine Betreuung am Bett sei. Daher sei der persönliche Kontakt ein unerlässlicher Bestandteil der medizinischen Versorgung. Ebenso sei unterstrichen, dass ein Kinder- und Jugendhospiz völlig anders funktioniere als ein Erwachsenenhospiz. Es sei ein Ort, an dem Familien mit einem unheilbaren Kind Kraft schöpfen könnten. Dieser Ort fehle in Mecklenburg-Vorpommern.

**Dr. Andreas Jülich** (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin), betont, dass sich die Palliativmedizin sehr gut entwickelt habe. In den Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern fehle es allerdings an Palliativbetten und Palliativbeauftragten. Es gebe keinen Ansprechpartner, wenn man zum Beispiel einen Patienten aus sozialen und nicht aus medizinischen Gründen einweisen müsse. Das Thema laute Überleitmanagement. Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern müsse weiter für Weiterbildungen sorgen. Es müsse die Pflege gefördert werden, denn ohne Pflege und Hausärzte gehe es nicht. Es müsse jeder seine Hausaufgaben



machen. Sowohl das Hospizpersonal als auch die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Der Notfallplan sei dafür da, dass im Endstadium kein Patient mehr eingewiesen werden müsse. Hier brauche es den Einbezug der Rettungsmedizin. Es brauche zielgerichtete Weiterbildungen, damit schon in den Rettungsdienststellen ein palliativer Patient identifiziert und der Hausarzt und das SAPV-Team informiert werden könnten. Hinsichtlich der Krankenhäuser brauche es ein verbessertes Entlastungsmanagement, sodass die typische Freitagentlassung unterbleibe. Hier müsse ein Sozialarbeiter aktiv sein. Es brauche eine verlässliche Zusammenarbeit. Es sei eventuell besser, wenn man in den Kreisen kleine Koordinierungsstellen etabliere.

Abg. **Dr. Harald Terpe** betont, dass die Hospizentwicklung in Deutschland längere Zeit von der Palliativmedizin abgekoppelt gewesen sei. Diese Entstehungsgeschichte habe zur Folge gehabt, dass der 5 %-Eigenanteil als Ergebnis der Geschichte der Hospizbewegung erhalten geblieben sei. Dies sei als Betonung der ehrenamtlichen Leistung in diesem Bereich zu verstehen. Dies führe zu Problemen, da in Mecklenburg-Vorpommern das Spendenaufkommen geringer ausfalle als in anderen Teilen der Bundesrepublik. Er befürworte die Einrichtung eines Kinderhospizes in Mecklenburg-Vorpommern.

Abg. **Prof. Dr. Robert Northoff** fragt, ob es seitens der Palliativmediziner eine Positionierung zum selbstgewählten Sterben gebe. Möglicherweise sei in diesem Bereich in der Gesellschaft und dem Rechtssektor Bewegung zu erkennen.

**Prof. Christian Junghanß** betont, dass diese Frage einen sehr komplexen Sachverhalt betreffe. Daher verweise er auf die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Diese führe dazu im September eine Tagung durch.

**Dr. Andreas Jülich** stellt klar, dass er selber ein Gegner vom assistierten Suizid sei. Aber gesellschaftlich und fachlich müsse man sich mit dem Thema auseinandersetzen.