



Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein e.V., Burgstraße 2, 24103 Kiel

**An den Sozialausschuss des
Schleswig-Holsteinischen Landtags
Katja Rathje-Hoffmann
- Vorsitzende -
Landeshaus
Postfach 7121
24171 Kiel**

**per E-Mail an:
sozialausschuss@landtag.ltsh.de**

**Hospiz- und Palliativverband
Schleswig-Holstein e.V.**

Kontakt über: Claudia Ohlsen,
Geschäftsführung Landeskoordinierungsstelle
Hospiz- und Palliativarbeit Schleswig-Holstein
im HPVSH

Telefon: 0431 - 90 88 55 12
E-Mail: ohlsen@hpvsh.de
www.hpvsh.de

Kiel, 30. September 2026

**Stellungnahme
des Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein e.V. (HPVSH)
zum Entwurf eines
Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung und
Änderungen des Krebsregistergesetzes
(Drucksache 20/4697)**

Der Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein e.V. begrüßt das Ziel des Gesetzentwurfs, die Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein patientenorientiert, sektorenübergreifend und zukunftsfest weiterzuentwickeln. Aus Sicht des HPVSH sollte die Reform zugleich genutzt werden, die Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen im Krankenhaus sowie die Zusammenarbeit mit den ambulanten und stationären Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung verbindlicher im Landeskrankenhausgesetz zu verankern.

Der vorliegende Entwurf enthält bereits wichtige Regelungen zur besonderen Betreuung sterbender Patientinnen und Patienten, zu Begleitung und Abschiednehmen sowie zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Aus Sicht des HPVSH besteht in mehreren Bereichen weiterer Regelungsbedarf. Dies betrifft insbesondere die Verankerung der Palliativversorgung als übergreifende Querschnittsaufgabe. Es sollte die hospizlich-palliative Expertise stärker in die Versorgungsplanung einbezogen werden. Auch für die Übergänge zwischen Krankenhaus und außerstationärer Versorgung bedarf es klarerer und verbindlicherer Regelungen.

Hierzu schlägt der HPVSH die folgenden konkreten Änderungen vor.

1. Palliativversorgung als Querschnittsbereich verankern

Änderungsvorschlag: Nach § 27 wird ein § 27a „Palliativversorgung als Querschnittsaufgabe“ eingefügt.

§ 27a Palliativversorgung als Querschnittsaufgabe

(1) Die Krankenhäuser verankern die Palliativversorgung im Rahmen ihres Versorgungsauftrags als fach- und berufsgruppenübergreifenden Querschnittsbereich. Sie gewährleisten eine frühzeitige, bedarfsgerechte allgemeine Palliativversorgung und bei komplexem Bedarf den bedarfsgerechten Zugang zu spezialisierter palliativmedizinischer Expertise durch vorhandene eigene Strukturen oder geeignete Kooperationen. Der Zugang besteht nicht nur für sterbende Menschen, bei bestimmten Diagnosen und sollte grundsätzlich auf jeder Station eines Krankenhauses möglich sein.

Palliativversorgung kann neben krankheitsgerichteter Behandlung erfolgen. Bundesrechtliche Leistungs- und Qualitätsvorgaben bleiben unberührt.

(2) Der Krankenhausträger legt hierfür ein interprofessionelles Versorgungskonzept mit klaren Zuständigkeiten, Anbindung an die Krankenhausleitung sowie den erforderlichen personellen und zeitlichen Ressourcen fest. Es umfasst Bedarfserkennung, Symptomlinderung, therapeutische und spirituelle Unterstützung, Fortbildung, Fallbesprechungen und regionale Vernetzung. Die Umsetzung wird im bestehenden Qualitätsmanagement überprüft.

(3) Krankenhäuser stellen bei Patientinnen und Patienten mit palliativem Unterstützungsbedarf sicher, dass ärztlich angeordnete Bedarfsmedikation zur Behandlung akuter belastender Symptome, insbesondere von Schmerzen und Atemnot, jederzeit unverzüglich verfügbar und ohne vermeidbare Verzögerung angewendet werden kann. Dies gilt auch für Betäubungsmittel. Hierfür sind geeignete patientennahe Organisations- und Aufbewahrungsformen vorzusehen, soweit die bundesrechtlichen Vorschriften über den Umgang mit Betäubungsmitteln dies zulassen.

Begründung: Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) und der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) betonen die Notwendigkeit eines verlässlichen Zugangs zu allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung sowie entsprechender struktureller Voraussetzungen im Krankenhaus. Der HPVSH konkretisiert diese Anforderungen als fach- und berufsgruppenübergreifenden Querschnittsbereich mit verbindlichen Zuständigkeiten und Ressourcen, ohne eine bestimmte organisatorische Einzelstelle oder eine eigene Abteilung vorzuschreiben. Bestehende Strukturen können genutzt werden. Qualifizierung aller beteiligten Berufsgruppen und Unterstützung gehören zum Konzept. Durchbruchschmerzen und andere akute belastende Symptome erfordern eine rasche Symptomlinderung. Die sichere Verwahrung und Dokumentation von Betäubungsmitteln darf nicht zu vermeidbaren Verzögerungen der ärztlich angeordneten Bedarfsmedikation führen. Patientennah verfügbare, gesicherte Lösungen sind innerhalb des geltenden Betäubungsmittelrechts möglich und sollten organisatorisch genutzt werden.

2. Ständige Mitgliedschaft im Gesundheitsversorgungsrat

Änderungsvorschlag: § 5 Abs. 5 Satz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 6 wird das Wort „und“ gestrichen.
- b) In Nummer 8 wird der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt.
- c) Folgende Nummer 8 und 9 wird angefügt:

*„8. eine Vertreterin oder ein Vertreter der Hospiz- und Palliativversorgung in Schleswig-Holstein.
9. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Pflegeberufsstandes in Schleswig-Holstein“*

Begründung: Der Rat berät sektorenübergreifende Versorgung sowie Zuweisung, Verlegung und Entlassung. Bei palliativen Patientinnen und Patienten betreffen diese Aufgaben die Übergänge zwischen Krankenhaus, hausärztlicher Versorgung, Pflege, spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV), Hospizdiensten und Hospizen. Die ständige Mitgliedschaft sichert eine kontinuierliche Beteiligung statt einer fallweisen Einladung nach Absatz 6. Die Hospiz- und Palliativversorgung betrifft in besonderem Maße die Übergänge zwischen Krankenhaus, vertragsärztlicher Versorgung, Pflege, SAPV, ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen. Als größte Berufsgruppe im Krankenhaus und zentrale Akteurin sektorenübergreifender Versorgungsprozesse sollte die professionelle Pflege dauerhaft im Gesundheitsversorgungsrat vertreten sein. Das Verfahren zur Benennung der Vertretung kann in der Geschäftsordnung nach § 5 Abs. 1 geregelt werden. § 90a SGB V erlaubt weitere Beteiligte; die beratende Funktion des Rates bleibt unverändert.

3. Patientenwillen, Versorgungsplanung und Notfallwege verbinden

Änderungsvorschlag: Nach § 27a wird folgender § 27b eingefügt:

„§ 27b

Patientenwille, Behandlungsziele und vorausschauende Versorgungsplanung

(1) Der Krankenhausträger stellt sicher, dass bei der Aufnahme in dem für die Behandlung erforderlichen Umfang erhoben wird, ob eine Patientenverfügung, eine Vorsorgevollmacht, eine rechtliche Betreuung oder ein vorhandener Behandlungs- oder Notfallplan vorliegt. Für die Behandlung relevante Unterlagen und Kontaktinformationen sind so zu dokumentieren, dass sie dem Behandlungsteam rechtzeitig zur Verfügung stehen. Unaufschiebbar Behandlungen dürfen dadurch nicht verzögert werden.

(2) Bei Patientinnen und Patienten mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung und palliativem Unterstützungsbedarf sind die Behandlungsziele frühzeitig und situationsgerecht zu klären und zu dokumentieren. Im Rahmen der Behandlungs- und Entlassplanung ist auf Wunsch eine qualifizierte vorausschauende Versorgungsplanung anzubieten. Sie umfasst insbesondere Behandlungswünsche, absehbare Krisensituationen, Maßnahmen zur Symptomlinderung, erreichbare Hilfen und gewünschte Versorgungsorte. Gewünschte Bezugspersonen und weiterbehandelnde

Leistungserbringer sind nach Maßgabe des Patientenwillens und der datenschutzrechtlichen Vorgaben einzubeziehen. Bei entsprechendem Bedarf ist die Erstellung eines Behandlungs- und Notfallplans anzubieten.

(3) Krankenhäuser mit Notaufnahmen legen Verfahren zur Erkennung palliativen Unterstützungsbedarfs und bei Bedarf zur zeitnahen Hinzuziehung palliativer Expertise fest. Vorhandene Behandlungs- und Notfallpläne sind einzubeziehen. Medizinisch erforderliche Sofortmaßnahmen dürfen dadurch nicht verzögert werden. Die bundesrechtlichen Vorschriften über Aufklärung, Einwilligung, Patientenverfügungen, Entlassmanagement sowie Leistungs- und Vergütungsansprüche bleiben unberührt.“

Begründung: Patientenwille und Behandlungsziele können im Krankenhaus nur verlässlich berücksichtigt werden, wenn vorhandene Vorsorgedokumente, Vertretungsbefugnisse und Behandlungs- oder Notfallpläne für das Behandlungsteam rechtzeitig auffindbar sind. Gerade bei fortgeschrittenen, lebensbegrenzenden Erkrankungen können sich klinische Situationen rasch verändern; deshalb sollten Behandlungsziele, Maßnahmen zur Symptomlinderung, erreichbare Hilfen und gewünschte Versorgungsorte möglichst vor einer Krisensituation geklärt sein. Die vorausschauende Versorgungsplanung ergänzt damit das bestehende Entlassmanagement, ohne die individuelle Therapieentscheidung vorwegzunehmen. Für Notaufnahmen ist zusätzlich ein verlässlicher Zugang zu palliativer Expertise sinnvoll, damit vorhandene Behandlungsziele und Notfallpläne auch in akuten Situationen berücksichtigt werden können. § 132g SGB V wird durch die vorgeschlagene Regelung nicht auf Krankenhauspatientinnen und -patienten ausgedehnt; ein zusätzlicher Aufwand für strukturierte Beratungsangebote und dessen Finanzierung bleibt gesondert zu klären. Einen gesetzlich konkretisierten Aufnahmeprozess für Vorsorgedokumente enthält beispielsweise das Niedersächsische Krankenhausgesetz.

4. Hospizkooperationen und die Eigenständigkeit des Ehrenamts regeln

Änderungsvorschlag: Dem § 28 wird folgender Absatz 3 hinzugefügt:

„(3) Die Krankenhäuser stellen entsprechend ihrem Versorgungsauftrag eine geregelte Zusammenarbeit mit den für die Versorgung erforderlichen regionalen ambulanten Hospizdiensten, stationären Hospizen, Leistungserbringern der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, Pflegeeinrichtungen sowie Hospiz- und Palliativnetzwerken sicher. Hierzu sollen bestehende Kooperationsvereinbarungen oder regionale Rahmenvereinbarungen genutzt oder, soweit erforderlich, entsprechende Vereinbarungen abgeschlossen werden. Diese sollen insbesondere Ansprechpartner, Zugangswege, Erreichbarkeiten und geregelte Übergaben festlegen.“

Sowie Änderung des bisherigen Wortlauts (§ 30 Abs. 5):

„Die Krankenhäuser fördern die ehrenamtliche Hilfe zugunsten von Patientinnen und Patienten. Sie arbeiten mit den ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern eng zusammen.“

Änderung in:

„Die Krankenhäuser fördern die ehrenamtliche Hilfe zugunsten von Patientinnen und Patienten. Sie arbeiten mit den ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern eng zusammen. Dies umfasst auch die Zusammenarbeit mit qualifizierten ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern im Rahmen ambulanter Hospizdienste. Ehrenamtliche Hilfe ergänzt die professionelle Versorgung. Aufgaben, die den Beschäftigten des Krankenhauses im Rahmen der professionellen Behandlung, Pflege oder Betreuung obliegen, dürfen nicht auf ehrenamtliche Helferinnen und Helfer übertragen werden.“

Begründung: § 28 Abs. 2 sieht bereits eine allgemeine sektorenübergreifende Zusammenarbeit vor. Für die Hospiz- und Palliativversorgung sollte diese wegen ihrer besonderen Bedeutung für Versorgungsübergänge konkretisiert werden. Hospiz- und Palliativversorgung ist auf verlässliche Übergänge zwischen Krankenhaus und regionalen Angeboten angewiesen. Bundesrechtlich ist die Sterbebegleitung durch ambulante Hospizdienste im Krankenhaus ausdrücklich vorgesehen (§ 39a Abs. 2 SGB V); § 39d SGB V stärkt zudem regionale Hospiz- und Palliativnetzwerke. Schriftlich geregelte Ansprechpartner, Zugangswege und Übergaben schaffen für Betroffene und Behandelnde Klarheit, ohne neue Leistungserbringerstrukturen zu verlangen. Gleichzeitig soll die besondere Rolle des Ehrenamts erhalten bleiben: Hospizliche Begleitung ergänzt professionelle Behandlung und Pflege, ersetzt sie aber nicht. Vereinbarungspflichten für sektorenübergreifende Kooperationen finden sich beispielhaft auch im Krankenhausrecht anderer Länder.

5. Krankenhäuser als Teil regionaler sorgender Gemeinschaften stärken

Änderungsvorschlag: Dem § 28 wird folgender Absatz 4 hinzugefügt:

(4) Die Krankenhäuser sollen sich entsprechend ihrem Versorgungsauftrag an der Entwicklung und Stärkung regionaler Strukturen einer sorgenden Gemeinschaft beteiligen. Hierzu arbeiten sie insbesondere mit Kommunen, regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken, Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie zivilgesellschaftlichen Akteuren zusammen. Die Zusammenarbeit soll insbesondere die Unterstützung schwerkranker, sterbender und trauernder Menschen sowie ihrer Angehörigen und anderer nahestehender Personen im sozialen Umfeld fördern.

Begründung: Die Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen endet nicht an den Grenzen des Krankenhauses. Tragfähige Unterstützungsstrukturen im sozialen Umfeld können Versorgungskontinuität fördern und Übergänge aus dem Krankenhaus erleichtern. Caring Communities verbinden professionelle Versorgung mit kommunalen und zivilgesellschaftlichen

Strukturen und verstehen Sorge für schwerkranke, sterbende und trauernde Menschen als gemeinsame gesellschaftliche Aufgabe. Krankenhäuser sollten deshalb als wichtige regionale Versorgungsakteure an ihrer Entwicklung und Vernetzung beteiligt sein.

6. Persönliche Begleitung und würdiges Abschiednehmen absichern

Änderungsvorschlag 1: Dem § 27 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Die Krankenhäuser veröffentlichen ein Besuchs- und Begleitungskonzept, das den besonderen Bedarf schwerkranker und sterbender Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Das Konzept berücksichtigt insbesondere die Begleitung durch selbst gewählte Bezugspersonen und auf Wunsch durch ambulante Hospizdienste. Einschränkungen müssen erforderlich, verhältnismäßig, begründet und regelmäßig überprüft sein. Es ist zu prüfen, ob persönliche Begleitung durch geeignete Schutzmaßnahmen ermöglicht werden kann. Zwingende gesetzliche Vorgaben und vollziehbare behördliche Anordnungen bleiben unberührt.“

Änderungsvorschlag 2: Dem § 29 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die Pläne nach den Absätzen 1 und 5 enthalten Vorkehrungen zur Fortführung erforderlicher Palliativversorgung und persönlicher Begleitung nach § 27 Absatz 5.“

Sowie Änderung des bisherigen Wortlauts (§ 27 Abs. 4):

„Sterbende Patientinnen und Patienten haben in besonderem Maße einen Anspruch auf eine ihrer Würde entsprechende Behandlung. Nach dem Tod der Patientin oder des Patienten hat das Krankenhaus Maßnahmen dafür zu treffen, dass Hinterbliebene angemessen Abschied nehmen können.“

Änderung in:

„Die Behandlung und Begleitung sterbender Patientinnen und Patienten orientiert sich in besonderem Maße an der Achtung ihrer individuellen Würde. Nach dem Tod der Patientin oder des Patienten hat das Krankenhaus Maßnahmen dafür zu treffen, dass Hinterbliebene angemessen Abschied nehmen können. Hierfür sollen räumliche und organisatorische Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Ruhe und Privatsphäre fördern und eine angemessene Berücksichtigung individueller kultureller, religiöser und weltanschaulicher Bedürfnisse ermöglichen. Angehörige und andere nahestehende Personen sind auf Wunsch über erreichbare Angebote der Trauerbegleitung zu informieren; besondere Bedürfnisse minderjähriger Angehöriger sind zu berücksichtigen.“

Sowie Änderung des bisherigen Wortlauts (§ 30 Abs. 4):

„Die Krankenhäuser haben den Kirchen und Religionsgemeinschaften in angemessenem Umfang Gelegenheit zu geben, Patientinnen und Patienten seelsorgerisch zu betreuen.“

Änderung in:

„Die Krankenhäuser haben den Kirchen und Religionsgemeinschaften in angemessenem Umfang Gelegenheit zu geben, Patientinnen und Patienten seelsorgerisch zu betreuen. Unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft ist auf Wunsch auch der Zugang zu nichtreligiöser Seelsorge ermöglichen.“

Begründung: Der Entwurf berücksichtigt bereits besondere Besuchsbedürfnisse sterbender Menschen und verpflichtet Krankenhäuser zur Pandemieplanung; beide Regelungsbereiche sollten aus Sicht des HPVSH miteinander verbunden werden. Gerade in der letzten Lebensphase ist persönliche Begleitung ein wesentlicher Teil einer patientenorientierten Versorgung. Einschränkungen können in besonderen Gefahrenlagen erforderlich sein, sollten aber auf das notwendige Maß begrenzt und regelmäßig überprüft werden. Die Begründung des Gesetzentwurfs geht beim angemessenen Abschiednehmen bereits davon aus, dass hierfür in der Regel geeignete Räumlichkeiten erforderlich sind; die Aufnahme in den Normtext schafft insoweit Klarheit. Vergleichbare Besucherschutz- und weltanschaulich offene Seelsorgeregelungen finden sich beispielsweise in Nordrhein-Westfalen und Sachsen.

7. Palliativversorgung in der Krankenhausplanung berücksichtigen

§ 7 Abs. 3 wird um folgenden Satz ergänzt:

„Bei der Ausgestaltung des Allgemeinen Teils des Krankenhausplans sind die allgemeine Palliativversorgung als fach- und berufsgruppenübergreifender Querschnittsbereich, der Zugang zu spezialisierter palliativmedizinischer Mitversorgung anderer Krankenhausbereiche sowie die erforderlichen regionalen Kooperationsstrukturen angemessen zu berücksichtigen. Die bundesrechtlichen Vorgaben zur Zuweisung der Leistungsgruppe Palliativmedizin bleiben unberührt.“

Begründung: Palliativversorgung findet nicht ausschließlich in ausgewiesenen Palliativstationen statt. Ein erheblicher Teil der Versorgung erfolgt konsiliarisch oder im Rahmen der allgemeinen Behandlung auf anderen Stationen. Wenn Palliativversorgung als Querschnittsbereich im Landeskrankengesetz verankert wird, sollte dies auch bei der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung berücksichtigt werden. Dabei geht es nicht darum, jedem Krankenhaus eine eigene Palliativstation vorzugeben, sondern darum, die Verfügbarkeit allgemeiner Palliativversorgung, den Zugang zu spezialisierter Expertise und die regionalen Kooperationsstrukturen entsprechend dem jeweiligen Versorgungsauftrag mitzudenken.

8. Versorgungsforschung und Datenbasis zur Hospiz- und Palliativversorgung stärken

§ 42 Abs. 1 Nr. 2 wird durch folgenden Satz ergänzt:

Versorgungsforschung zur Qualität, Inanspruchnahme, Koordination und sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der Versorgung gilt als wissenschaftliche Forschung im Sinne des Satzes 1, soweit die Voraussetzungen der Nummer 1 erfüllt sind.

§ 6 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 7 wird das Wort „und“ gestrichen.
- b) In Nummer 8 wird der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt.
- c) Folgende Nummer 9 wird angefügt:

9. die Strukturen und Inanspruchnahme der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung sowie palliative Mitversorgungs- und sektorenübergreifende Kooperationsstrukturen, soweit entsprechende Angaben beim Krankenhaus vorliegen.

Begründung: Eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung setzt belastbare Daten zu Versorgungsstrukturen, Inanspruchnahme, Versorgungsübergängen und patientenbezogenen Ergebnissen voraus. Gerade aufgrund des sektorenübergreifenden Charakters der Palliativversorgung bestehen hierfür bislang relevante Datenlücken. Versorgungsforschung und eine verlässliche Datengrundlage sollten deshalb ausdrücklich bei der Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung berücksichtigt werden. Die bestehenden datenschutzrechtlichen und bundesrechtlichen Vorgaben bleiben unberührt.

Für ergänzende Fragen und weitergehende Informationen stehen wir selbstverständlich gern, auch mündlich, zur Verfügung.



Prof. Dr. Roland Repp
Vorsitzender
Hospiz- und Palliativverband
Schleswig-Holstein e.V.

Kontakt:

Prof. Dr. med. Roland Repp
Chefarzt der 2. Medizinischen Klinik
Städtisches Krankenhaus Kiel
Chemnitzstraße 33
24116 Kiel
Tel. 0431 1697 1201
E-Mail: roland.repp@krankenhaus-kiel.de

Verfasser:

1. Prof. Dr. Roland Repp, Vorsitzender des HPVSH e.V.
2. Dr. Merwe Carstens, stellvertretende Vorsitzende des HPVSH e.V.
3. Carola Neugebahren, stellvertretende Vorsitzende des HPVSH e.V.

Fachliche und rechtliche Bezugstexte:

- DGP: Palliativversorgung in allen Bereichen der stationären Patientenversorgung von Erwachsenen notwendig, 22.05.2023
- DGP/DHPV: Palliativversorgung im Krankenhaus, 02.09.2015
- § 28 NKHG Niedersachsen
- § 3 Abs. 2 und § 8 Abs. 1 KHGG NRW; § 25 Abs. 6 SächsKHG
- SGB V §§ 39, 39a, 39d, 90a, 132g sowie Anlage 1 zu § 135e