

Mitteilung des Senats vom 27. November 2012**Bedarfsgerechte Versorgung mit Palliativ- und Hospizplätzen im Land Bremen sicherstellen**

Die Bürgerschaft (Landtag) hat am 21. März 2012 beschlossen:

- „1. Die Bürgerschaft (Landtag) fordert den Senat auf, der Bürgerschaft (Landtag) bis zum 1. Dezember 2012 ein Konzept für die Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizversorgung im Land Bremen zur Beratung und Beschlussfassung vorzulegen. Dabei sind die Kranken- und Pflegekassen als die entscheidenden Kostenträger sowie die bisher beteiligten und erfahrenen Akteurinnen und Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung einzubeziehen.
2. Das Konzept sollte dabei, ausgehend vom demografischen Wandel, folgende Aspekte berücksichtigen:
 - Unterstützung der meist im psychosozialen Bereich geleisteten ehrenamtlichen Arbeit in der Hospizbewegung durch die Förderung von Qualifizierung und Supervision der Freiwilligen.
 - Sicherstellung der Fort- und Weiterbildung von Pflegepersonal in der Palliativmedizin und Hospizarbeit.
 - Verbesserung der palliativmedizinischen und psychosozialen Betreuung von älteren und behinderten Menschen in den Pflegeeinrichtungen.
 - Förderung der Zugangsmöglichkeit für Menschen mit Migrationshintergrund, auch ohne deutsche Sprachkenntnisse, und Berücksichtigung des speziellen Unterstützungsbedarfs bei der ambulanten und stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen.
 - Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den verschiedenen Palliativdienstleistern.
 - Zusammenarbeit mit den beteiligten Berufsverbänden zur palliativmedizinischen Weiterbildung, insbesondere der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner.
 - Insbesondere ist zu prüfen, wie – speziell für Bremerhaven und Bremen-Nord – eine bedarfsgerechte Versorgung mit Palliativ- und Hospizplätzen zu realisieren ist.“

Der Senat hat am 27. März 2012 Kenntnis genommen und den Beschluss der Bürgerschaft (Landtag) an die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen und die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit zur weiteren Veranlassung und Vorlage des erbetenen Konzepts bis zum 27. November 2012 überwiesen.

Der Senat legt der Bürgerschaft (Landtag) das folgende Konzept zur Beratung vor:

Bedarfsgerechte Versorgung mit Palliativ- und Hospizplätzen

1. Grundlagen

Der Auftrag der Bürgerschaft (Landtag), Grundlagen für die Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizversorgung im Land Bremen zu benennen und zu schaffen, lässt sich nur im Zusammenwirken, aller relevanten Akteure umsetzen.

Es besteht keine gesetzliche Grundlage und keine Handlungsmöglichkeit für eine behördliche Angebotsplanung und -umsetzung. Die Zuständigkeit der Senatsverwaltung ist eine begleitende und ordnungsrechtliche. Sie beinhaltet kein Weisungsrecht, mit dem Angebote nach Plan geschaffen werden. Der Hospiz- und Palliativbereich ist hierin analog zum Pflegebereich nach dem SGB XI verfasst, in dem der Wettbewerb von Anbietern vorherrscht.

In allen vier Teilbereichen der stationären und ambulanten Hospizversorgung und Palliativversorgung gilt eine Selbstverwaltung, in der sich Anbieter finden sollen, die sich mit den Kostenträgern, den Krankenkassen, einigen. Das Nähere wurde in Gesetzen und Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene geregelt.

Anlass für den Bürgerschaftsbeschluss waren Hinweise und Klagen von Betroffenen, Trägern und Verbänden über die aktuelle Lage der Hospiz- und Palliativversorgung in Bremen und die fehlende Gesamtbetrachtung des Ist-Bestands der Versorgung.

Grundlage für die Beratungen mit den Akteuren über Verbesserungen in der Versorgung ist die Leitfrage: Wie muss eine bedarfsgerechte Hospiz- und Palliativversorgung für Bremen und Bremerhaven aussehen, und wie kann sie realisiert werden?

2. Der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung

Die Bürgerschaft (Landtag) hat den Bremer Senat aufgefordert, ihr bis zum 1. Dezember 2012 ein Konzept für die Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizversorgung im Land Bremen zur Beratung und Beschlussfassung vorzulegen. Hierzu wurde ein „Runder Tisch Hospiz- und Palliativversorgung“ (RTHP) einberufen. Gemäß dem Beschluss der Bürgerschaft (Landtag) sind in die Beratungen und Beschlussfassungen des RTHP die Kranken- und Pflegekassen als die entscheidenden Kostenträger sowie die bisher beteiligten und erfahrenen Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung einbezogen worden.

Der Kreis der Teilnehmerinnen/Teilnehmer des RTHP setzt sich zusammen aus

- den senatorischen Dienststellen Soziales und Gesundheit als Koordinatoren,
- dem Magistrat der Stadt Bremerhaven,
- Vertreterinnen/Vertreter der Träger von Hospiz- und Palliativversorgung (Krankenhäuser und Hospize),
- Vertreterinnen/Vertreter aller Betroffenen (Patientenfürsprecher, Fördervereine, Bremer Seniorenvertretung, Pflegefachkräfte, Petent),
- Vertreterinnen/Vertreter der beteiligten Institutionen und Berufsverbände (Ärztammer, Hospiz- und Palliativverband, Migrations- und Integrationsbeauftragte, Kirchen etc.),
- Vertreterinnen/Vertreter der Kranken- und Pflegekassen.

In der ersten Sitzung des RTHP wurden Arbeitsschritte beschlossen, die im Plenum oder von Arbeitsgruppen zu erledigen sind.

- a) Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Versorgung im Land Bremen,
- b) Feststellung der Probleme,
- c) Bedarfserfassung,
- d) Problematisierung der Versorgungssituation, Schnittstellen, Entscheidungswege,
- e) Problemlösungswege.

Die teilnehmenden Organisationen haben in schriftlichen Stellungnahmen Sachstandsbeschreibungen, Positionen und Problemmeldungen abgegeben. Der RTHP bildete zuerst eine Arbeitsgruppe, die sich mit den Punkten a) und b) befasst hat und mit einem Bericht Basisinformationen zur Verfügung gestellt hat. Aus diesen lassen sich die Themen weiterführender Arbeitsgruppen, Plenumsitzungen und Veranstaltungen ableiten.

Der RTHP hat sich bisher dreimal getroffen. Daneben wurden von den senatorischen Behörden weitere Gespräche auch mit Akteuren außerhalb des RTHP geführt, z. B. mit Vertreterinnen/Vertretern von Verbänden, Wissenschaft und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, den RTHP nach der Berichterstattung des Senats an die Bürgerschaft (Landtag) beizubehalten. Der RTHP will sich über die nächsten Jahre weiter treffen. Zur Erfassung von situativen Veränderungen soll er mindestens einmal jährlich, bei Bedarf auch mehrfach zusammenkommen. Auf problematische Entwicklungen in der Hospiz- und Palliativversorgung soll auch in Zukunft möglichst schnell und nachhaltig zum Wohl der betroffenen Menschen reagiert werden.

Dabei ist Konsens, dass es keine Bedarfsplanung nach Rechenverfahren oder Faustregeln geben kann. Stattdessen hat sich der RTHP die Aufgabe gestellt, zu beobachten, wie sich Angebot und Nachfrage zueinander verhalten. Da auch weiterhin neue Angebote auf die Versorgungslage einwirken werden, wie z. B. ein geplantes neues stationäres Hospiz und zusätzliche Plätze der stationären Palliativversorgung in Krankenhäusern, gilt es, deren Wirkung auf Wartelisten und -zeiten zu erfassen und Übergänge an den Schnittstellen zu beobachten. Als nächste Aufgabe soll dazu 2013 ein standardisiertes Meldeverfahren vom RTHP entwickelt und mit den Akteuren abgestimmt werden. Hospize und Palliativstationen sollten sich selbst verpflichten, die bei ihr sichtbar werdende Nachfrage nach einem standardisierten Verfahren zu dokumentieren und in geeigneter Form zunächst der Fachöffentlichkeit zur Problemerkörterung (z. B. RTHP) zugänglich zu machen.

Neben Fragen der Gesamtversorgung werden Schnittstellenprobleme und Einzelaspekte, wie z. B. Entscheidungswege oder der Zugang von Migrantinnen/Migranten, vom RTHP bearbeitet. Ab dem Jahr 2013 ändert der RTHP grundsätzlich sein Vorgehen. Nachdem sich der RTHP in seinen bisherigen Sitzungen und Treffen vorrangig mit Fragen von Bedarf und Versorgung beschäftigt hat, sollen in den folgenden Sitzungen auch mit Schwerpunktsetzungen die Einzelaspekte vertieft werden.

3. Zum erreichten Stand der Hospiz- und Palliativversorgung

3.1 Quantitative Entwicklung, Angebote und Versorgungslage

In den letzten Jahren hat es Verbesserungen in der Hospiz- und Palliativversorgung in und um Bremen gegeben und es wird weitere Verbesserungen geben.

- Bestand und Ausbau der palliativstationären Versorgung in Krankenhäusern:
Erweiterung um vier Betten in 2014 am Klinikum Links der Weser, gleichbleibend im Diakonissenhaus und im St.-Josef-Hospital in Bremerhaven.
- Ausbau der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV):
In Bremen-Stadt und in Bremerhaven seit 2012 flächendeckend, aber bezüglich der Versorgung in Heimen wird Verbesserungsbedarf gesehen.
- Bestand und Ausbau der stationären Hospizversorgung:
Stationäres hospiz:brücke in Bremen-Walle mit acht Plätzen, die Einrichtung eines weiteren stationären Hospizes in Bremen-Nord ist für 2013 vorgesehen, aber weiterhin kein eigenes stationäres Hospiz für Bremerhaven und Umland. In Hannover, Oldenburg und Ostfriesland ist die quantitative Versorgung höher als in Bremen.
- Das neue Hospiz der Inneren Mission in Ganderkesee-Falkenburg ist in die Betrachtung von Bremen und Umland einzubeziehen. Es ist fraglich, ob es durch Hospizplätze dort zu einer wesentlichen Verbesserung der Situation in Bremen kommen kann.

- Bestand der ambulanten Hospizversorgung:

Im Land Bremen gibt es sieben Hospizdienste für Erwachsene und drei Kinderhospizdienste (jeweils auch in Bremerhaven und in Bremen-Nord vertreten). Insgesamt sind etwa 235 Ehrenamtliche einsatzbereit und begleiten ca. 400 Sterbende im Jahr.

Dieser verbesserte Stand schließt nicht aus, dass sich in der persönlichen Betroffenheit die Versorgungslage dennoch als unzureichend erweisen kann. Für das stationäre Hospiz und die Palliativstationen haben sich Wartelisten und Wartezeiten ergeben. Da aber ein Hospizplatz nicht sofort wieder belegt werden kann, gibt es mehr Tage der Nichtbelegung und damit eine niedrigere Auslastung trotz Warteliste. Nach Angaben des Hospiz- und Palliativ Verbandes Bremen e. V., der die Funktion einer Landesarbeitsgemeinschaft erfüllt, sterben ca. 45 % der Aufnahmeberechtigten, während sie auf einen Hospizplatz warten. In Bremen werden jährlich ca. 130 bis 140 Menschen stationär hospizlich versorgt. Bei etwa 120 Personen jährlich kann trotz Anfrage keine Aufnahme erfolgen. Durch die Petition und die öffentlichen Stellungnahmen von Mark Castens sind die Probleme, die sich aus der Wartezeit oder Schnittstellenproblemen ergeben können, einer breiten Öffentlichkeit deutlich geworden.

Krankenkassen, Kliniken, Hospize und Palliativstationen sollten sowohl die bestehenden Angebote als auch die bei ihnen sichtbar werdende Nachfrage in einem standardisierten Verfahren dokumentieren und in geeigneter Form öffentlich machen. Der RTHP hat das Ziel, ein solches Verfahren zu entwickeln und mit den Akteuren abzustimmen.

3.2 Bedarfsplanung

Zielzahlen, Berechnungsverfahren und Faustformeln sollten nicht weiter verfolgt werden. In Fachkreisen wie in der Öffentlichkeit kursierende Zielzahlen sind nicht evidenzbasiert, sondern beruhen auf Schätzungen. Die Wechselwirkungen zwischen den ambulanten und stationären Bereichen sowie zwischen Hospiz- und Palliativversorgung können mit Rechenverfahren und Faustformeln nicht erfasst werden. Auch der deutsche Palliativ- und Hospizverband konnte bislang keine validen Anhaltszahlen erheben.

Es besteht im RTHP Konsens dazu, zwar den Status Quo festzustellen, aber kein bremisches Rechenmodell zur weiteren Gestaltung der Hospiz- und Palliativversorgung heranzuziehen. Die verschiedenen Berechnungsverfahren und die Interpretation ihrer Anwendung auf Bremen, Bremerhaven und Umland werden daher an dieser Stelle nicht ausgeführt.

Ein Forschungsvorhaben wird in diesem Zusammenhang als nicht sinnvoll erachtet, da aufgrund fehlender „objektiver“ Kriterien und Bedarfszahlen keine neuen Erkenntnisse für Bremen zu erwarten sind.

Stattdessen wird auf die lokalen Erfahrungen und die Beobachtung und Gestaltung von Wechselwirkungen der Versorgungsbereiche verwiesen. Zukünftige Verbesserungen in der Versorgungslage in Bremen sollten somit nicht anhand von Faustformeln, sondern in ihren Auswirkungen auf Wartezeiten und -listen betrachtet und bewertet werden. Im zeitlichen Verlauf lassen sich so Ausgleiche zwischen Angebot und Nachfrage feststellen. Auf ein praxisorientiertes Verhältnis zwischen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen ist zu achten.

3.3 Qualitative Entwicklung

Der Fokus soll nicht auf einer nur quantitativ ausreichenden Versorgung liegen – wobei kaum gefasst werden kann, was ausreichend ist. Die qualitativen Aspekte, nicht nur bei der Versorgung selbst, sondern auch an Schnittstellen und Entscheidungswegen, sind zu beachten. Die Versorgung im Land Bremen hat sich insgesamt in den letzten Jahren positiv entwickelt, könnte aber insbesondere durch eine verbesserte Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Akteure noch verbessert werden. Der RTHP hat sich dies zur Aufgabe gemacht.

Die Unterstützung der ehrenamtlichen Arbeit in der Hospizbewegung durch die Förderung von Qualifizierung und Supervision der Freiwilligen wird über den Hospiz- und Palliativverband Bremen e. V. geleistet. Für die in der ambulanten Hospizversorgung tätigen Vereine ist dafür die Finanzierung durch die Krankenkassen maßgeblich. Sie werden finanziert auf der Grundlage des § 39 a

SGB V mit einer Komplementärförderung der Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen. Die Fort- und Weiterbildung von ehren- und hauptamtlichen Kräften in der Palliativmedizin und Hospizarbeit bleibt weiterhin eine kontinuierliche Aufgabe. Fort- und Weiterbildungen in den vier Bereichen der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativarbeit werden vom RTHP aufgegriffen und auch in Gesprächen zwischen den betreffenden Akteuren behandelt.

Daneben wird angestrebt, Fort- und Weiterbildung zu Fragen der Hospiz- und Palliativversorgung auch über den Hospiz- und Palliativbereich hinaus auszuweiten, d. h. für das Pflegepersonal und gegebenenfalls auch für Ehrenamtliche von anderen Pflegeeinrichtungen, anzubieten. Aspekte einer Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen sind bisher durch die Fokussierung auf Krankenhäuser, Hospize und häusliche Situationen in der Betrachtung zu kurz gekommen. Altenpflegeheime werden durch späten Heimeintritt und kurze Aufenthaltsdauer der Bewohnerinnen/Bewohner zunehmend zum Sterbeort. Hier besteht eine Ambivalenz zum gewollten Normalitätsprinzip, zum Charakter der Pflegeheime als akzeptierter und sozialräumlich integrierter Lebensort.

3.4 Migrationshintergrund und kulturelle/spirituelle Aspekte

Unterschiedliche kulturelle Hintergründe bringen unterschiedliche Sicht- und Umgangsweisen bezüglich Krankheit, Sterben und Tod mit sich. Somit ist keine pauschale Betrachtung möglich. In jedem Fall sollen Informationen über die bestehenden Angebote in geeigneter Weise den Migrantinnen/Migranten zur Verfügung gestellt werden und nach Möglichkeit Zugänge eröffnet werden. Es wurden bisher keine systemischen Probleme bei der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund identifiziert, die zu einem pauschalen Ausschluss dieser Bevölkerungsgruppe führen könnten. Hier gilt es, noch mehr als in den vergleichsweise niedrigschwelligeren Versorgungsstrukturen der Altenhilfe und Pflege, über Angebote zu informieren. Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung z. B. und auch Sterbebegleitung ganz allgemein liegen laut Erfahrung von Akteuren der Migrationsarbeit außerhalb jeglicher Erwartungshaltung bei Teilen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund.

Für die gesamte Bevölkerung gilt, dass kulturelle und spirituelle Aspekte zu beachten sind. Kirchliche Seelsorge und die Begleitung Schwerstkranker, Sterbender und Trauernder finden in stationären Einrichtungen, an den dezentralen Standorten der Gemeinden und als Teil der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung statt. Dazu gehört auch die Kompetenzentwicklung und Begleitung der Haupt- und Ehrenamtlichen in diesem Arbeitsfeld.

4. **Künftige Handlungsschwerpunkte der Behörden, Leistungserbringer und Kostenträger**

Aus den Stellungnahmen, Diskussionen beim RTHP und anderen Gesprächen ergeben sich Handlungsschwerpunkte bezüglich der Verbesserungen in der Hospiz- und Palliativversorgung. Insbesondere sind dies die Prüfung von

- Schnittstellen und Strukturen zwischen den Einrichtungen,
- Wartezeiten und Wartelisten (als indirekte Indikatoren für den Versorgungsbedarf),
- Bearbeitungszeiten und Bearbeitungsaufwand bei Kostenträgern,
- Etablierung einer pädiatrischen Palliativmedizin und verstärkte Kooperation mit den Kinderhospizen/Kinderhospizdiensten und der Umsetzung der Vorgaben der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV),
- erneute Prüfung der Notwendigkeit und Realisierbarkeit einer stationären Hospizversorgung in Bremerhaven, unter Einbezug des Umlands,
- Pflegeheime:
 - a) Hausärztliche Versorgung: Hier besteht nach dem SGB V die Option von Hausärzten. In Bremen wurden in 2012 für zwei Standorte Verträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen. Erste Ergebnisse sind abzuwarten.

- b) Der Einsatz von Sterbebegleitung sowie Allgemeiner Ambulanter Palliativversorgung (AAPV) und Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV) ist grundsätzlich auch in Heimen möglich und sinnvoll.
- c) Optimierung im Bereich der Aus, Fort- und Weiterbildung beim Personal.