

**Antwort des Senats**

„Hat sich die Sterbebegleitung für stationär versorgte pflegebedürftige Menschen in Bremen seit Einführung des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) verbessert?“

**Antwort des Senats  
auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU vom 30.08.2022**

Die Fraktion der CDU hat folgende Kleine Anfrage an den Senat gerichtet:

„Mit der Einführung des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz, HPG) im Dezember 2015, ist die Sterbebegleitung gesetzlicher Bestandteil der stationären Pflege und des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) geworden. Pflegeheime stehen zudem in der Pflicht, öffentlich über ihre Kooperationen mit Hospiz- und Palliativangeboten zu informieren.

Während viele Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen in ihrem letzten Lebensabschnitt durch Familie, Freunde und auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegeeinrichtungen liebevoll begleitet werden, gibt es doch auch eine erhebliche Zahl von Menschen, die ihre letzte Reise - oftmals ungewollt - allein bewältigen müssen. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass die Zahl der Menschen ohne Angehörige (vor Ort) in naher Zukunft noch erheblich zunehmen wird. Dabei geht es nicht nur um die letzten Stunden im Leben eines Menschen, sondern bereits um ein Kennenlernen und Begleiten in frühen Tagen der letzten Lebensphase, in denen ein Kennenlernen und Vertrauen fassen noch gut möglich sind. Nur so kann es der begleiteten Person vielleicht noch ermöglicht werden, letzte Dinge zu klären und möglicherweise lebenslang unausgesprochene Fragen zu stellen und bei Bedarf verdrängtes Erlebtes in Worte zu fassen.

Ein Wechsel in ein Hospiz ist für Menschen, die bereits anderweitig stationär betreut werden, nicht mehr möglich und insofern sind sie zwingend auf gute Begleitung und Betreuung in ihrer Einrichtung angewiesen. Es ist eben nicht egal, ob jemand allein stirbt oder ob er oder sie liebevoll begleitet wird. Sterbende Menschen können ihre Stimme aber nur noch selten selbst erheben und sind überwiegend auf tragende, auch sorgende und Verantwortung übernehmende Rahmenbedingungen angewiesen.

Die Inanspruchnahme praktizierter Sterbebegleitung kann natürlich niemandem gesetzlich vorgeschrieben werden, aber es ist gesetzlich verpflichtend, Bewohner und Bewohnerinnen von Langzeitpflegeeinrichtungen frühzeitig über ihre Rechte aufzuklären und ein solches Gesprächsangebot möglichst auch mehrfach zu unterbreiten. Die damit verbundenen wenigen Vorgänge sollten stets dokumentiert werden. Es ist keineswegs ausreichend, darauf zu verweisen, dass pflegbedürftige Bewohner oder Bewohnerinnen doch selbst aktiv nach einer (Sterbe)begleitung fragen könnten, um dann entsprechende Schritte einzuleiten. In diesem Sinne obliegt es letztlich auch der Wohn- und Betreuungsaufsicht als der aufsichtführenden Behörde, die Umsetzung von angemessener Sterbebegleitung in der stationären Pflege regelmäßig in den Blick zu nehmen. Diese Kontrolle sollte auch nicht nur darauf beschränkt sein festzustellen, ob eine Einrichtung tatsächlich einen Kooperationsvertrag mit einem ambulanten Hospizdienst geschlossen hat. Es muss vielmehr darauf geachtet werden, ob die Kooperation auch mit Leben gefüllt wird. Sollte sich hier zeigen, dass es keine praktische Umsetzung des

Vertrages gibt, muss geklärt werden, ob, wie und durch wen pflegebedürftige Menschen in ihrer letzten Lebensphase in der betreffenden Einrichtung begleitet werden.

Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels können gelebte Kooperationen mit Hospizdiensten für zeitlich stark gefordertes Pflegepersonal eine große Entlastung und für Bewohner und Bewohnerinnen von stationären Einrichtungen in ihrer letzten Lebensphase ein großer Gewinn sein. Herauszufinden, wie die gelebte Praxis in stationären Einrichtungen mit Blick auf eine gute Sterbekultur und –begleitung ist, ist das Anliegen dieser Kleinen Anfrage.

### **Wir fragen den Senat:**

1. Wie hat sich die Inanspruchnahme der Beratung zur Palliativ- und Hospizbegleitung durch Pflegebedürftige in den letzten vier Jahren entwickelt? Bitte getrennt nach häuslicher und in stationärer Versorgung angeben.
2. Ist die Nutzung dieses Angebots in der stationären Pflege nach wie vor geringer als in der häuslichen Pflege und wenn ja, worauf ist das zurückzuführen? Gibt es einrichtungsbezogene Unterschiede? Wie sieht die Nutzung in anderen Kommunen und Bundesländern aus?
3. Wie hat sich die Anzahl der Vertragsabschlüsse für eine gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V durch Pflegeeinrichtungen in den letzten vier Jahren entwickelt?
4. Wie viele Pflegeheime haben in den letzten vier Jahren mit niedergelassenen Ärzten einen Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V geschlossen und inwiefern konnte dadurch die ärztliche Begleitung in einer Einrichtung besser koordiniert und gewährleistet werden?
5. Wie hat sich die Inanspruchnahme der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in stationären Pflegeeinrichtungen in den letzten vier Jahren entwickelt?
6. Gibt es Hinweise darauf, dass diese Inanspruchnahme während der Corona-Pandemie gesunken ist? Wenn ja, benennen sie bitte die Gründe und beschreiben Sie die möglichen Folgen für die Bewohner und Bewohnerinnen.
7. Wie hat sich die Kultur der Sterbebegleitung in der Kurzzeitpflege in den letzten vier Jahren entwickelt? Gibt es auch in diesen Einrichtungen Kooperationen mit ambulanten Hospizdiensten?
8. Haben alle stationären Pflegeeinrichtungen aktuell einen Kooperationsvertrag mit ambulanten Hospizdiensten geschlossen, sowie es im Wohn- und Betreuungsgesetz seit Dezember 2017 verpflichtend vorgeschrieben ist? Machen alle Einrichtungen diese Kooperation im Sinne des Hospiz- und Palliativgesetzes ausreichend öffentlich transparent?
9. Wird in den Einrichtungen schriftlich dokumentiert, wann und wie oft beratende Gespräche mit den Bewohnern und Bewohnerinnen über das Thema Sterbebegleitung mit welchem Ergebnis geführt wurden?
10. Wenn stationäre Einrichtungen eingestreute Plätze für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stellen, wird dann auch den in die Kurzzeitpflege aufgenommenen Menschen zumindest bei offensichtlich schlechtem Gesundheitszustand und fehlender sozialer Einbindung frühzeitig das Angebot für eine Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst gemacht? Wenn nein, wie wird dann für angemessene, bedarfsgerechte Begleitung gesorgt?

11. Bitte listen Sie auf, welche Pflegeheime mit welchen Hospizdiensten kooperieren und stellen Sie dar, welche dieser Kooperationsverträge tatsächlich zu weiteren Kontakten und/oder zu längerfristigen Begleitungen in der jeweiligen Einrichtung führen.
12. Wie und durch wen wird - wenn die Kooperation einer Einrichtung mit einem Hospizdienst nur auf dem Papier besteht - nachweislich und transparent gewährleistet, dass der gesetzliche Anspruch auf angemessene Sterbebegleitung für Menschen in stationärer Pflege trotzdem erfüllt wird?“

**Der Senat beantwortet die Kleine Anfrage der CDU wie folgt:**

- 1. Wie hat sich die Inanspruchnahme der Beratung zur Palliativ- und Hospizbegleitung durch Pflegebedürftige in den letzten vier Jahren entwickelt? Bitte getrennt nach häuslicher und in stationärer Versorgung angeben.**

Das Hospiz- und Palliativgesetz, welches seit dem 08.12.2015 in Kraft ist, stärkt die Hospizkultur und Palliativversorgung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen: Sterbebegleitung wurde ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der Pflegeversicherung, vergleiche § 28 Abs. 4 SGB XI. Danach schließt Pflege die Sterbebegleitung ein.

Nach § 15 Abs. 4 BremWoBeG hat der Leistungsanbieter Vorkehrungen für die Wahrung der Selbstbestimmung bei zunehmendem Unterstützungsbedarf der Nutzerinnen und Nutzer in krankheitsbedingten Krisensituationen und im Sterben zu treffen sowie ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Zu diesem Zweck soll er die Nutzerinnen und Nutzer beraten, die Vernetzung mit ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten nutzen und deren Tätigwerden in dem Wohn- und Unterstützungsangebot ermöglichen.

Darüber hinaus können stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 132g SGB V ihren Bewohner:innen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Danach sollen Versicherte über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Dieses Angebot ist für die Bewohner:innen freiwillig. Wenn sie es annehmen, wird in einer Fallbesprechung nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen. Dabei werden mögliche Notfallsituationen besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativmedizinischen, palliativpflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt. Die Fallbesprechung kann bei wesentlicher Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden.

Über die tatsächliche Inanspruchnahme der Beratung zur Palliativ- und Hospizbegleitung in häuslicher und stationärer Versorgung liegen dem Senat keine Daten vor.

- 2. Ist die Nutzung dieses Angebots in der stationären Pflege nach wie vor geringer als in der häuslichen Pflege und wenn ja, worauf ist das zurückzuführen? Gibt es einrichtungsbezogene Unterschiede? Wie sieht die Nutzung in anderen Kommunen und Bundesländern aus?**

Siehe Antwort zu Frage 1. Aussagen zur Inanspruchnahme im häuslichen Bereich können nicht getroffen werden. Zudem besteht im häuslichen Bereich kein Anspruch auf gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V.

Erkenntnisse über die Inanspruchnahme in anderen Ländern und Kommunen liegen dem Senat nicht vor.

### **3. Wie hat sich die Anzahl der Vertragsabschlüsse für eine gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V durch Pflegeeinrichtungen in den letzten vier Jahren entwickelt?**

Das Hospiz- und Palliativgesetz ermöglicht durch den § 132 g SGB V die gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase (GVP). Hierzu haben die Verbände der Leistungserbringer mit den Krankenkassenverbänden im Land Bremen eine Vergütungsvereinbarung abgeschlossen (gilt seit dem 5. November 2019), die neben der Vergütung (monatliche Bewohnerpauschalen) auch die Qualifikation der dafür einzusetzenden Berater:innen festgelegt hat.

Die Gesprächsbegleitung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung ist freiwillig. Die Einrichtungen sind nicht verpflichtet, den Bewohner:innen ein solches Beratungsangebot zu unterbreiten. Die Bewohner:innen sind auch nicht verpflichtet, ein Gesprächsangebot anzunehmen und sie sollen dazu auch nicht unter Druck gesetzt werden. Im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung sollen Patient:innen Gespräche von qualifizierten Gesprächsbegleiter:innen angeboten werden, in denen ihre individuellen Vorstellungen über medizinisch-pflegerische Abläufe, über Intensität und Grenzen bei medizinischen Interventionen, z.B. Ablehnung von Reanimation und/oder künstlicher Ernährung, sowie über palliativmedizinische und palliativpflegerische Maßnahmen, z.B. aromatherapeutische Maßnahmen oder spirituelle Begleitung, in der letzten Lebensphase ermittelt und in einem umfassenden Dokument wie in einer Patientenverfügung festgehalten werden.

Die Möglichkeit, einer Vereinbarung zur Durchführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung beizutreten, haben nach Angaben der Krankenkassen bisher nur wenige Einrichtungen in Anspruch genommen. Der erste Beitritt erfolgte am 01.08.2019, in 2021 hatten acht Einrichtungen und in 2022 16 Einrichtungen die Voraussetzungen erfüllt und sind der Vereinbarung beigetreten, davon eine Einrichtung der Eingliederungshilfe.

Um die Inanspruchnahme zu befördern, wurde Ende 2021 im Runden Tisch Hospiz-Palliativ (RTHP) vereinbart, zum Thema der Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V durch das Advance Care Planning / ACP bzw. Behandlung im Voraus planen / BVP Empfehlungen zu entwickeln. Der Kreis der Teilnehmer:innen des RTHP setzt sich zusammen aus

- den senatorischen Dienststellen Soziales und Gesundheit und dem Hospiz- und Palliativverband als Koordinatoren,
- Vertreter:innen der Träger von Hospiz- und Palliativversorgung (Krankenhäuser und Hospize),
- Vertreter:innen aller Betroffenen (Patientenfürsprecher, Fördervereine, Bremer Seniorenvertretung, Pflegefachkräfte),
- Vertreter:innen der beteiligten Institutionen und Berufsverbände (Krankenhausgesellschaft, Hausärzterverband, Kirchen, Amt für Soziale Dienste, Aus-, Fort- und Weiterbildungsträger, Hochschule Bremen, etc.),
- Vertreter:innen der Kranken- und Pflegekassen.

Mit diesen Empfehlungen will der RTHP Anregungen für die erfolgreiche Umsetzung einer gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V geben, um die würdevolle Begleitung, Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase zu fördern und die Einrichtungen zu ermutigen, eine Vereinbarung mit den Krankenkassen abzuschließen.

### **4. Wie viele Pflegeheime haben in den letzten vier Jahren mit niedergelassenen Ärzten einen Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V geschlossen und inwiefern konnte dadurch die ärztliche Begleitung in einer Einrichtung besser koordiniert und gewährleistet werden?**

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen haben seit dem 01.01.2018 64 Pflegeeinrichtungen in Bremen und 12 Pflegeeinrichtungen in Bremerhaven einen Kooperationsvertrag gemäß § 119 b SGB V mit vertragsärztlichen Praxen in Bremen und Bremerhaven abgeschlossen. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen genehmigt lediglich die Kooperationsverträge und ist kein Vertragspartner. Insofern kann sie auch keine Auskunft darüber geben, inwiefern durch die Kooperationspraxen ärztliche Sterbebegleitung in den stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt wird.

**5. Wie hat sich die Inanspruchnahme der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in stationären Pflegeeinrichtungen in den letzten vier Jahren entwickelt?**

Patient:innen, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist (Indikation), haben seit 2007 nach § 37b SGB V Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).

Nach Angaben des Ambulanten Palliativdienstes Bremen haben sich die strukturellen Voraussetzungen eines SAPV Angebots nicht geändert, dieses steht den Pflegeheimen weiterhin zur Verfügung. Die Vergütung erfolgt ausschließlich über die Krankenversicherung.

Aktuell besteht in der Stadtgemeinde Bremen eine Kapazität für zeitgleiche Versorgung von 30 Patient:innen im Rahmen der SAPV (2016: 20-24). In 2021 wurden 416 Patient:innen (2015: 337) durch die SAPV ambulant betreut, weitere 226 Patient:innen (2015: 255) stationär in Hospizen.

Nach Angaben des Palliativverein Bremerhaven e.V. können in Bremerhaven seit Jahren zeitgleich 15-20, temporär auch bis zu 30 Patient:innen im Rahmen der SAPV versorgt werden.

Die Angaben für Bremen und Bremerhaven sind aufgrund der unterschiedlichen Versorgungssysteme nicht mit anderen Ländern vergleichbar. Das Angebot wird perspektivisch als noch nicht ausreichend bewertet, da es Wartezeiten gibt. Ein weiterer Ausbau durch Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner wird weiter erforderlich sein, um eine Versorgung in Pflegeheimen und in der ambulanten Versorgung umfassend sicherstellen zu können.

**6. Gibt es Hinweise darauf, dass diese Inanspruchnahme während der Corona-Pandemie gesunken ist? Wenn ja, benennen Sie bitte die Gründe und beschreiben Sie die möglichen Folgen für die Bewohner und Bewohnerinnen.**

Nach Angaben des Ambulanten Palliativdienstes Bremen ist die Inanspruchnahme von SAPV während der Corona-Pandemie gesunken. Mögliche Gründe sind fehlende Indikationsstellungen durch Ärzte:innen, die Gründe dafür sind nicht bekannt. Die mutmaßlichen Folgen wären:

- häufigere Inanspruchnahme eines Notdienstsystems,
- eine Unterversorgung aufgrund fehlender SAPV,
- eine Verlegung in ein Krankenhaus aufgrund fehlender SAPV.

Nach Angaben des Palliativverein Bremerhaven e.V. war die Nachfrage und die Inanspruchnahme von SAPV während der Corona-Pandemie angestiegen. Ein wesentlicher Grund war der Wunsch, statt in einem Krankenhaus versorgt zu werden, zu Hause bleiben zu können.

**7. Wie hat sich die Kultur der Sterbebegleitung in der Kurzzeitpflege in den letzten vier Jahren entwickelt? Gibt es auch in diesen Einrichtungen Kooperationen mit ambulanten Hospizdiensten?**

Grundsätzlich ist die Sterbebegleitung auch in einer solitären Kurzzeitpflege Bestandteil der pflegerischen Tätigkeit, vergleiche § 28 Abs. 4 SGB XI. Der Leistungsanbieter hat auch dort Vorkehrungen für die Wahrung der Selbstbestimmung bei zunehmendem Unterstützungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner im Sterben zu treffen sowie ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Allerdings ist das Ziel einer solitären Kurzzeitpflege, Menschen zu befähigen wieder selbstbestimmt in ihrer eigenen Wohnung zu leben. Auch die Aufenthaltsdauer beträgt i.d.R. nur zwei bis vier Wochen. Diesem Charakter ist es geschuldet, dass die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V zwar von den Krankenkassen in stationären Pflegeeinrichtungen finanziert wird, die nach § 43 SGB XI zugelassen sind, jedoch nicht in Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die ein Angebot nach § 42 SGB XI sind.

Auch § 15 (4) BremWoBeG gilt nicht für die Kurzzeitpflege als Gasteinrichtung nach § 5 Abs. 2 Nr. 4 BremWoBeG, vergleiche Antwort zu Frage 8.

**8. Haben alle stationären Pflegeeinrichtungen aktuell einen Kooperationsvertrag mit ambulanten Hospizdiensten geschlossen, so wie es im Wohn- und Betreuungsgesetz seit Dezember 2017 verpflichtend vorgeschrieben ist? Machen alle Einrichtungen diese Kooperation im Sinne des Hospiz- und Palliativgesetzes ausreichend öffentlich transparent?**

Im § 15 Abs. 4 BremWoBeG ist die Anforderung geregelt, dass der Leistungsanbieter Vorkehrungen für die Wahrung der Selbstbestimmung bei zunehmendem Unterstützungsbedarf der Nutzerinnen und Nutzer in krankheitsbedingten Krisensituationen und im Sterben treffen sowie ein Sterben in Würde ermöglichen soll. Zu diesem Zweck soll er die Nutzerinnen und Nutzer beraten, die Vernetzung mit ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten nutzen und deren Tätigwerden in dem Wohn- und Unterstützungsangebot ermöglichen – eine zwingende Verpflichtung ist dies jedoch nicht.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MD) ist beauftragt, entsprechend Punkt 6.2 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie (MD-QPR) die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen zu überprüfen, vergleiche hierzu die Antwort auf Frage 12. Im „6. Pflege – Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“, [Herausgeber: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen, Dezember 2020] der im Dezember 2020 veröffentlicht wurde, heißt es:

*„Im Vergleich zu den anderen einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekten zeigen sich bei zwei Qualitätskriterien des Qualitätsaspektes 6.2: - Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen - geringere Erfüllungsgrade, insbesondere bei folgenden Kriterien:*

- *Gibt es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und namentlich bekannte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für solche Einrichtungen? (86,3 Prozent erfüllt)*
- *Ist konzeptionell geregelt, dass Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind und jederzeit verfügbar sind? (90,2 Prozent erfüllt)“.*

Der Medizinische Dienst in Bremen geht aktuell davon aus, dass der Erfüllungsgrad dieser Punkte heute deutlich höher liegt als noch in den Anfängen der neuen stationären Qualitätsprüfungsrichtlinie, die erst seit November 2019 angewendet wurde. Weitaus mehr Pflegeeinrichtungen werden Konzepte für die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen vorlegen können und die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen geregelt haben. Allerdings gibt es noch keine validen Zahlen über die Zeiträume 2020 und 2021. Die Daten werden aktuell für die bundesweite Statistik ausgewertet. Diese Auswertung wird jedoch nur bedingt aussagefähig sein, da sie sich auf die Ergebnisse des eingeschränkten Prüfgeschehens des Medizinischen Dienstes innerhalb der Pandemie bezieht.

Aus der Praxis gibt es gute Beispiele für die Kooperation eines Leistungsanbieters mit ambulanten Hospizdiensten. So bestehen bereits seit Ende der 90er Jahre Kooperationen der Bremer Heimstiftung – einem Anbieter u.a. mit 12 vollstationären Pflegeeinrichtungen – mit dem Hospiz Horn e.V. und dem Hospiz-Nord e.V. Anlassbezogen und individuell wird Kontakt zu den Hospizdiensten hergestellt, wenn ein Wunsch nach hospizlicher Begleitung geäußert oder ersichtlich wird.

Die Bewohner: innen und deren Angehörige werden regelmäßig über die gelebte Hospiz- und Palliativkultur und deren Angebote bzw. Umsetzung informiert durch:

- Informationen zum Einzug (Brief „Letzte Dinge“),
- Flyer („Essen und Trinken am Lebensende“),
- Ethische Fallbesprechung,
- Infolyer mit Kontaktdaten der ambulanten Hospizdienste,
- Informationsabende durch die Einrichtungen - durch coronabedingte Kontakteinschränkungen waren Infoabende in den letzten Jahren jedoch schwer umsetzbar.

Insgesamt liegen dem Senat derzeit keine Daten darüber vor, ob alle stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit ambulanten Hospizdiensten besitzen.

**9. Wird in den Einrichtungen schriftlich dokumentiert, wann und wie oft beratende Gespräche mit den Bewohnern und Bewohnerinnen über das Thema Sterbebegleitung mit welchem Ergebnis geführt wurden?**

Grundsätzlich ist die Sterbebegleitung ein Bestandteil der pflegerischen Tätigkeit, vergleiche § 28 Abs. 4 SGB XI. Anmerkungen zur Sterbebegleitung werden deshalb im Rahmen der standardisierten Pflegedokumentation festgehalten.

Ausdrückliche beratende Gespräche werden im Rahmen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung nach §132g SGB V angeboten. Dort führt eine entsprechend geschulte Fachkraft die Gespräche durch und dokumentiert das Gespräch und die Ergebnisse der Fallbesprechung.

Im Übrigen wird auf die Antwort des Senats vom 11.04.2017 auf die Frage 5 der Kleinen Anfrage der CDU „Welche Fortschritte gibt es bei der stationären und ambulanten Hospizversorgung im Land Bremen?“ (Drs. 19/1025) verwiesen. Danach ist das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) seit dem 08.12.2015 in Kraft. Der Senat befürwortet die darin enthaltenen Vorgaben einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase. Die Umsetzung der Vorgaben ist eine Angelegenheit der Selbstverwaltung und unterliegt nicht dem Einfluss des Senats.

**10. Wenn stationäre Einrichtungen eingestrene Plätze für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stellen, wird dann auch den in die Kurzzeitpflege aufgenommenen Menschen zumindest bei offensichtlich schlechtem Gesundheitszustand und fehlender sozialer Einbindung frühzeitig das Angebot für eine Begleitung durch einen ambulanten**

## **Hospizdienst gemacht? Wenn nein, wie wird dann für angemessene, bedarfsge- rechte Begleitung gesorgt?**

Vergleiche Antwort zu Frage 7.

Im Übrigen gibt es hierüber keine verifizierten Erkenntnisse. Gleichwohl geht der Senat davon aus, dass die Pflegeeinrichtungen empathisch, qualitätsgerecht und zielorientiert mit den ihnen anvertrauten Menschen, die sich in der letzten Lebensphase befinden, umgehen und alle nur möglichen Hilfsangebote unterbreiten.

### **11. Bitte listen Sie auf, welche Pflegeheime mit welchen Hospizdiensten kooperieren und stellen Sie dar, welche dieser Kooperationsverträge tatsächlich zu weiteren Kontakten und/oder zu längerfristigen Begleitungen in der jeweiligen Einrichtung führen.**

Eine detaillierte Auflistung, welche Pflegeheime mit welchen Hospizdiensten kooperieren, kann aufgrund der gesetzten Frist nicht geleistet werden. Hierfür wäre eine umfassende Abfrage bei den stationären Pflegeeinrichtungen und den Hospizdiensten erforderlich. Ein Beispiel für die Kooperation von stationären Pflegeeinrichtungen mit den Hospizdiensten liefert die Bremer Heimstiftung. Dort bestehen Kooperationen aller Häuser mit dem Hospizverein Hospiz Horn e.V. oder dem Hospizverein Bremen-Nord e.V.

Der zweite Teil der Frage zur Wirkung der Kooperationen könnte nur durch eine qualitative wissenschaftliche Arbeit beantwortet werden.

Außerdem wird auf die Antwort zu Frage 12 verwiesen.

### **12. Wie und durch wen wird - wenn die Kooperation einer Einrichtung mit einem Hospizdienst nur auf dem Papier besteht - nachweislich und transparent gewährleistet, dass der gesetzliche Anspruch auf angemessene Sterbebegleitung für Menschen in stationärer Pflege trotzdem erfüllt wird?“**

Die Medizinischen Dienste prüfen gemäß der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 114 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen die einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in Bezug auf die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen dahingehend,

- ob ein schriftliches Konzept für die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen vorliegt,
- ob es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) gibt,
- ob die Einrichtung konzeptionell geregelt haben, dass die Wünsche der versorgten Person und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst werden und
- dass Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt jederzeit verfügbar sind.

Bei diesen Kriterien wird im Sinne einer Dokumentenprüfung bewertet, ob diese erfüllt (ja) oder nicht erfüllt sind (nein). Für die praktische Anwendung des vorliegenden Konzeptes ist nur die Kenntnisnahme der Konzepte und Regelungen durch die Mitarbeitenden prüfungsrelevant.

Dem Medizinischen Dienst liegen keine Beschwerden vor, die Defizite in der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen betreffen.

Zudem prüft die Bremische Wohn- und Betreuungsaufsicht, ob die dazugehörigen heimrechtlichen Anforderungen erfüllt sind, vergleiche die Antwort zu Frage 8.

**Beschlussempfehlung:**

Die Bremische Bürgerschaft (Landtag) nimmt Kenntnis.