

BREMISCHE BÜRGERSCHAFT
Landtag
19. Wahlperiode

Drucksache 19/654
(zu Drs. 19/430)
22.06.16

**Antwort des Senats auf die Große Anfrage der Fraktionen der SPD und Bündnis
90/Die Grünen**

Hospiz- und Palliativversorgung in Bremen

**Mitteilung des Senats
an die Bremische Bürgerschaft (Landtag)
vom 21. Juni 2016**

„Hospiz- und Palliativversorgung in Bremen“

(Große Anfrage der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN vom 13. Mai 2016
(Drs. 19/340)

Die Fraktionen der SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN haben folgende Große Anfrage an den Senat gerichtet:

„Die Hospiz- und Palliativversorgung im Land Bremen wird im Zuge der demografischen Entwicklung immer bedeutsamer. Sie ermöglicht vielen Menschen eine würdevolle Begleitung bis zum Lebensende, wobei die Lebensqualität im Vordergrund steht. Ohne das Engagement vieler Ehrenamtlicher im ambulanten und stationären Bereich des Hospiz- und Palliativwesens wäre eine gute Versorgung bis zum Lebensende nicht möglich. Deren Zahl hat sich im Zeitraum von 2003 bis 2015 verdoppelt.

Das Angebot der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativversorgung im Land Bremen konnte in der Vergangenheit erweitert und ausgebaut werden. So haben sich zusätzliche Angebote etablieren können, wie z. B. das des Lilje-Simon-Stifts in Bremen-Nord oder die Erhöhung der Bettenanzahl in der Palliativstation am kommunalen Klinikum Links der Weser. Auch entstand durch die Zusammenarbeit der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) der Zentrale für Private Fürsorge mit einem Team am Evangelischen Diakonie-Krankenhaus (DIAKO) ein erweitertes Angebot für häusliche Versorgung im Stadtteil Gröpelingen.

Mit dem auf Bundesebene beschlossenen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) hat sich vieles verbessert. Die Palliativversorgung wird ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der steigende Zuschuss der GKV trägt insgesamt dazu bei, dass Hospizdienste mehr finanziellen Spielraum erhalten, auch um die Trauerbegleitung der Angehörigen mit zu unterstützen. Außerdem soll die ambulante Hospizarbeit in Pflegeheimen stärker berücksichtigt werden. Zur Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in Krankenhäusern können für eigenständige Palliativstationen krankenhaushausindividuelle Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden, wenn dies vom Krankenhaus gewünscht wird. Aber auch in Krankenhäusern, in denen keine Palliativstationen zur Verfügung stehen, wird die Palliativversorgung gestärkt: Ab 2017 können Krankenhäuser krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste vereinbaren.

Anzustreben ist, in allen Krankenhäusern auf allen Stationen die Möglichkeit für eine würdevolle Sterbebegleitung zu schaffen. Dafür müssen Aspekte der Palliativmedizin größerer Bestandteil der pflegerischen und medizinischen Ausbildung werden. Geeignetes Personal mit ausreichend Kenntnis und Zeit sollte auf allen Stationen zur Verfügung stehen. Eine Möglichkeit ist die Etablierung eines palliativmedizinischen Liaisondienstes in jedem Krankenhaus.

Die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize wird verbessert. Hierfür wurde der Mindestzuschuss der Krankenkassen erhöht. Hospize erhalten nun einen Tagessatz je betreutem Versicherten von rund 261 Euro. Die Krankenkassen tragen 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Zusätzlich können für stationäre Kinderhospize eigenständige Rahmenvereinbarungen abgeschlossen werden.

Wir fragen den Senat:

1. Wie viele Personen können maximal zeitgleich mit dem nun verbesserten Angebot der bestehenden SAPV in Bremen und mit dem bestehenden Angebot in Bremerhaven in der Häuslichkeit und in Pflegeheimen begleitet werden? Ist das Angebot aktuell und zukünftig ausreichend – gerade auch im Hinblick auf die demografische Entwicklung?
2. Mit wie vielen Begleitungen in den Krankenhäusern durch die ambulanten Hospizdienste im Land Bremen ist in den kommenden Jahren zu rechnen, und liegen dem Senat Kenntnisse über bereits abgeschlossene Kooperationsverträge und Begleitungen vor?
3. Welche Erkenntnisse liegen dem Senat vor über die Bedeutung einer wohnortnahen stationären Hospizversorgung, bei der sich Betroffene mangels (regionaler) Angebote für eine Versorgung am Lebensende im Rahmen der stationären Kurzzeit- und Verhinderungspflege in den Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen entscheiden und dort während der Versorgung versterben?
Wenn keine Erkenntnisse vorliegen: Welche Maßnahmen ergreift der Senat, um den Bedarf künftig zu erfassen?
4. Welche Maßnahmen ergreift der Senat, um die stationäre Hospizversorgung in Bremerhaven zu unterstützen, zu der seitens der Arbeiterwohlfahrt (AWO) seit Jahren von einem möglichen Investor berichtet wird?
Wo liegen hier im Detail die Problemstellungen und welche Unterstützung leistet hier der Senat?
5. Welche Ergebnisse hat der seit dem Jahr 2012 existierende Runde Tisch „Hospiz- und Palliativversorgung im Land Bremen“, an dem Vertreterinnen und Vertreter der Kostenträger, der zuständigen Ressorts, der Träger, der Kirchen und Patientenfürsprecher zugegen sind, erarbeitet? Wie bewertet der Senat diese Ergebnisse?
6. In welchen Bremer Krankenhäusern wird ein palliativmedizinischer Liaisondienst vorgehalten?
7. Welche Planungen existieren, um weitere palliativmedizinische Liaisondienste zu etablieren?“

Der Senat beantwortet die Große Anfrage wie folgt:

- 1. Wie viele Personen können maximal zeitgleich mit dem nun verbesserten Angebot der bestehenden SAPV in Bremen und mit dem bestehenden Angebot in Bremerhaven in der Häuslichkeit und in Pflegeheimen begleitet werden? Ist das Angebot aktuell und zukünftig ausreichend – gerade auch im Hinblick auf die demografische Entwicklung?**

Antwort auf Frage 1:

Derzeitig besteht in der Stadtgemeinde Bremen eine Kapazität für zeitgleiche Versorgung von 20-24 Patienten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). In 2015 wurden 337 Patienten durch den SAPV ambulant betreut, weitere 255 Patienten stationär in Hospizen. Die Angaben für Bremen und Bremerhaven sind aufgrund der unterschiedlichen Versorgungssysteme nicht mit anderen Ländern vergleichbar.

Die Kapazität wird noch im Laufe des Jahres 2016 auf zeitgleiche Versorgung von 28 Patienten erweitert, sobald entsprechende Kapazitäten personell wie geplant zur Verfügung stehen.

Das Angebot wird perspektivisch als noch nicht ausreichend bewertet, da es Wartezeiten gibt. Ein weiterer Ausbau durch Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner wird erforderlich sein, um eine Versorgung in Pflegeheimen, wie auch von Patienten, die nicht an Tumoren erkrankt sind, umfassend sicherstellen zu können.

In Bremerhaven können zeitgleich 15-30 Patienten im Rahmen der SAPV versorgt werden. Die Versorgung in Bremerhaven wird auch vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung als ausreichend angesehen.

2. Mit wie vielen Begleitungen in den Krankenhäusern durch die ambulanten Hospizdienste im Land Bremen ist in den kommenden Jahren zu rechnen, und liegen dem Senat Kenntnisse über bereits abgeschlossene Kooperationsverträge und Begleitungen vor?

Antwort auf Frage 2:

Im Land Bremen gibt es zurzeit vier abgeschlossene Kooperationsvereinbarungen. Kooperationsvereinbarungen, die durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz und Palliativversorgung (HPG, in Kraft seit dem 08.12.2015) initiiert wurden, gibt es noch nicht, da die Rahmenvereinbarung für ambulante Hospizarbeit erst am 14. März 2016 von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen wurde. Derzeit sind zwei Kooperationsvereinbarungen in Vorbereitung.

Damit ein ambulanter Hospizdienst Begleitungen in einem Krankenhaus übernimmt, ist eine Kooperationsvereinbarung nicht notwendig. Wesentlich ist, dass der Träger des Krankenhauses den Auftrag für eine Begleitung erteilt. Dieser Auftrag wird aus Sicht der ambulanten Hospizdienste auch dadurch erteilt, dass das Krankenhaus eine Begleitung nachfragt.

Die ambulanten Hospizdienste haben auch in der Vergangenheit Sterbende in Krankenhäusern begleitet, ohne darauf zu achten, ob sich diese Begleitungen auf die Förderung auswirken. 2015 wurden insgesamt etwa 360 Sterbensranke begleitet, davon etwa 5-10% auch in Krankenhäusern. Die Anzahl der Personen, die ausschließlich in Krankenhäusern begleitet wurden, wird als sehr gering angesehen.

Eine hospizliche Begleitung wird in den Krankenhäusern sowohl auf Führungsebene als auch von vielen MitarbeiterInnen als wichtig und notwendig angesehen. Trotzdem bewerten die ambulanten Hospizdienste die Anzahl der von Krankenhäusern angefragten Begleitungen als sehr gering und sind der Ansicht, dass sich Kooperationsvereinbarungen nur sehr begrenzt auf die Anzahl der Sterbebegleitungen in Krankenhäusern auswirken werden.

Die ambulanten Hospizdienste vermuten, dass der Bedarf einer ambulanten (und auch stationären) hospizlichen Begleitung oder Versorgung in den inzwischen sehr verdichteten Arbeitsprozessen in den Krankenhäusern nicht oder zu spät erkannt wird. Sie haben jedoch keine Informationen darüber, bei wie vielen Krankenhauspatienten jährlich oder zukünftig ein hospizlicher Begleitungs- oder Versorgungsbedarf besteht und in wie vielen Fällen dieser Bedarf frühzeitig erkannt wird.

Die Versorgung Sterbenskranker könnte durch die Einführung multiprofessionell organisierter (außerbudgetär vergüteter) Palliativdienste in Krankenhäusern verbessert werden, wie es das HPG vorsieht. In diesem Zusammenhang könnten Kooperationsvereinbarungen auch zu einem Anstieg der Begleitungszahlen führen.

- 3. Welche Erkenntnisse liegen dem Senat vor über die Bedeutung einer wohnortnahen stationären Hospizversorgung, bei der sich Betroffene mangels (regionaler) Angebote für eine Versorgung am Lebensende im Rahmen der stationären Kurzzeit- und Verhinderungspflege in den Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen entscheiden und dort während der Versorgung versterben? Wenn keine Erkenntnisse vorliegen: Welche Maßnahmen ergreift der Senat, um den Bedarf künftig zu erfassen?**

Antwort auf Frage 3:

Der Bedarf an einer wohnortnahen stationären Hospizversorgung ist nicht objektiv festzustellen. Der Runde Tisch „Hospiz- und Palliativversorgung im Land Bremen (RTHP) hatte sich 2013 mit dieser Fragestellung intensiv befasst. In diesem Zusammenhang wurde im RTHP erläutert, dass nirgendwo entsprechende Daten erhoben werden, um diese Thematik abschließend zu klären. Es gibt keine valide Bedarfsplanung für Hospiz- und Palliativplätze nach gängigen Rechenverfahren oder Faustregeln.

Die Menschen sollen die Wahl haben, ob sie das Lebensende in der eigenen Häuslichkeit, einer Kurzzeitpflege (KUPF) oder einer stationären Einrichtung oder einem Hospiz verbringen möchten. Nicht alle entscheiden sich mangels (regionaler) Angebote für eine Versorgung am Lebensende im Rahmen der stationären Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Viele tun das auch, um die mit der Entscheidung für ein Hospiz verbundene Konfrontation mit dem nahenden Lebensende zu meiden. Insofern ist die KUPF nicht nur Notlösung, sondern im Rahmen eines vielfältigen Angebots eine Option. Stationäre Einrichtungen der Altenpflege haben seit der Inkraftsetzung des HPG den Auftrag, beim Einzug mit dem zukünftigen Bewohner / der zukünftigen Bewohnerin zu klären, ob Wünsche über eine Sterbebegleitung geäußert werden.

- 4. Welche Maßnahmen ergreift der Senat, um die stationäre Hospizversorgung in Bremerhaven zu unterstützen, zu der seitens der Arbeiterwohlfahrt (AWO) seit Jahren von einem möglichen Investor berichtet wird? Wo liegen hier im Detail die Problemstellungen und welche Unterstützung leistet hier der Senat?**

Antwort auf Frage 4:

Der Senat begrüßt die Einrichtung von stationären Hospizen. Eine Einflussnahme des Senats ist jedoch nur indirekt möglich. Die Zuständigkeit für den Betrieb liegt mit dem Abschluss eines Versorgungsvertrages im Sinne der Selbstverwaltung bei den Krankenkassen.

Die AWO Bremerhaven plant den Betrieb eines stationären Hospizes mit acht Plätzen. Ein Konzept für den Betrieb sowie erste Vorstellungen für die bauliche Gestaltung liegen vor. Zurzeit ist die AWO Bremerhaven mit Unterstützung durch einen Projektentwickler mit den zuständigen Stellen des Magistrats der Stadt Bremerhaven im Gespräch, um ein geeignetes Grundstück auszuwählen. Erste Sondierungsgespräche mit den Krankenkassen haben stattgefunden. Dort wurde in Bezug auf die vorliegenden Pläne Verhandlungsbereitschaft signalisiert.

Die Bremische Wohn- und Betreuungsaufsicht wird die AWO Bremerhaven beraten, sobald konkrete Pläne vorliegen. Nach jetzigem Kenntnisstand sind auf dieser Ebene keine grundlegenden Probleme zu erwarten.

5. Welche Ergebnisse hat der seit dem Jahr 2012 existierende Runde Tisch „Hospiz- und Palliativversorgung im Land Bremen“, an dem Vertreterinnen und Vertreter der Kostenträger, der zuständigen Ressorts, der Träger, der Kirchen und Patientenfürsprecher zugegen sind, erarbeitet? Wie bewertet der Senat diese Ergebnisse?

Antwort auf Frage 5:

Die Bürgerschaft hatte mit Beschluss vom 21.03.2012 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 wurden 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. Der RTHP stellt allerdings kein Beschlussgremium dar. Das Konzept wurde am 27.11.2012 (Drs. 18/674) vorgelegt. Danach berät der RTHP 1-2x jährlich interdisziplinär über die Hospiz- und Palliativversorgung im Land Bremen und hat zum Ziel, zu ihrer Verbesserung beizutragen. Schwerpunkt ist dabei eine angemessene Versorgung mit Palliativ- und Hospizplätzen. Die in der Fragestellung deutlich gemachte interdisziplinäre Zusammensetzung des RTHP ist dabei besonders vorteilhaft.

Im RTHP, geleitet von der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport und der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, wurde zum Beispiel der Konsens erzielt, dass es keine valide Bedarfsplanung für Hospiz- und Palliativplätze nach gängigen Rechenverfahren oder Faustregeln gibt (siehe auch die Antwort zu Frage 3). Die Wechselwirkungen zwischen den vier Teilbereichen der ambulanten und stationären sowie der Hospiz- und Palliativversorgung können in Berechnungsformeln nicht abgebildet werden. Stattdessen hat sich der RTHP die Aufgabe gestellt, zu beobachten, wie sich Angebot und Nachfrage zueinander verhalten. Darüber hinaus wurden Planungen für die weiteren stationären Hospize erörtert sowie u.a. ein einhelliges Bekenntnis zur Etablierung von palliativmedizinischen Liaisondiensten erarbeitet. Allerdings stößt der RTHP hinsichtlich personeller Ressourcen an seine Grenzen. Einzelne Themen, wie z.B. die Begleitung der Einführung von Liaisondiensten, verzögern sich deshalb zeitlich.

Die Handlungsschwerpunkte des RTHP wurden teilweise zum Gegenstand einer neuen gesetzlichen Regelung. So wurde die Sterbebegleitung durch das HPG ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsvertrages der sozialen Pflegeversicherung. Kooperationsverträge der Pflegeheime mit Haus- und Fachärzten müssen nun verpflichtend abgeschlossen werden.

Der Senat bewertet die Ergebnisse insgesamt als positiv und betont den Auftrag wie auch das Selbstverständnis des RTHP im Sinne eines qualifizierten Austauschs.

6. In welchen Bremer Krankenhäusern wird ein palliativmedizinischer Liaisondienst vorgehalten?

Antwort auf Frage 6:

Ein palliativmedizinischer Liaisondienst wird im Klinikum Links der Weser (LDW) sowie am Klinikum Bremen Mitte (KBM) vorgehalten.

7. Welche Planungen existieren, um weitere palliativmedizinische Liaisondienste zu etablieren?

Antwort auf Frage 7:

Es besteht seitens der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz anhaltend der Wunsch, weitere palliativmedizinische Liaisondienste in den Krankenhäusern des Landes Bremen vorzuhalten. Die Akzeptanz des Liaisondienstes im Klinikum Links der Weser bei der Belegschaft auf den peripheren Stationen wird derzeit wissenschaftlich von der Universität Bremen untersucht. Ergebnisse werden zur Jahresmitte 2016 erwartet.

Die Etablierung von palliativmedizinischen Liaisondiensten ist eine Angelegenheit der Selbstverwaltung und kein Instrument staatlicher Krankenhausplanung. Es haben sich auf Bundesebene konkrete Veränderungen ergeben, von denen auch Bremen profitieren wird: Mit dem HPG wird die Möglichkeit geschaffen, ab 2017 individuelle und ab 2018 einheitliche Zusatzentgelte für entsprechende Dienste zu vereinbaren.

Das Thema „Liaisondienste“ wird im Sinne einer kontinuierlichen qualitativen Verbesserung in den entsprechenden Fachgesellschaften anhaltend diskutiert. „Palliativbeauftragte“ als neu zu schaffende Funktionsträger sowie Palliativdienste rund um die Uhr stehen als Optionen dabei im Vordergrund. Neue Versorgungsmodelle ergeben sich ebenfalls über zertifizierte Kooperationsverträge im Bereich der Onkologie, die eine palliativmedizinische Versorgung zur Auflage machen.