

Mitteilung des Senats vom 21. Juni 2016**Hospiz- und Palliativversorgung in Bremen**

Die Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen haben unter Drucksache 19/430 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

1. Wie viele Personen können maximal zeitgleich mit dem nun verbesserten Angebot der bestehenden Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (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?

Derzeitig besteht in der Stadtgemeinde Bremen eine Kapazität für zeitgleiche Versorgung von 20 bis 24 Patienten im Rahmen der 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 Lauf 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 bis 30 Patienten im Rahmen der SAPV versorgt werden. Die Versorgung in Bremerhaven wird auch vor dem Hintergrund der demografischen 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?

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 8. Dezember 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 Sterbenskranke begleitet, davon etwa 5 bis 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/Mitarbeitern 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?

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 der zukünftigen Bewohnerin/dem zukünftigen Bewohner 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?

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 Versorgungsvertrags 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 Patientenführer zugegen sind, erarbeitet? Wie bewertet der Senat diese Ergebnisse?

Die Bürgerschaft (Landtag) hatte mit Beschluss vom 21. März 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 (Landtag) 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. November 2012 (Drs. 18/674) vorgelegt. Danach berät der RTHP ein- bis zweimal 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 z. B. 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 einheitliches 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 Versorgungsvertrags 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?

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

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

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.