

Antwort des Senats auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU

Ist eine Bedarfsplanung in der Hospiz- und Palliativversorgung nötig und möglich?

**Mitteilung des Senats
an die Bremische Bürgerschaft (Landtag)
vom 13. Juni 2017**

**"Ist eine Bedarfsplanung in der Hospiz- und Palliativversorgung nötig und möglich?"
(Große Anfrage der Fraktion der CDU vom 09.05.2017)**

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

„Eine bedarfsgerechte Hospiz- und Palliativversorgung ermöglicht Menschen in ihrer letzten Lebensphase eine möglichst gut begleitete und schmerzfreie Zeit erleben zu dürfen.. Dabei sollten sie selbstverständlich frei entscheiden können, ob sie ihre letzten Lebenstage in der vertrauten Umgebung oder in einem Hospiz verbringen wollen. Wo es möglich ist, werden solche Entscheidungen gemeinsam mit Angehörigen getroffen. Zu dieser Wahlfreiheit gehört auch, dass Betroffene überhaupt die Möglichkeit haben, einen Hospizplatz zu bekommen. Dies ist leider oft nicht der Fall. Die beiden Hospize im Land Bremen führen durchgängig lange Wartelisten und die Aufnahmeberechtigten versterben oft während sie auf einen Platz warten. Um diese Lücke zu schließen und eine echte Wahlfreiheit für die Menschen herzustellen, müssen die perspektivischen Bedarfe in der Hospiz- und Palliativversorgung des Landes Bremen dringend ermittelt werden. Diese Notwendigkeit ergibt sich auch aus der bislang fehlenden stationären Hospizversorgung in Bremerhaven. Für die Betroffenen und ihre Angehörigen in der Seestadt, ist eine verlässliche Planung der Bedarfe von besonderer Bedeutung.

Bislang gibt es in Bremen aber keine zuverlässige Bedarfsplanung. In seiner Antwort auf eine Kleine Anfrage der CDU-Fraktion (Drs. 19/1025) stellt der Senat fest: „Es gibt keine valide Bedarfsplanung für Hospiz- und Palliativplätze nach gängigen Rechenverfahren oder Faustregeln. Der Bedarf einer stationären Hospizversorgung ist daher nicht objektiv festzustellen.“ Diese Ansicht hatte zuvor auch der „Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung“ (RTHP) vertreten. Obwohl eine objektive Planung in der Tat schwierig erscheint, brauchen wir in Bremen doch eine Orientierung an bestimmten Faktoren für zukünftiges Planen und Handeln. Planlosigkeit kann jedenfalls nicht die Alternative sein. Ebenso wenig darf die Kurzzeit- und Verhinderungspflege, welche eine grundsätzlich andere Zielsetzung als die Hospiz- und Palliativversorgung hat, auf Dauer fehlende Plätze in stationären Hospizen ersetzen. Genau das wird aber vom Senat in der Antwort auf die Kleine Anfrage der CDU-Fraktion (Drs. 19/1025) empfohlen: „Solange die Versorgung in einem Hospiz nicht erfolgen kann, ist die Versorgung durch andere Angebote sicher zu stellen. Dies kann neben Krankenhaus, Kurzzeitpflege bzw. Verhinderungspflege auch die ambulante Hospizversorgung in der eigenen Wohnung sein“. Sterbende Menschen haben aber in Deutschland grundsätzlich ein Recht auf einen Hospizplatz. Für die Umsetzung dieses Rechtes sollte sich der Bremer Senat aktiv und durch eine vorausschauende Planung einsetzen!

Wir fragen den Senat:

- 1) Welche Kosten und welcher Verwaltungsaufwand würden für eine wissenschaftlich begleitete Bedarfsplanung in der a) Hospiz- und b) der Palliativversorgung für das Land Bremen entstehen?
- 2) Wie bewertet der Senat die Vor- und die Nachteile einer wissenschaftlich begleiteten Bedarfsplanung in der Palliativ- und Hospizversorgung? Wie bewertet der Senat das Verhältnis der unter 1) anzusetzenden Mittel und des zu erwartenden Aufwands in Bezug auf den Nutzen einer Bedarfsplanung in diesem Bereich?

3) An welchen konkreten Indikatoren müsste sich die wissenschaftlich begleitete Bedarfsplanung aus Sicht des Senats orientieren? Welche Ansatzpunkte sieht der Senat, auf Grund bestehender Datenquellen?

4) Existieren wissenschaftlich begleitete Bedarfsplanungen für die Hospiz- und Palliativversorgung in anderen – mit dem Land Bremen – vergleichbaren Gebietskörperschaften? Wenn ja, wie bewertet der Senat diese Planungen?

5) Könnte eine wissenschaftlich begleitete Bedarfsplanung als Kooperation mit den Studentinnen und Studenten des Studiengangs „Public Health“ der Universität Bremen, hilfsweise anderer an den Hochschulen im Land Bremen angebotenen Studiengängen, durchgeführt werden? (Wenn ja, bitte benennen)

a) Wenn ja: Welche Voraussetzungen müssten für die abgefragte Kooperation erfüllt sein? Wo lägen Möglichkeiten und Grenzen einer Zusammenarbeit?

b) Wenn nein: Welche Gründe sprechen gegen eine solche Kooperation? Welche Alternativen sieht der Senat?

6) Wie bewertet der Senat die Kurzzeit- und Verhinderungspflege oder Krankenhausaufenthalte als alternative Lösungen für eine fehlende Versorgung in einem Hospiz? Wie lange darf die Kurzzeit- und Verhinderungspflege aus Sicht des Senats maximal sein, bevor eine für den Sterbenden unzumutbare Situation entsteht?

7) Welche Anforderungen formuliert der Senat an eine Kurzzeit- und Verhinderungspflege, die einen Sterbenden versorgen soll? Vor dem Hintergrund der definierten Anforderungen: Sieht der Senat die bestehenden Angebote der Kurzzeit- und Verhinderungspflege als ausreichend an?

8) Wie hoch schätzt der Senat die Zahl der unnötigen Krankenhauseinweisungen von Heimbewohnern, die das Sterberisiko der Betroffenen eher noch erhöhen und worauf führt der Senat solche oft nicht sinnvollen Entscheidungen durch das Pflegepersonal zurück?

9) Wie viele Beschäftigte von Wohn- und Pflegeeinrichtungen haben in den Jahren 2015 und 2016 Fortbildungen zum Thema Sterbebegleitung in Anlehnung an § 8 Absatz 2 Nummer 3 Pers V BremWoBeG in Anspruch genommen? Wo fanden die Fortbildungen statt und aus welchen Einrichtungen kamen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer? Welche Erfahrungen sind dem Senat aus den existierenden Fortbildungsprogrammen bekannt? Sieht der Senat vor diesem Hintergrund einen Bedarf zur Nachbesserung an den Weiterbildungsprogrammen? (bitte anhand einer detaillierten Auflistung der Fortbildungsprogramme sowie der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten)

10) Wie viele Beschäftigte aus welchen Bremer Einrichtungen haben in 2015 und 2016 an der Universität Bremen am berufsbegleitenden interprofessionellen Masterstudiengang „Palliative Care“ oder an anderen Studienangeboten teilgenommen?

11) Hat der Senat seit dem in Kraft treten des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) Gespräche mit der Selbstverwaltung gesucht und geführt, die die Verbesserung einer Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zum Ziel hatten?

a) Wenn ja: Mit welchem Ergebnis wurden die Gespräche geführt? An welchen Stellen unterstützt der Senat durch welche Aktivitäten die Bestrebungen der Selbstverwaltung?

b) Wenn nein: Warum nicht?

12) Wird der gesetzliche Anspruch eines Betroffenen auf einen Hospizplatz festgestellt? Wenn ja, wie und wo wird dieser Anspruch festgestellt und dokumentiert? Wie viele Anträge auf solch eine Feststellung wurden seit 2012 gestellt, wie viele Anträge wurden abgelehnt und wie viele Antragsteller mit positivem Bescheid bekamen tatsächlich einen Platz in einem Bremer Hospiz? (bitte nach Bremen und Bremerhaven aufgeschlüsselt).

13) Auf welche Weise werden die gesetzlichen Ansprüche in Bremerhaven erfasst, wo es derzeit noch kein stationäres Hospiz gibt?

14) Wurden Betroffene aus Bremerhaven in der Vergangenheit in den beiden Bremer Hospizen begleitet? Wenn nein, warum nicht? Wo sind die Personen aus Bremerhaven alternativ untergekommen?

15) Wie ist der Planungs- und Umsetzungsstand für das durch die Arbeiterwohlfahrt (AWO) geplante stationäre Hospiz in Bremerhaven? Für wann ist die Aufnahme des Betriebs geplant? Haben bereits Beratungen durch die Wohn- und Betreuungsaufsicht stattgefunden? Wenn ja, mit welchem Inhalt und welchem Ergebnis?

16) Wie viel Plätze gibt es in den beiden Bremer Hospizen? Wie sahen die Wartelisten für die beiden Bremer Hospize seit 2012 aus? Haben Betroffene mit einem positiven Bescheid einen Platz in einem anderen als den Bremer Hospizen gefunden? Wie viele Plätze in den Bremer Hospizen wurden seit 2012 von Sterbenden belegt, die ihren ersten Wohnsitz nicht in Bremen hatten?

17) Wie werden die Menschen in Bremen in ihrer letzten Lebensphase auf die Möglichkeit einer Hospizunterbringung hingewiesen? Wird das in den Krankenhäusern durchgängig so praktiziert? Kann es sein, dass man sterbende Menschen oder ihre Angehörigen wegen der oft langen Wartelisten oder aus anderen Gründen (bitte benennen) gar nicht erst über diese Möglichkeit informiert?

18) Welche Kosten entstehen für eine Unterbringung in einem stationären Hospiz für die Betroffenen, welche Kosten entstehen ihnen in der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege?

19) Welche Kosten verursacht ein Krankenhausaufenthalt für wen und welche Kosten entstehen für wen durch einen Hospizaufenthalt? Könnte gewinnorientiertes Denken aus Sicht des Bremer Senats einen Einfluss auf die Planung einer angemessenen und würdevollen Versorgung von sterbenskranken Menschen haben? Wenn ja, wie steht der Bremer Senat dazu und inwieweit sieht der Senat aus wirtschaftlicher Sicht Grenzen für eine angemessene Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase?“

Der Senat beantwortet die Große Anfrage wie folgt:

1) Welche Kosten und welcher Verwaltungsaufwand würden für eine wissenschaftlich begleitete Bedarfsplanung in der a) Hospiz- und b) der Palliativversorgung für das Land Bremen entstehen?

Die Höhe der Kosten für eine wissenschaftlich begleitete Bedarfsplanung in der Hospiz- und Palliativversorgung ist abhängig vom Umfang der zu erbringenden Leistung und kann ohne genaue Kenntnis über die für Bedarfsplanung erforderlichen Indikatoren, der zu erhebenden Daten und deren Wechselwirkungen nicht quantifiziert werden.

Der Verwaltungsaufwand für die Vergabe einer wissenschaftlich begleiteten Bedarfsplanung ist beträchtlich. Unter anderem ist damit eine öffentliche Ausschreibung, bei der die Vorschriften der Landeshaushaltsordnung und der Vergabeordnung zu beachten sind, verbunden.

2) Wie bewertet der Senat die Vor- und die Nachteile einer wissenschaftlich begleiteten Bedarfsplanung in der Palliativ- und Hospizversorgung? Wie bewertet der Senat das Verhältnis der unter 1) anzusetzenden Mittel und des zu erwartenden Aufwands in Bezug auf den Nutzen einer Bedarfsplanung in diesem Bereich?

Angesichts der in Antwort zu Frage 3 beschriebenen Unwägbarkeiten bei der Bedarfsermittlung ist zweifelhaft, ob der mögliche Aufwand einer wissenschaftlich begleiteten Bedarfsplanung in einem angemessenen Verhältnis zu dem Nutzen einer solchen Bedarfsplanung steht.

Bereits in der zweiten Sitzung des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung (RTHP) am 04.10.2012 wurde das Thema wissenschaftliche Begleitstudien zur Hospiz- und Palliativversorgung beraten. Im Vorfeld dieser Sitzung fand ein Gespräch zwischen der Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen sowie der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit auf der einen und Prof. Dr. Görres und MitarbeiterInnen von der Universität Bremen auf der anderen Seite statt. Es wurden Forschungsarbeiten und Rechenmodelle aus Nordrhein-Westfalen besprochen, die dort nur einen begrenzten Erkenntnisgewinn gebracht haben und keine Rückschlüsse auf das Land Bremen ermöglichen. Es bestand Konsens darüber, dass eine wissenschaftliche Untersuchung oder ein eigenes Rechenmodell für Bremen nicht sinnvoll sei (siehe die Antwort des Senats vom 11.04.2017, Drs. 19/1025, Frage 3, auf die Kleine Anfrage „Welche Fortschritte gibt es bei der stationären und ambulanten Hospizversorgung im Land Bremen“ der Fraktion der CDU).

3) An welchen konkreten Indikatoren müsste sich die wissenschaftlich begleitete Bedarfsplanung aus Sicht des Senats orientieren? Welche Ansatzpunkte sieht der Senat auf Grund bestehender Datenquellen?

Eine wissenschaftlich begleitete Bedarfsplanung müsste sich exemplarisch u.a. an folgenden Indikatoren orientieren: demografische Entwicklung, epidemiologische Entwicklung, Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, Anzahl palliativ versorgter Menschen in stationären Einrichtungen und in der Häuslichkeit, Krankheitsbilder, Mortalitätsrate, Umfang der vorhandenen Angebote in der Hospiz- und Palliativversorgung sowohl in stationären Einrichtungen und Krankenhäusern wie auch in der eigenen Wohnung. Hierzu könnten Daten aus Bevölkerungsstatistiken, der Krankenhausstatistik und Daten der Pflegeversicherung als Grundlage dienen.

Ein einfaches Gegenüberstellen der demographischen Entwicklung und der Krankheitsraten führt dabei nicht zu validen Ergebnissen. So bedeutet eine Zunahme von tödlich verlaufen-

den Erkrankungen in einer alternden Bevölkerung nicht zwangsläufig auch, dass damit der Bedarf an einer Hospizversorgung oder einer Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung steigt. Ob ein Mensch im Hospiz oder anderswo palliativ versorgt wird, hängt nicht nur von Krankheitsbildern und Symptomen, sondern in erster Linie auch von der Bereitschaft der Betroffenen ab, sich mit dem bevorstehenden Tod auseinander zu setzen und sich in eine hospizliche oder palliative Versorgungssituation zu begeben. Darüber hinaus bleibt es den Betroffenen vorbehalten, ihre Entscheidungen – auch kurzfristig – zu korrigieren und einen Wechsel der Versorgung anzustreben.

Im Rahmen des Austausches des RTHP wurde mehrfach diskutiert, ob auch „Wartelisten“ als guter Indikator für die Planung des Bedarfs dienen können. Es bestand in diesem Gremium Konsens darüber, dass von einer Warteliste grundsätzlich nicht auf den Bedarf geschlossen werden kann (siehe Antwort auf Frage 16 und die Antwort des Senats vom 11.04.2017, Drs. 19/1025, Frage 3, auf die Kleine Anfrage „Welche Fortschritte gibt es bei der stationären und ambulanten Hospizversorgung im Land Bremen“ der Fraktion der CDU).

4) Existieren wissenschaftlich begleitete Bedarfsplanungen für die Hospiz- und Palliativversorgung in anderen – mit dem Land Bremen – vergleichbaren Gebietskörperschaften? Wenn ja, wie bewertet der Senat diese Planungen?

Dem Senat ist das Vorhandensein wissenschaftlich begleiteter Bedarfsplanungen vergleichbarer Gebietskörperschaften nicht bekannt.

Für das Bundesland Nordrhein-Westfalen, als Flächenstaat nicht mit dem Stadtstaat Bremen vergleichbar, wurde von der Georg-August-Universität Göttingen im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter im Jahr 2010 eine wissenschaftlich begleitete Bedarfsplanung für stationäre Hospize für Erwachsene und Kinder durchgeführt. Wie bereits in der Beantwortung der Frage 2 und 3 ausgeführt, sind die dort gewonnenen Erkenntnisse nicht übertragbar, Rückschlüsse auf das Bundesland Bremen sind nicht möglich.

5) Könnte eine wissenschaftlich begleitete Bedarfsplanung als Kooperation mit den Studentinnen und Studenten des Studiengangs „Public Health“ der Universität Bremen, hilfsweise anderer an den Hochschulen im Land Bremen angebotenen Studiengängen, durchgeführt werden? (Wenn ja, bitte benennen)

a) Wenn ja: Welche Voraussetzungen müssten für die abgefragte Kooperation erfüllt sein? Wo lägen Möglichkeiten und Grenzen einer Zusammenarbeit?

b) Wenn nein: Welche Gründe sprechen gegen eine solche Kooperation? Welche Alternativen sieht der Senat?

Wie bereits dargelegt, gibt es aus Sicht des Senats Zweifel daran, ob eine wissenschaftlich begleitete Bedarfsplanung grundsätzlich sinnvoll ist, dies gilt auch für den Fall einer Kooperation mit Studentinnen und Studenten der Universität Bremen bzw. der Hochschule Bremen. Denkbar wäre eine Kooperation allenfalls mit Studentinnen und Studenten des Masterstudienganges „Palliativ Care“ an der Universität Bremen. Dieser Studiengang umfasst wenige Personen, eine Kooperation wäre aufgrund geringer personeller Ressourcen nicht zu realisieren (vergleiche Antwort zu den Fragen 9 und 10). Im Übrigen wäre für eine fundierte wissenschaftlich begleitete Bedarfsplanung ein Überblick über die Thematik erforderlich, die bei Studierenden noch nicht vorausgesetzt werden kann. Dies würde eine zusätzliche fachliche Begleitung durch wissenschaftlich qualifizierte und in der Bedarfsplanung erfahrene Verantwortliche erforderlich machen, die anleiten und die inhaltliche Qualität sicherstellen würden – und die finanziert werden müssten.

6) Wie bewertet der Senat die Kurzzeit- und Verhinderungspflege oder Krankenhausaufenthalte als alternative Lösungen für eine fehlende Versorgung in einem Hospiz? Wie lange darf die Kurzzeit- und Verhinderungspflege aus Sicht des Senats maximal sein, bevor eine für den Sterbenden unzumutbare Situation entsteht?

Die Kurzzeit- und Verhinderungspflege kann aus Sicht des Senats auch bei ausreichendem hospizlichen Versorgungsangebot eine Alternative für eine Versorgung in einem Hospiz sein, wenn die Sterbenden dort bis zu ihrem Tode eine angemessene hospizliche und palliative Versorgung erhalten.

Auf welche Weise und in welchem Umfang in einer stationären Pflegeeinrichtung Palliativpflege praktiziert wird, ist abhängig von vielen Faktoren, wie beispielsweise der Haltung der Einrichtungsleitung, der Trägerschaft und der Umgang der Mitarbeitenden mit dem Sterben. Immer mehr Pflegeeinrichtungen entwickeln Konzepte zur Sterbebegleitung, in denen u.a. auch die Palliativpflege beschrieben wird. Die Konzepte von palliativkompetenten Pflegeeinrichtungen thematisieren neben der Palliativpflege weitere Aspekte in der Begleitung sterbender Bewohnerinnen und Bewohner: ob und wie am Ende eines Lebens Krankensein vermieden werden, wie die würdige Verabschiedung eines Bewohners oder einer Bewohnerin gestaltet wird, wie man Angehörige unterstützen oder auch Bewohnerinnen und Bewohner im Rahmen von Ritualen zum Gedenken in den Abschied miteinbeziehen kann. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, Schwerstkranke in ihrer letzten Lebensphase auch in stationären Pflegeeinrichtungen durch den Ambulanten Palliativdienst Bremen begleiten zu lassen.

Der Aufenthalt im Krankenhaus kann dagegen keine Alternative zur Versorgung im Hospiz sein. Etwas anderes gilt allenfalls dort, wo sowohl das ärztliche wie auch das pflegerische Personal palliativmedizinisch weitergebildet ist und die sterbenden Patientinnen und Patienten auf einer Palliativstation versorgt werden. Diese Voraussetzungen werden von den Palliativstationen am Klinikum Links der Weser in Bremen und am AMEOS Klinikum St.-Joseph in Bremerhaven erfüllt.

7) Welche Anforderungen formuliert der Senat an eine Kurzzeit- und Verhinderungspflege, die einen Sterbenden versorgen soll? Vor dem Hintergrund der definierten Anforderungen: Sieht der Senat die bestehenden Angebote der Kurzzeit- und Verhinderungspflege als ausreichend an?

Sterbebegleitung ist ein verpflichtender Bestandteil der Pflege im Sinne des SGB XI. Der Leistungsanbieter hat Vorkehrungen für die Wahrung der Selbstbestimmung bei zunehmendem Unterstützungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner im Sterben zu treffen sowie ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Zu diesem Zweck soll er die Bewohnerinnen und Bewohner beraten, die Vernetzung mit ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten nutzen und deren Tätigwerden in der Pflegeeinrichtung ermöglichen. Diese verpflichtenden Maßnahmen können, insbesondere auf Wunsch der Bewohnerin oder des Bewohners, durch externe Dienste ergänzt werden. In dem zur Novellierung anstehenden Bremischen Wohn- und Betreuungsgesetz sollen diese Anforderungen formuliert werden, damit sie durch die Bremische Wohn- und Betreuungsaufsicht überprüft werden können.

Zur Frage, ob die bestehenden Angebote in der Kurzzeit- und Verhinderungspflege vor dem Hintergrund dieser Anforderungen als ausreichend angesehen werden, kann derzeit keine Aussage getroffen werden. Der Hospiz- und Palliativverband Bremen e.V. arbeitet zurzeit an einer Untersuchung, die Erkenntnisse darüber bringen soll, wie die hospizliche und palliative Versorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen ausgestaltet ist.

8) Wie hoch schätzt der Senat die Zahl der unnötigen Krankenhauseinweisungen von Heimbewohnern, die das Sterberisiko der Betroffenen eher noch erhöhen und worauf führt der Senat solche oft nicht sinnvollen Entscheidungen durch das Pflegepersonal zurück?

Die in der Fragestellung formulierte Annahme, dass Krankenhauseinweisungen das Sterberisiko der Betroffenen erhöhen, wird nicht geteilt.

Die bundesweite Gießener Studie zur Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Bewohnern im Pflegeheim aus dem Jahr 2016¹ kommt nach einer Befragung von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern im gesamten Bundesgebiet zu dem Ergebnis, dass rund 25% der Bewohner in dieser Phase noch einmal ins Krankenhaus verlegt werden. Einer der Hauptgründe war dabei, dass sich die Erkrankung des Bewohners akut verschlechterte. Der Schmerzzustand des Bewohners oder der Bewohnerin spielte eine große Rolle bei Verlegungen von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten. Es wurde von Fällen berichtet, in denen Bewohnerinnen oder Bewohner ins Krankenhaus verlegt wurden, ohne dass der Arzt oder die Ärztin diese zuvor überhaupt gesehen hatte. Auch ein Mangel an personellen Ressourcen spielt bei der Verlegungspraxis sowohl in der Pflegeeinrichtung als auch im Krankenhaus eine Rolle. Dies und die mangelnde Qualifikation von Personal ist laut der Studie ein Grund, dass das Personal sich in der Situation unsicher fühlt und eher den Weg der Verlegung ergreift.

Um Sterbende in den Pflegeeinrichtungen angemessen begleiten zu können, muss deshalb ausreichend pflegerisch-medizinisches Wissen mit entsprechend qualifiziertem Personal vorhanden sein.

9) Wie viele Beschäftigte von Wohn- und Pflegeeinrichtungen haben in den Jahren 2015 und 2016 Fortbildungen zum Thema Sterbebegleitung in Anlehnung an § 8 Absatz 2 Nummer 3 PersV BremWoBeG in Anspruch genommen? Wo fanden die Fortbildungen statt und aus welchen Einrichtungen kamen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer? Welche Erfahrungen sind dem Senat aus den existierenden Fortbildungsprogrammen bekannt? Sieht der Senat vor diesem Hintergrund einen Bedarf zur Nachbesserung an den Weiterbildungsprogrammen? (bitte anhand einer detaillierten Auflistung der Fortbildungsprogramme sowie der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten)

Die Fragen zur Anzahl der Beschäftigten in Wohn- und Pflegeeinrichtungen, die an Fortbildungen zum Thema Sterbebegleitung teilgenommen haben, zu den Einrichtungen, aus denen die Beschäftigten kamen, und zum Ort der Fortbildungen können nicht beantwortet werden. Dies würde eine dezidierte Erhebung bei allen Einrichtungen voraussetzen, die in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht durchführbar ist (siehe die Antwort des Senats vom 11.04.2017, Drs. 19/1025, Frage 2, auf die Kleine Anfrage „Welche Fortschritte gibt es bei der stationären und ambulanten Hospizversorgung im Land Bremen“ der Fraktion der CDU). Darüber hinaus werden den Einrichtungen die geforderten Daten größtenteils nicht zur Verfügung stehen.

Neben sogenannten In-House-Schulungen gibt es diverse externe Fort- und Weiterbildungen für Sterbebegleitung und Palliative Care, die sich sowohl an professionelle Kräfte, als auch an Ehrenamtliche richten und im Folgenden beispielhaft aufgelistet werden:

¹ Prof. Dr. Wolfgang George, TransMIT-Gesellschaft für Technologietransfer mbH, 4. Kongress Sterben im Krankenhaus und stationären Pflegeeinrichtungen, 8.12.2016, Gießen

- Der Hospizverein Bremen Lebens- und Sterbebegleitung e.V. führt Schulungen zum ehrenamtlich tätigen Hospizler bzw. Hospizlerin durch. Die Schulung wird zweimal jährlich angeboten, bei erfolgreichem Abschluss darf man als Hospizler bzw. Hospizlerin tätig werden.
- Der Hospiz- und Palliativverband Bremen e.V. richtet einmal jährlich einen Bremer Fachtag Hospiz aus. Ziel der Veranstaltung im Jahr 2017 war die Verbesserung der Versorgung sterbenskranker Menschen in den Pflegeeinrichtungen. Eingeladen waren Leitungs- und Pflegekräfte.
- Am 10./11. März 2017 fand zum 10. Mal der Bremer Palliativkongress statt. In Fachvorträgen und Workshops wurden verschiedene Fragestellungen zur Palliativversorgung behandelt. Zielgruppe waren Ärzte und Pflegendе.
- Im Rahmen der jährlich stattfindenden Messe "Leben und Tod" gibt es ein umfangreiches Kongressprogramm, das sich gleichermaßen an Interessierte wie Fachöffentlichkeit richtet: <http://www.lebenundtod-bremen.de/kongress/kongressprogramm>.
- Die Universität Bremen bietet seit 2016 bereits zum zweiten Mal einen berufsbegleitenden, weiterbildenden und interprofessionellen Masterstudiengang *Palliative Care* (M.A) an (siehe auch Antwort zu Frage 10).

Erfahrungen aus den existierenden Fortbildungsprogrammen sind dem Senat insofern bekannt, als dass der Fachtag Hospiz des Hospiz- und Palliativverbandes Bremen e.V., im Jahr 2017 erstmalig ausgetragen, stark nachgefragt wurde. Es nahmen 128 Personen teil. 81 Personen kamen aus dem stationären Pflegebereich, davon 45% Leitungskräfte und 33% Pflegendе.

10) Wie viele Beschäftigte aus welchen Bremer Einrichtungen haben in 2015 und 2016 an der Universität Bremen am berufsbegleitenden interprofessionellen Masterstudiengang „Palliative Care“ oder an anderen Studienangeboten teilgenommen?

Der berufsbegleitende und interprofessionelle Masterstudiengang „Palliative Care“ (M.A.) an der Universität Bremen startete mit dem Wintersemester 2014/2015 das erste und zum Wintersemester 2016/2017 das zweite Mal. Von sieben Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Start 2014 stammten drei Personen aus Bremen. Von zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Start 2016 kommt eine Person aus Bremen. Angaben dazu, aus welchen Einrichtungen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen, liegen dem Senat nicht vor..

11) Hat der Senat seit dem in Kraft treten des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) Gespräche mit der Selbstverwaltung gesucht und geführt, die die Verbesserung einer Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zum Ziel hatten?

a) Wenn ja: Mit welchem Ergebnis wurden die Gespräche geführt? An welchen Stellen unterstützt der Senat durch welche Aktivitäten die Bestrebungen der Selbstverwaltung?

b) Wenn nein: Warum nicht?

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz und Palliativversorgung (HPG, in Kraft seit dem 08.12.2015) ergibt sich für die Selbstverwaltung die Möglichkeit, insbesondere im Hinblick auf die Etablierung von sogenannten palliativmedizinischen Liaisondiensten in Krankenhäusern eine Optimierung der Versorgung sicherzustellen. Hierzu können ab 2017 individuelle und ab 2018 einheitliche Zusatzentgelte für entsprechende Dienste vereinbart werden. Neue Versorgungsmodelle ergeben sich ebenfalls über zertifizierte Kooperationsverträge im Bereich der Onkologie, die eine palliativmedizinische Versorgung zur Auflage machen. Somit ist die Versorgungsplanung kein Instrument staatlicher Landeskrankenhausplanung.

12) Wird der gesetzliche Anspruch eines Betroffenen auf einen Hospizplatz festgestellt? Wenn ja, wie und wo wird dieser Anspruch festgestellt und dokumentiert? Wie viele Anträge auf solch eine Feststellung wurden seit 2012 gestellt, wie viele Anträge wurden abgelehnt und wie viele Antragsteller mit positivem Bescheid bekamen tatsächlich einen Platz in einem Bremer Hospiz? (bitte nach Bremen und Bremerhaven aufgeschlüsselt).

Zunächst ist festzustellen, dass es keinen gesetzlichen Anspruch auf eine hospizliche Versorgung gibt, wohl aber einen Rechtsanspruch auf finanzielle Unterstützung, wenn eine Aufnahme in ein stationäres Hospiz erfolgt. § 39a Absatz 1 Satz 1 SGB V regelt, dass Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuss zur stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, haben, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Diese Regelung ist 1997 eingeführt worden und löste das Prinzip des freiwilligen Zuschusses der Krankenversicherung ab.

Das Vorliegen der Voraussetzungen für eine stationäre hospizliche Versorgung wird durch die beteiligten Vertragsärzte oder Krankenhausärzte bei den Betroffenen festgestellt. Eine wesentliche Voraussetzung ist, dass die Erkrankung bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und eine Heilung der Grunderkrankung nicht möglich ist. Nach medizinischem Kenntnisstand ist dann nur noch eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten zu erwarten.

Wie viele Betroffene mit einer erfolgten und einer Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen, einen Platz in einem Hospiz erhielten, wird in Frage 16 beantwortet.

13) Auf welche Weise werden die gesetzlichen Ansprüche in Bremerhaven erfasst, wo es derzeit noch kein stationäres Hospiz gibt?

Wie bereits in der Antwort zu Frage 12 ausgeführt, gibt es keinen gesetzlichen Anspruch auf eine stationäre hospizliche Versorgung, wohl aber einen Rechtsanspruch auf finanzielle Unterstützung durch die gesetzliche Krankenversicherung bei Erhalt eines Hospizplatzes. Im Übrigen wird der Bedarf an einer hospizlichen bzw. palliativen Versorgung - wie schon in der Antwort zu Frage 12 ausgeführt - von den Krankenhausärzten bzw. den niedergelassenen Ärzten festgestellt.

Leistungsberechtigte nach dem SGB XII, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, sind in Bremerhaven nach § 264 SGB V zur Durchführung der Krankenbehandlung bei der Krankenkasse ihrer Wahl angemeldet. Dem Sozialamt Bremerhaven liegen keine Erkenntnisse über Anträge auf Übernahme der stationären Hospizleistungen entsprechend § 39a SGB V i. V. m. § 52 Abs. 4 SGB XII vor.

14) Wurden Betroffene aus Bremerhaven in der Vergangenheit in den beiden Bremer Hospizen begleitet? Wenn nein, warum nicht? Wo sind die Personen aus Bremerhaven alternativ untergekommen?

Im Hospiz hospiz:brücke wurden in den Jahren 2012 und 2013 keine Betroffenen aus Bremerhaven begleitet. Im Jahr 2014 kamen vier Gäste des Hospizes aus Bremerhaven, im Jahr 2015 waren es drei Gäste und im Jahr 2016 ein Gast. Damit wurden in den Jahren 2012 bis 2016 von 25 Anmeldungen aus Bremerhavener Kliniken acht Betroffene aufgenommen. Weitere vier Betroffene sind in die Hospize in Oldenburg (zwei), Ganderkesee (ein) und ins Hospiz Lilge-Simon-Stift (ein) gezogen, zehn Betroffene sind vor der Aufnahme ver-

storben. Weitere drei Betroffene hatten nach einer Anmeldung keinen Bedarf nach Hospizversorgung gemeldet.

Im Hospiz Lilge-Simon-Stift wurden Betroffene aus Bremerhaven aufgenommen und begleitet. Nähere Angaben und Daten speziell zu den Bremerhavener Gästen wurden beim Hospiz nicht erhoben.

15) Wie ist der Planungs- und Umsetzungsstand für das durch die Arbeiterwohlfahrt (AWO) geplante stationäre Hospiz in Bremerhaven? Für wann ist die Aufnahme des Betriebs geplant? Haben bereits Beratungen durch die Wohn- und Betreuungsaufsicht stattgefunden? Wenn ja, mit welchem Inhalt und welchem Ergebnis?

Wie in der Antwort des Senats vom 22.06.2016, Drs. 19/654, Frage 4, auf die Große Anfrage „Hospiz- und Palliativversorgung in Bremen“ der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN bereits ausgeführt, plant die AWO Bremerhaven den Betrieb eines stationären Hospizes mit acht Plätzen.

Derzeit wird eine Magistratsvorlage zum Verkauf eines Grundstückes hinter dem Gesundheitsamt Bremerhaven an der Wurster Straße in Bremerhaven-Lehe erarbeitet. Der Verkauf soll in den nächsten Wochen realisiert werden. Die architektonischen Planungen des Bauherrn sind weit voran geschritten und sollen demnächst den Stadtverordneten vorgestellt werden. Eine Inbetriebnahme ist für Ende 2018 geplant.

Die Wohn- und Betreuungsaufsicht ist über die Planungen informiert. Detaillierte Raumplanungen konnten noch nicht vorgestellt werden, sie sind derzeit noch in Erarbeitung.

16) Wie viel Plätze gibt es in den beiden Bremer Hospizen? Wie sahen die Wartelisten für die beiden Bremer Hospize seit 2012 aus? Haben Betroffene mit einem positiven Bescheid einen Platz in einem anderen als den Bremer Hospizen gefunden? Wie viele Plätze in den Bremer Hospizen wurden seit 2012 von Sterbenden belegt, die ihren ersten Wohnsitz nicht in Bremen hatten?

In den beiden Bremer Hospizen dem hospiz:brücke und dem Lilge-Simon-Stift gibt es zusammen 16 Plätze.

Im hospiz:brücke hat es in den letzten sechs Jahren bezüglich der Warteliste trotz der Eröffnung des Lilge-Simon-Stifts im Jahre 2014 keine wesentlichen Veränderungen gegeben. Der Bestand auf der Warteliste schwankt relativ gleichmäßig zwischen fünf und 20 Personen täglich. Davon wird rund ein Drittel aufgenommen. Ein weiteres Drittel sagt wieder ab, weil häufig parallele Anmeldungen in anderen Versorgungsformen vorgenommen werden und die potentiellen Hospizgäste anderweitig untergekommen sind oder sich entschlossen haben, gegebenenfalls mit der Unterstützung des Ambulanten Palliativdienstes doch in der häuslichen Umgebung zu verbleiben. Das letzte Drittel der vorgemerkten Personen verstirbt, bevor sie in ein Hospiz aufgenommen werden konnte.

In den Jahren 2012 bis 2016 stammten zwischen 22% und 34% der im Hospiz hospiz:brücke aufgenommenen Menschen aus dem Bremer Umland.

Das Hospiz Lilge-Simon-Stift besteht seit 2014. Seitdem erreichte das Hospiz rund 700 Anfragen nach Versorgung. Auch dort wird die Erfahrung gemacht, dass Betroffene in mehreren Versorgungsformen angemeldet werden. In 2016 wurden 68% aus Bremen aufgenommen. Die übrigen 32% kamen aus dem Umland und aus Bremerhaven.

17) Wie werden die Menschen in Bremen in ihrer letzten Lebensphase auf die Möglichkeit einer Hospizunterbringung hingewiesen? Wird das in den Krankenhäusern durchgängig so praktiziert? Kann es sein, dass man sterbende Menschen oder ihre Angehörigen wegen der oft langen Wartelisten oder aus anderen Gründen (bitte benennen) gar nicht erst über diese Möglichkeit informiert?

Wie die Menschen in Bremen in ihrer letzten Lebensphase auf die Möglichkeit einer Hospizunterbringung hingewiesen werden, kann nicht abschließend bewertet werden. In den Krankenhäusern ist den Ärztinnen und Ärzten und den Sozialdiensten die Möglichkeit der Hospizunterbringung im Lilje-Simon-Stift oder im hospiz:brücke bekannt.

Insbesondere der Sozialdienst im Krankenhaus hat die Aufgabe der Vermittlung in geeignete Versorgungsangebote. Kranke Menschen, die die Voraussetzungen für eine Hospizaufnahme erfüllen, werden dabei vorrangig in Richtung Hospiz vermittelt (siehe die Antwort des Senats vom 11.04.2017, Drs. 19/1025, Frage 4, auf die Kleine Anfrage „Welche Fortschritte gibt es bei der stationären und ambulanten Hospizversorgung im Land Bremen“ der Fraktion der CDU). Dort werden keine Informationen zu diesen Angeboten zurückgehalten.

Die Vermittlung in ein Hospiz ist dabei immer an Voraussetzungen gebunden:

1. muss der behandelnde Arzt bereit sein, seine Einschätzung zum präfinalen Stadium offiziell zu bestätigen,
2. muss der/die Patient/in aufgeklärt sein,
3. darf der/die Patient/in die Diagnose mit dem präfinalen Stadium nicht verdrängen und
4. sollten Angehörige und Bezugspersonen bereit sein, diese Entscheidung zu unterstützen.

Der Sozialdienst im Krankenhaus stößt bei der Beratung zur hospizlichen Versorgung nicht nur auf Zustimmung, sondern auch auf Vorbehalte seitens der Betroffenen. Die Erkenntnis, dass die Aufnahme in einem Hospiz oder alternativ die Versorgung durch spezialisierte ambulante Palliativdienste nicht zwingend bedeuten muss, dass man in kürzester Zeit verstirbt, wird sich in der Bevölkerung erst langsam durchsetzen.

18) Welche Kosten entstehen für eine Unterbringung in einem stationären Hospiz für die Betroffenen, welche Kosten entstehen ihnen in der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege?

Das Hospiz- und Palliativgesetz aus dem Jahr 2015 bewirkt eine verbesserte finanzielle Ausstattung der stationären Hospize. Zum einen geschieht dies durch die Erhöhung des Mindestzuschusses der Krankenkassen, hierdurch erhalten die Hospize einen höheren Tagessatz je Bewohnerin/Bewohner. Zum anderen tragen die Krankenkassen 95% statt wie vorher 90% der Kosten (siehe die Antwort des Senats vom 11.04.2017, Drs. 19/1025, Frage 3, auf die Kleine Anfrage „Welche Fortschritte gibt es bei der stationären und ambulanten Hospizversorgung im Land Bremen“ der Fraktion der CDU). 5% der Kosten sind durch Spenden zu tragen. Je nach Versorgungsvertrag betragen die Gesamtkosten in einem stationären Hospiz zwischen 260 Euro und 309 Euro täglich. Den gesetzlich versicherten Gästen im Hospiz entstehen dabei keine Kosten. Für privat Versicherte kann es abweichende Regelungen geben. In der Regel wenden allerdings auch die privaten Krankenversicherungen die Regelungen der gesetzlichen Krankenkassen analog an.

Über die Höhe der individuellen Eigenanteile in der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege können keine Angaben gemacht werden. Sobald Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 des SGB XI vorliegt, kann Kurzzeit- und Verhinderungspflege im Umfang von bis zu bis zu acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Die Leistungen der Sozialen Pfl-

geversicherung hierfür umfassen dabei maximal 3.224 Euro im Kalenderjahr. Die Pflegeversicherung übernimmt bei der Kurzzeitpflege nur die Kosten für pflegebedingte Anwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Für die Unterkunft und die regelmäßige Verpflegung müssen pflegebedürftige Personen selbst aufkommen.

19) Welche Kosten verursacht ein Krankenhausaufenthalt für wen und welche Kosten entstehen für wen durch einen Hospizaufenthalt? Könnte gewinnorientiertes Denken aus Sicht des Bremer Senats einen Einfluss auf die Planung einer angemessenen und würdevollen Versorgung von sterbenskranken Menschen haben? Wenn ja, wie steht der Bremer Senat dazu und inwieweit sieht der Senat aus wirtschaftlicher Sicht Grenzen für eine angemessene Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase?

Die Höhe der Kosten für einen Krankenhausaufenthalt ist abhängig von der Diagnose. Diese wird in sogenannte DRG's eingeordnet. Angaben über die Höhe eines „verursachten Krankenhausaufenthaltes“ sind somit vom Einzelfall abhängig und können nicht pauschal benannt werden. Die Kosten trägt die Krankenversicherung.

Je nach Versorgungsvertrag betragen die Gesamtkosten in einem stationären Hospiz, wie in der Antwort zu Frage 18 bereits ausgeführt, zwischen 260 Euro und 309 Euro täglich. Diese Kosten werden ebenfalls von der Krankenversicherung getragen.

Aus Sicht des Senats ist die Planung einer angemessenen und würdevollen Versorgung von sterbenskranken Menschen nicht bestimmt von gewinnorientiertem Denken, sondern von der Überlegung, welche Form der Versorgung situativ angemessen ist und von den sterbenskranken Menschen gewünscht wird.