

A n t w o r t

des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie

auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU

– Drucksache 16/4302 –

Sterben in Würde

Die **Große Anfrage 16/4302** vom 3. Dezember 2014 hat folgenden Wortlaut:

Der Deutsche Bundestag hat jetzt eine Orientierungsdebatte zum Sterben in Würde geführt. Dabei zeichnete sich unabhängig von Einstellungen zu Formen der Sterbehilfe eine breite Unterstützung für den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung ab. Der damit verbundene politische Auftrag richtet sich auch an das Land Rheinland-Pfalz. Schwerkranken und sterbende Menschen müssen in der letzten Phase ihres Lebens bestmöglich betreut, versorgt und gepflegt werden. Sie bedürfen menschlicher Begleitung und Zuwendung.

Wir fragen die Landesregierung:

Erkenntnisse und Entwicklungen

1. Welche Erkenntnisse gibt es für Rheinland-Pfalz
 - a) zu den Orten sowie
 - b) zu den Ursachen und
 - c) zur Begleitung und zur Betreuung des Sterbens der Menschen?
2. Welche Entwicklungen sind hierzu zu verzeichnen und für die Zukunft zu erwarten?
3. Inwieweit entspricht die Situation Sterbenskranker den Wünschen und Vorstellungen der Menschen?
4. Welche Entwicklungen sind hierzu zu verzeichnen und für die Zukunft zu erwarten?

Voraussetzungen

5. Inwieweit sind die Ärzte in Rheinland-Pfalz
 - a) im ambulanten und
 - b) im stationären Bereichhinsichtlich des besonderen Behandlungsbedarfs sterbenskranker Menschen qualifiziert, inwieweit gibt es regionale Unterschiede?
6. Welche Entwicklungen sind hierzu zu verzeichnen?
7. Inwieweit entspricht die Situation dem Bedarf, welche Probleme und Defizite bestehen?
8. Wie wird sich der entsprechende Bedarf in Zukunft entwickeln, welcher Handlungsbedarf besteht?
9. Inwieweit sind die Pflegekräfte in Rheinland-Pfalz
 - a) im ambulanten und
 - b) im stationären Bereichhinsichtlich des besonderen Pflegebedarfs sterbenskranker Menschen qualifiziert?
10. Welche Entwicklungen sind hierzu zu verzeichnen, inwieweit gibt es regionale Unterschiede?
11. Inwieweit entspricht die Situation dem Bedarf, welche Probleme und Defizite bestehen?

12. Wie wird sich der entsprechende Bedarf in Zukunft entwickeln, welcher Handlungsbedarf besteht?
13. Inwieweit wird Sterbebegleitung von den Ärzten in Rheinland-Pfalz als Behandlungsbestandteil praktiziert?
14. Inwieweit wird Sterbebegleitung in den Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz als Behandlungs- und Pflegebestandteil praktiziert?
15. Wie wird sich der entsprechende Bedarf in Zukunft entwickeln, welcher Handlungsbedarf besteht?
16. Inwieweit wird Sterbebegleitung von den Pflegediensten in Rheinland-Pfalz als Pflegebestandteil praktiziert?
17. Inwieweit wird Sterbebegleitung von den Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz als Pflegebestandteil praktiziert?
18. Wie wird sich der entsprechende Bedarf in Zukunft entwickeln, welcher Handlungsbedarf besteht?

Palliativversorgung

19. Inwieweit ist
 - a) die Allgemeine Ambulante Palliativ-Versorgung und
 - b) die Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgungin Rheinland-Pfalz gegeben? Inwieweit unterscheidet sich nach Kenntnis der Landesregierung die Situation in Rheinland-Pfalz von der der anderen Länder?
20. Inwieweit entspricht das Angebot dem Bedarf, welche Probleme und Defizite bestehen?
21. Wie viele Palliativstationen gibt es in Rheinland-Pfalz?
22. Wie verteilen sie sich regional?
23. Wie groß ist ihre Versorgungskapazität (Bettenzahl) absolut und bezogen auf die Einwohnerzahl? Wie sieht nach Kenntnis der Landesregierung ihre Versorgungskapazität insoweit im Ländervergleich aus?
24. Inwieweit erhalten sie Landesförderung, wie sieht die Kostentragung ihrer Arbeit im Übrigen aus? Welche Unterschiede bei der Landesförderung gibt es zu den anderen Ländern?
25. Welche Dokumentationsverpflichtungen gibt es, wie hoch ist der Aufwand/Umfang, der hierfür betrieben werden muss, und welchen Einfluss hat die Dokumentation auf die Kostenerstattungen?
26. Inwieweit entsprechen ihre Zahl, ihre Förderung und ihre Versorgungskapazität dem Bedarf?
27. Welche Probleme und Defizite bestehen regional und insgesamt?
28. Wie viele Palliativstationsplätze (Betten) müsste Rheinland-Pfalz rechnerisch bezogen auf die Einwohnerzahl haben?
29. Wie wird sich ihre Bedeutung in Zukunft entwickeln, welcher Handlungsbedarf besteht?

Hospizdienste und Hospizeinrichtungen

30. Wie viele Hospizdienste gibt es in Rheinland-Pfalz?
31. Wie verteilen sie sich regional?
32. Wie groß ist ihre Versorgungskapazität absolut und bezogen auf die Einwohnerzahl? Wie sieht ihre Versorgungskapazität insoweit im Ländervergleich aus?
33. Inwieweit erhalten sie Landesförderung, wie sieht die Kostentragung ihrer Arbeit im Übrigen aus? Inwieweit unterscheiden sich nach Kenntnis der Landesregierung Landesförderung und Kostentragung in Rheinland-Pfalz von der Situation der anderen Länder?
34. Inwieweit entsprechen ihre Zahl, ihre Förderung und ihre Versorgungskapazität in Rheinland-Pfalz dem Bedarf?
35. Welche Probleme und Defizite bestehen regional und insgesamt?
36. Wie wird sich ihre Bedeutung in Zukunft entwickeln, welcher Handlungsbedarf besteht?
37. Wie viele Hospizeinrichtungen welcher Art gibt es in Rheinland-Pfalz?
38. Wie verteilen sie sich regional?

39. Wie groß ist ihre Versorgungskapazität absolut und bezogen auf die Einwohnerzahl? Wie sieht nach Kenntnis der Landesregierung ihre Versorgungskapazität insoweit im Ländervergleich aus?
40. Inwieweit erhalten sie Landesförderung, wie sieht die Kostentragung ihrer Arbeit im Übrigen aus? Inwieweit unterscheiden sich Landesförderung und Kostentragung in Rheinland-Pfalz nach Kenntnis der Landesregierung von der Situation der anderen Länder?
41. Inwieweit entsprechen ihre Zahl, ihre Förderung und ihre Versorgungskapazität in Rheinland-Pfalz dem Bedarf?
42. Welche Probleme und Defizite bestehen regional und insgesamt?
43. Wie viele Hospizplätze (Betten) müsste Rheinland-Pfalz rechnerisch haben?
44. Welche weiteren Einrichtungen mit welcher Kapazität sind derzeit in der Planung? Welche Koordinierung findet durch die Landesregierung statt? Welche Förderungen sind für die Neueinrichtung vorgesehen?
45. Wie wird sich ihre Bedeutung in Zukunft entwickeln, welcher Handlungsbedarf besteht?

Perspektiven

46. Inwieweit müssen sich Betreuung und Versorgung Sterbender in Zukunft konzeptionell ändern?
47. Welche Rolle spielen dabei Beratung und Qualifizierung?
48. Wie wird sich der entsprechende Bedarf eines Netzwerkes von Behandlung, Betreuung und Pflege entwickeln?
49. Welcher Stand ist erreicht, welcher Handlungsbedarf besteht?
50. Inwieweit müssen Behandlung, Betreuung und Pflege Sterbender durch Wissenschaft und Forschung fundiert werden?
51. Welcher Sachstand ist erreicht, welcher Handlungsbedarf besteht?

Das **Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie** hat die Große Anfrage namens der Landesregierung – Zuleitungsschreiben des Chefs der Staatskanzlei vom 20. Januar 2015 – wie folgt beantwortet:

Die meisten Menschen wünschen sich ein Sterben im vertrauten Umfeld. Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen spricht in diesem Zusammenhang vom Grundsatz der Letztverlässlichkeit. Vertraute Umgebung – das sind in der Regel die Familie und die gewohnte häusliche Umgebung. Rheinland-Pfalz verfügt über eine gut ausgebaute hospizliche und palliative Versorgungsstruktur. Seit einigen Jahren konstant ist aber in fast der Hälfte aller Sterbefälle der Sterbeort das Krankenhaus. Der weitere Ausbau der ambulanten Strukturen und die verbindliche Zusammenarbeit aller Akteure müssen daher weiter verfolgt werden.

Die Landesregierung unterstützt die Bemühungen um eine würdige Versorgung der Menschen in ihrer letzten Lebensphase und dokumentiert dies auch mit der Unterzeichnung der Charta. Da ausnahmslos alle Menschen sich mit den Themen Sterben, Tod und Trauer auseinanderzusetzen haben, ist eine öffentliche Diskussion von großer Bedeutung.

Die Landesregierung ist darum bemüht, diesen Dialog gemeinsam mit den Bürgerinnen und Bürgern zu führen und sowohl die gesellschaftliche Debatte als auch durch gute Unterstützungsangebote allen Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Erkenntnisse und Entwicklungen

1. *Welche Erkenntnisse gibt es für Rheinland-Pfalz*
 - a) *zu den Orten sowie*
 - b) *zu den Ursachen und*
 - c) *zur Begleitung und zur Betreuung des Sterbens der Menschen?*
2. *Welche Entwicklungen sind hierzu zu verzeichnen und für die Zukunft zu erwarten?*

Es gibt keine amtliche Statistik über Sterbeorte in Deutschland. Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Sterbefälle in Rheinland-Pfalz in den Jahren 2009 bis 2013, untergliedert nach Altersgruppen. Eine Darstellung der Zahl der im häuslichen Umfeld Gestorbenen ist nicht möglich.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der in Krankenhäusern gestorbenen Menschen:

Tabelle 1: Gestorbene mit Wohnsitz in Rheinland-Pfalz 2009 bis 2013 nach Alter

Alter von ... bis unter ... Jahren	Anzahl				
	2009	2010	2011	2012	2013
unter 1	124	97	107	130	99
1 bis 15	64	67	56	55	48
15 bis 20	77	62	63	55	40
20 bis 25	88	91	117	87	71
25 bis 30	105	78	105	95	78
30 bis 35	120	135	128	105	127
35 bis 40	186	163	161	142	150
40 bis 45	407	428	334	353	327
45 bis 50	745	760	745	667	700
50 bis 55	1 156	1 121	1 167	1 166	1 187
55 bis 60	1 742	1 612	1 639	1 649	1 766
60 bis 65	1 921	2 019	2 240	2 264	2 393
65 bis 70	3 242	2 918	2 623	2 489	2 558
70 bis 75	4 918	4 987	4 834	4 792	4 678
75 bis 80	5 985	6 000	6 013	6 229	6 365
80 bis 85	8 369	8 229	8 044	8 205	8 111
85 bis 90	8 711	8 702	8 692	8 709	9 101
90 und mehr	5 943	5 996	6 577	7 212	7 733
Insgesamt	43 903	43 465	43 645	44 404	45 532
Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Landesamt.					

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die in Krankenhäusern verstorbenen Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Rheinland-Pfalz in den Jahren 2009 bis 2013, untergliedert nach Altersgruppen:

Tabelle 2: In Krankenhäusern verstorbene Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Rheinland-Pfalz 2009 bis 2013 nach Alter

Alter von ... bis unter ... Jahren	Anzahl					Anteil an den Gestorbenen insgesamt in %				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
unter 1	100	87	84	96	84	80,6	89,7	78,5	73,8	84,8
1 bis 15	35	34	33	30	34	54,7	50,7	58,9	54,5	70,8
15 bis 20	24	27	18	23	14	31,2	43,5	28,6	41,8	35,0
20 bis 25	37	28	36	23	26	42,0	30,8	30,8	26,4	36,6
25 bis 30	38	32	35	37	29	36,2	41,0	33,3	38,9	37,2
30 bis 35	40	50	41	41	51	33,3	37,0	32,0	39,0	40,2
35 bis 40	84	70	68	64	56	45,2	42,9	42,2	45,1	37,3
40 bis 45	201	188	138	156	146	49,4	43,9	41,3	44,2	44,6
45 bis 50	355	385	365	320	331	47,7	50,7	49,0	48,0	47,3
50 bis 55	599	569	579	567	638	51,8	50,8	49,6	48,6	53,7
55 bis 60	890	881	855	864	928	51,1	54,7	52,2	52,4	52,5
60 bis 65	1 066	1 070	1 277	1 250	1 319	55,5	53,0	57,0	55,2	55,1
65 bis 70	1 785	1 637	1 418	1 401	1 443	55,1	56,1	54,1	56,3	56,4
70 bis 75	2 710	2 699	2 671	2 641	2 656	55,1	54,1	55,3	55,1	56,8
75 bis 80	3 085	3 084	3 146	3 239	3 433	51,5	51,4	52,3	52,0	53,9
80 bis 85	3 951	3 915	3 780	3 859	3 907	47,2	47,6	47,0	47,0	48,2
85 bis 90	3 492	3 515	3 437	3 496	3 669	40,1	40,4	39,5	40,1	40,3
90 und mehr	1 670	1 697	1 908	2 136	2 279	28,1	28,3	29,0	29,6	29,5
Insgesamt	20 162	19 968	19 889	20 243	21 043	45,9	45,9	45,6	45,6	46,2
Quelle: Diagnosestatistik der Krankenhäuser, Statistisches Landesamt.										

In Rheinland-Pfalz stellt sich die Zahl der Gestorbenen nach ausgewählten Todesursachen und Verwaltungsbezirken wie folgt dar:

Tabelle 3: Gestorbene 2000 bis 2013 nach ausgewählten Todesursachen

Todesursache	2000	2005	2010	2012	2013
	Anzahl				
Insgesamt	42 088	42 784	43 465	44 404	45 532
darunter					
bösartige Neubildungen	10 575	10 746	10 958	11 102	11 391
Stoffwechselkrankheiten	1 351	1 330	1 307	1 737	1 818
psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen	650	602	1 441	1 919	2 124
Krankheiten des Nervensystems	714	773	997	1 368	1 415
Krankheiten des Kreislaufsystems	19 479	18 993	18 571	18 427	18 511
darunter: ischämische Herzkrankheiten	7 086	6 991	6 807	7 044	7 135
Krankheiten des Atmungssystems	2 936	3 836	3 334	2 786	2 971
Krankheiten des Verdauungssystems	1 744	1 973	2 067	1 959	2 050
Krankheiten des Urogenitalsystems	573	913	887	884	869
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1 402	1 428	1 263	1 459	1 652
	je 100 000 der Standardbevölkerung ^{*)}				
Insgesamt	662,7	608,4	555,6	539,5	542,7
darunter					
bösartige Neubildungen	184,1	171,2	159,7	156,8	158,3
Stoffwechselkrankheiten	20,4	18,4	16,5	20,3	20,8
psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen	10,8	9,3	16,5	19,3	21,4
Krankheiten des Nervensystems	11,7	11,4	12,8	17,1	17,1
Krankheiten des Kreislaufsystems	280,4	244,4	211,5	194,3	191,5
darunter: ischämische Herzkrankheiten	152,2	134,2	116,9	112,4	111,0
Krankheiten des Atmungssystems	43,4	49,6	39,3	31,8	34,1
Krankheiten des Verdauungssystems	29,7	29,7	28,0	26,1	27,1
Krankheiten des Urogenitalsystems	8,3	11,5	9,6	9,1	8,6
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	30,6	28,8	23,5	25,6	26,8
*) Siehe Metadaten.					
Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz/Statistisches Jahrbuch 2014.					

In der Lebensdauer beziehungsweise Lebenserwartung einer Generation spiegelt sich das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen der Zeit, in der Menschen leben. Große Bedeutung kommt dabei den medizinischen Versorgungsmöglichkeiten, dem materiellen Wohlstand einer Gesellschaft, der Bildung und den kulturellen Lebensgewohnheiten der Menschen zu. Sterberaten und Todesursachen geben als demografische Indikatoren Bedeutung wichtige Informationen zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.

Vor allem nach 1970 hat die Lebenszeitverlängerung in den oberen Altersgruppen an Gewicht gewonnen. Lebensverlängernde Maßnahmen in unterschiedlichsten Lebensbereichen hatten und haben offenbar einen besonders positiven Effekt hinsichtlich des Sterberisikos alter und sehr alter Menschen.

3. *Inwieweit entspricht die Situation Sterbenskranker den Wünschen und Vorstellungen der Menschen?*

4. *Welche Entwicklungen sind hierzu zu verzeichnen und für die Zukunft zu erwarten?*

Umfragen belegen, dass die meisten Menschen zu Hause sterben möchten, demgegenüber sterben fast die Hälfte aller Gestorbenen im Krankenhaus. Der Anteil der im Krankenhaus Gestorbenen betrug bis zum Ende des 20. Jahrhunderts rund 70 Prozent und ist damit erheblich zurückgegangen. Es gibt bisher allerdings in Deutschland kaum verlässliche Aussagen darüber, wie hoch der Anteil der Menschen ist, die in ihrer gewohnten Umgebung, sei es in der eigenen Wohnung oder in dem eigenen Zimmer einer Einrichtung der Altenhilfe, versterben.

Voraussetzungen

5. *Inwieweit sind die Ärzte in Rheinland-Pfalz*

a) im ambulanten und

b) im stationären Bereich

hinsichtlich des besonderen Behandlungsbedarfs sterbenskranker Menschen qualifiziert, inwieweit gibt es regionale Unterschiede?

6. *Welche Entwicklungen sind hierzu zu verzeichnen?*

Die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen ist seit je her ureigene Aufgabe der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und hier insbesondere der Hausärztinnen und Hausärzte.

In Rheinland-Pfalz besitzen nach Auskunft der Landesärztekammer 480 Ärzte die Zusatz-Bezeichnung „Palliativmedizin“. Von diesen sind 213 im stationären und 225 im ambulanten Bereich tätig. Ob regionale Unterschiede bestehen, kann nicht ermittelt werden.

Es ist festzustellen, dass die von der Akademie für Ärztliche Fortbildung angebotenen Kurse zur Erlangung der Zusatz-Bezeichnung „Palliativmedizin“ stets ausgebucht sind, sodass von einem unverändert großen Interesse in der Ärzteschaft an der Palliativmedizin und einem Erwerb der entsprechenden Zusatzbezeichnung auszugehen ist.

Stationäre palliativmedizinische Versorgung erhalten Patientinnen und Patienten in Rheinland-Pfalz an allen Krankenhäusern mit somatischen Fachabteilungen, besonders in den Fachrichtungen Innere Medizin und Intensivmedizin. An 25 dieser Krankenhäuser ist zusätzlich eine Palliativstation ausgewiesen; auf die Antworten zu den Fragen 14 und 15 wird an dieser Stelle verwiesen. Schmerzbehandlung, die in den Krankenhäusern – mit und ohne Palliativstation – erbracht wird, um die Leiden schwerstkranker oder sterbender Menschen zu lindern, ist Bestandteil des Versorgungsauftrags.

7. *Inwieweit entspricht die Situation dem Bedarf, welche Probleme und Defizite bestehen?*

Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen fordert, die ambulanten Versorgungsstrukturen – ambulante Hospizdienste, Strukturen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung – flächendeckend, auf hohem qualitativen Niveau und integriert in ein regionales Gesamtnetzwerk weiterzuentwickeln, auszubauen und in ihrer Finanzierung abzusichern.

Hinsichtlich des konkreten Bedarfs liegen keine Informationen vor. Die Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung zeigen aber, dass bei vielen Patientinnen und Patienten der Wunsch besteht, auch im letzten Lebensabschnitt von der Hausärztin beziehungsweise dem Hausarzt, die beziehungsweise der den Patienten häufig über Jahre begleitet hat, behandelt zu werden. Daher haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband zum 1. Oktober 2013 neue Gebührenordnungspositionen für die allgemeine palliativ-medizinische Behandlung in das hausärztliche Kapitel des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) aufgenommen.

Damit soll dem Bedarf an ambulanter Versorgung besser Rechnung getragen werden.

Diese Gebührenordnungs-Ziffern wurden in den Abrechnungsquartalen 4/2013 bis 2/2014 von Vertragsärzten im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz in der nachfolgenden Häufigkeit erbracht:

Tabelle 4:

GOP	GOP Beschreibung	Beschreibung	2013/4	2014/1	2014/2
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	Zahl der abgerechneten Leistungen	7 175	3 837	3 710
		Zahl der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte	1 540	1 232	1 154
03371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	Zahl der abgerechneten Leistungen	3 473	3 118	3 459
		Zahl der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte	990	870	915
03372	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	Zahl der abgerechneten Leistungen	11 268	13 875	12 708
		Zahl der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte	1 274	1 284	1 257
03373	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	Zahl der abgerechneten Leistungen	2 651	3 340	2 993
		Zahl der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte	686	766	679

Die Daten geben die Zahl der von der Vertragsärzteschaft abgerechneten Leistungen wieder. Aus der Zahl der Ersterhebungen, die nur einmal je Krankheitsfall (der Krankheitsfall umfasst die Behandlung derselben Erkrankung im aktuellen Quartal und in den nachfolgenden drei Quartalen) abrechenbar ist, kann man die Zahl der Neufälle im jeweiligen Quartal erkennen.

Weitergehende Daten, aus denen sich Anhaltspunkte für den Versorgungsbedarf erschließen könnten, liegen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz nicht vor. Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung könne aus den Erfahrungen regionaler Projekte und Netze gefolgert werden, dass etwa fünf bis zehn Palliativpatientinnen und -patienten innerhalb eines Jahres von einer Praxis betreut würden. Studien hätten gezeigt, dass hierbei Zuwendung und ein entsprechendes Zeitkontingent dafür im Vordergrund ständen.

Ziel der palliativmedizinischen Versorgung im Rahmen der oben genannten Abrechnungsziffern sei, dem Patienten ein würdevolles Sterben in seiner gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Für die fachliche oder sonstige Unterstützung des Hausarztes bestünde die Möglichkeit, entsprechende Angebote der Ärztekammern oder der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in Anspruch zu nehmen.¹⁾

Auf dem rheinland-pfälzischen Hospiztag, den das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie in Zusammenarbeit mit der Akademie der Pfalz, der ökumenischen Hospizhilfe und der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz im Jahr 2014 durchgeführt hat, wurde die Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungserbringern und den verschiedenen Berufsgruppen formuliert. Hier ist eine engagiert regionale Netzwerkbildung notwendig. Anhand von verbindlichen Kooperationen können die Hilfsangebote verlässlich und konsequent angeboten werden.

8. Wie wird sich der entsprechende Bedarf in Zukunft entwickeln, welcher Handlungsbedarf besteht?

Mit Blick auf die demographische Entwicklung der Bevölkerung und den technischen Fortschritt in der Medizin wird sich der Anteil der Patientinnen und Patienten, der eine medizinische Betreuung benötigt, erhöhen.

Es ist daher davon auszugehen, dass sich daraus ein zusätzlicher Bedarf an Palliativmedizinern ableiten lässt. Die vorhandenen Angebote in Aus-, Weiter- und Fortbildung müssen dieser Entwicklung Rechnung tragen.

1) Köhler/Hess, Kölner Kommentar zum EBM.

*9. Inwieweit sind die Pflegekräfte in Rheinland-Pfalz**a) im ambulanten und**b) im stationären Bereich**hinsichtlich des besonderen Pflegebedarfs sterbenskranker Menschen qualifiziert?*

Junge Menschen, die im Bereich der Pflege beruflich tätig werden möchten, auf den Umgang mit sterbenden Menschen vorzubereiten, gehört zu den sensibelsten Aufgaben, die eine Pflegeausbildung leisten muss.

Auszubildende in allen Pflegefachberufen werden in Rheinland-Pfalz auf diese Situation entsprechend vorbereitet und sind daher in hohem Maße qualifiziert, um professionell handeln zu können. Im Lernmodul 26 (Pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen, Angehörige und Bezugspersonen in der Endphase des Lebens und beim Sterben begleiten) des Rahmenlehrplans und Ausbildungsrahmenplans für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes sind die entsprechend zu vermittelnden Fertigkeiten dargestellt. Die angehenden Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte werden am Lernort Schule unter anderem befähigt, sterbende Menschen, deren Angehörige und Bezugspersonen in der Endphase des Lebens zu begleiten. Die Auszubildenden befassen sich mit medizinischen, physiologischen, psychologischen und kulturellen sowie juristischen Aspekten der Lebensendphase und des Sterbens. Auch die Versorgung der Verstorbenen wird im Unterricht gelehrt. So wird die Feststellung des Todes, die Versorgung des Leichnams, der Einbeziehung von Angehörigen sowie Beratungsaspekte vermittelt. Die gelehrteten Fertigkeiten werden im Rahmen der praktischen Ausbildung vertieft und angewandt.

Der Lehrplan und Rahmenplan für die Fachschule Altenpflege regelt in Lernmodul 6 (Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken II) die Kompetenzen der angehenden Altenpflegerinnen und Altenpfleger im palliativmedizinischen Bereich. Die Auszubildenden werden befähigt, palliative Pflege im Endstadium des Lebens unter Anwendung der verordneten Schmerztherapie zu gewährleisten. Dies gilt für den Lernort Schule und auch für die praktische Ausbildung.

Da die Rahmenlehrpläne und Ausbildungsrahmenpläne sowohl für Berufsangehörige im ambulanten, wie im stationären Bereich Gültigkeit besitzen, sind die Pflegefachkräfte im Lande gleichermaßen befähigt.

*10. Welche Entwicklungen sind hierzu zu verzeichnen, inwieweit gibt es regionale Unterschiede?**11. Inwieweit entspricht die Situation dem Bedarf, welche Probleme und Defizite bestehen?**12. Wie wird sich der entsprechende Bedarf in Zukunft entwickeln, welcher Handlungsbedarf besteht?*

Der Landesregierung liegen keine Daten bezüglich einer regionalen Unterscheidung vor. Auch sind der Landesregierung keine Beschwerden bekannt, die eine problematische Unter- oder Fehlversorgung im palliativmedizinischen Bereich in unverhältnismäßiger Höhe in einer bestimmten Region des Landes zum Inhalt hätten. Dennoch sind Weiterbildungen der Pflegekräfte in Palliative Care sinnvoll. Die bestehenden Fort- und Weiterbildungsangebote in der Palliative Care sind dafür gut geeignet.

Aufgrund der grundsätzlichen demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass der Bedarf an palliativer Pflege weiter zunehmen wird.

Bei der von der Bundesregierung angekündigten und von der rheinland-pfälzischen Landesregierung unterstützten Generalisierung der Pflegeausbildungen muss diesem Aspekt Rechnung getragen werden.

13. Inwieweit wird Sterbebegleitung von den Ärzten in Rheinland-Pfalz als Behandlungsbestandteil praktiziert?

Auf die Antwort der Landesregierung zu Frage 7 wird verwiesen.

14. Inwieweit wird Sterbebegleitung in den Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz als Behandlungs- und Pflegebestandteil praktiziert?

Palliativmedizinische Versorgung erhalten Patientinnen und Patienten in Rheinland-Pfalz an allen Krankenhäusern mit somatischen Fachabteilungen, besonders in den Fachrichtungen Innere Medizin und Intensivmedizin. Allgemeinkrankenhäuser, die im Rahmen ihres Versorgungsauftrages schwerstkranken oder sterbende Menschen versorgen, die an einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, können palliativmedizinische Leistungen erbringen, ohne dass es einer besonderen Ausweisung im Krankenhausplan bedarf.

Die Palliativmedizin konzentriert sich auf die bestmögliche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Behandlung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen. Gemeinsames Ziel ist es, für weitgehende Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität zu sorgen – in welchem Umfeld auch immer Betroffene dies wünschen.²⁾ An 25 der rheinland-pfälzischen Krankenhäuser wurden Palliativstationen eingerichtet, die den Bedürfnissen schwerstkranker und sterbender Menschen und deren Angehörigen in besonderem Maße entsprechen.

²⁾ Leitsatz der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin – DGP –.

Die Palliativstation ist eine Versorgungseinheit innerhalb des Krankenhauses. Sie betreut nicht an der Grunderkrankung behandelbare Personen mit weit fortgeschrittener Erkrankung, meist einer Tumorerkrankung, in der Endphase ihres Lebens. In die Palliativstation werden Menschen aufgenommen, die unter erheblichen körperlichen und psychosozialen Problemen leiden, die ambulant nicht ausreichend gelöst und behandelt werden können.

Hierzu ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich. Es muss eine ärztliche, pflegerische, psychologische und physiotherapeutische Behandlung und Betreuung möglich sein. Die organisatorische Hilfe der Sozialarbeit ist erforderlich. Musik- und Maltherapie und andere komplementäre Angebote sind für viele Patientinnen und Patienten sinnvoll. Die Begleitung durch Geistliche und Theologen ist zu ermöglichen. Auch die Unterstützung ehrenamtlich tätiger Menschen kann entlastend wirken.

15. Wie wird sich der entsprechende Bedarf in Zukunft entwickeln, welcher Handlungsbedarf besteht?

Über die bereits ausgewiesenen Palliativstationen hinausgehende Versorgungsaufträge für weitere Krankenhäuser sind nur dann sinnvoll, wenn diese eine Ergänzung beziehungsweise eine Vernetzung mit den umgebenden ambulanten Strukturen ermöglichen. Auch für die Palliativmedizin gilt im der gesundheitspolitische Ansatz, ambulanter vor stationärer Behandlung und Versorgung zu realisieren. Der Bedarf im stationären Sektor wird im Rahmen der Krankenhausplanung ständig aktualisiert. Ein darüber hinausgehender Bedarf besteht zurzeit nicht.

16. Inwieweit wird Sterbebegleitung von den Pflegediensten in Rheinland-Pfalz als Pflegebestandteil praktiziert?

Ambulante Pflegedienste übernehmen die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in deren Wohnung beziehungsweise im häuslichen Umfeld des Palliativpatienten (Pflegesachleistung). Pflegedienste, die mit den Pflegekassen einen Vertrag abgeschlossen haben, sind zu bestimmten Qualitätsstandards verpflichtet. Im Bedarfsfall arbeiten ambulante Pflegedienste mit den in der Palliativversorgung Tätigen zusammen. Die Häusliche Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch umfasst keine Leistungen der Sterbebegleitung als Bestandteil der Behandlungspflege.

17. Inwieweit wird Sterbebegleitung von den Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz als Pflegebestandteil praktiziert?

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch fordert nach den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der vollstationären Pflege, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen Angebote zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes durchführen. Der Rahmenvertrag für die vollstationäre Pflege in Rheinland-Pfalz nach § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch benennt die Sterbebegleitung als eine von der Einrichtung im Rahmen der sozialen Betreuung zu erbringende Leistung.

Auch das Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) fordert in § 15 Abs. 1 Nr. 2 LWTG von dem Träger und der Leitung von Einrichtungen nach dem Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe, die sterbende Menschen betreuen – hier sind insbesondere Einrichtungen für ältere, pflegebedürftige Menschen gemeint-, die Umsetzung eines Konzeptes der Palliativversorgung.

Dementsprechend wird Sterbebegleitung entweder im jeweiligen Pflegeleitbild beschrieben, als eigenständiges Konzept zur Palliativversorgung oder im allgemeinen Einrichtungskonzept entsprechend dargestellt. Viele Einrichtungen arbeiten auch mit den Hospizvereinen zusammen, sodass auch darüber Bewohnerinnen und Bewohner in ihrem Sterbeprozess begleitet werden können. Im Rahmen ihres Beratungsauftrags achtet die Beratungs- und Prüfbehörde nach dem Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe darauf, dass die Sterbebegleitung als integraler Bestandteil einer ganzheitlichen Pflege den ihr zukommenden Stellenwert erhält.

18. Wie wird sich der entsprechende Bedarf in Zukunft entwickeln, welcher Handlungsbedarf besteht?

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass der Bedarf an pflegerischer Versorgung durch ambulante Pflegedienste zunehmen wird. Die Pflege- und Krankenkassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung die pflegerische und behandlungspflegerische Versorgung der Versicherten sicher zu stellen (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit Trägern von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern ab.

*Palliativversorgung**19. Inwieweit ist**a) die Allgemeine Ambulante Palliativ-Versorgung und**b) die Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung**in Rheinland-Pfalz gegeben? Inwieweit unterscheidet sich nach Kenntnis der Landesregierung die Situation in Rheinland-Pfalz von der der anderen Länder?*

Im ambulanten Bereich ist die palliativmedizinische Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten Aufgabe der Vertragsärzteschaft, insbesondere der Hausärztinnen und Hausärzte. Die Bedarfsplanung im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ist eine Selbstverwaltungsaufgabe.

Sie erfolgt durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf der Grundlage der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Da Palliativmedizin Teil der hausärztlichen Versorgung und damit Aufgabe aller Hausärztinnen und Hausärzte ist, gibt es keine separate Bedarfsplanung. In Rheinland-Pfalz liegt bei der hausärztlichen Versorgung in keinem Planungsbereich eine Unterversorgung vor. Ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste betreuen unheilbar kranke Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung zu Hause und in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe. Sie bieten Unterstützung und Begleitung durch ehrenamtliche Hospizhelfer. Hauptamtliche Hospiz- und Palliativpflegefachkräfte bieten palliative Beratung für Patient und Angehörige und arbeiten in enger Vernetzung mit den Hausärzten und ambulanten Pflegediensten. Dagegen verfügen ambulante Hospizgruppen ausschließlich über ehrenamtliche Hospizhelfer und ggf. Koordinationskräfte.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 wurde zum 1. April 2007 durch Ergänzung des § 37 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend dem anerkannten gesellschaftlichen Ziel aufgenommen, mehr Menschen ein Sterben in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Der G-BA hat nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 14 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch am 20. Dezember 2007 die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-RL) zur Sicherung der Versorgung von Versicherten beschlossen, die – bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung – unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden und eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist ein besonderes Angebot, das als Ergänzung zum regulären System der vertragsärztlichen Versorgung konzipiert wurde.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist gekennzeichnet durch den besonderen Koordinations- und Versorgungsbedarf, der an die Leistungserbringer sehr hohe Qualifikations- und Erfahrungsanforderungen stellt und komplexe Teamarbeit erfordert, da es sich bei der spezialisierten ambulante Palliativversorgung um eine Gesamtleistung aus palliativärztlichen und palliativpflege- rischen Leistungsanteilen einschließlich Koordinierung handelt.

Im Januar 2011 konnte unter Moderation des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie ein Rahmenvertrag zwischen den Leistungserbringern der SAPV und den Kostenträgern und deren Landesverbände in Rheinland-Pfalz abgeschlossen werden, auf dessen Basis die flächendeckende und kostentragende Umsetzung in Rheinland-Pfalz erst möglich wurde. Die Umsetzung dieses Rahmenvertrags ermöglicht den betroffenen Patientinnen und Patienten nach Rückmeldung der SAPV-Teams eine gute und umfassende Versorgung.

Die zurzeit sieben SAPV-Teams befinden sich in folgenden Versorgungsgebieten:

Mittelrhein-Westerwald:	3
Rheinhessen-Nahe:	3
Rheinpfalz:	1.

Die Berichte des GKV-Spitzenverbands zum Stand der vertraglichen Umsetzung der SAPV zeigen bundesweit eine kontinuierliche Zunahme von abgeschlossenen Verträgen nach § 132 d Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; zum Stichtag 31. Dezember 2013 wird die Zahl der Verträge bundesweit mit 241 angegeben, drei Jahre zuvor waren es erst 129.

20. Inwieweit entspricht das Angebot dem Bedarf, welche Probleme und Defizite bestehen?

Allgemein ist davon auszugehen, dass nur ein kleiner Anteil der Patientinnen und Patienten am Lebensende eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung benötigt. Der überwiegende Teil der schwerstkranken und sterbenden Menschen kann und soll vom vertrauten Arzt in enger Kooperation mit Pflegediensten, ambulanten Hospizen und anderen Gesundheitsberufen adäquat ambulant versorgt werden. Dies wird auch künftig ein Schwerpunkt in Rheinland-Pfalz sein.

Im Hinblick auf den Bedarf wird auf die Ausführungen zu Frage 7 verwiesen. Die Betreuung Sterbender geht aus gesamtheitlichen Gesichtspunkten über den medizinischen Aspekt hinaus.

21. *Wie viele Palliativstationen gibt es in Rheinland-Pfalz?*

An rheinland-pfälzischen Krankenhäusern gibt es 25 Palliativstationen. Auf die Antwort zu Frage 14 wird verwiesen.

22. *Wie verteilen sie sich regional?*

Die Krankenhäuser mit einer Palliativstation befinden sich in folgenden Versorgungsgebieten:

Mittelrhein-Westerwald:	10 Krankenhäuser,
Rheinhausen-Nahe:	5 Krankenhäuser,
Rheinpfalz:	5 Krankenhäuser,
Trier:	3 Krankenhäuser,
Westpfalz:	2 Krankenhäuser.

23. *Wie groß ist ihre Versorgungskapazität (Bettenzahl) absolut und bezogen auf die Einwohnerzahl? Wie sieht nach Kenntnis der Landesregierung ihre Versorgungskapazität insoweit im Ländervergleich aus?*

Die 25 Palliativstationen verfügen zusammen über 138 Betten/Plätze. Gemessen an der Einwohnerzahl von 3 994 366 Menschen (Stand: 31. Dezember 2013) ergibt dies ein Palliativbett auf 28 945 Menschen beziehungsweise 35 Betten pro eine Million Einwohnerinnen und Einwohner.

Damit liegt Rheinland-Pfalz deutlich über dem Bundesdurchschnitt von rund 22 Betten pro eine Million Einwohnerinnen und Einwohner und im Vergleich der Bundesländer an zweitbesten Stelle (aktueller Stand für Rheinland-Pfalz – die nachfolgende vergleichende Darstellung der Bundesländer ist noch auf dem Stand von 2012 – Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin).

Die Versorgungskapazitäten anderer Bundesländer (Betten pro 1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner) gestalten sich nach Kenntnis der Landesregierung wie folgt:

Baden-Württemberg:	18
Bayern:	27
Berlin:	18
Brandenburg:	20
Bremen:	27
Hamburg:	19
Hessen:	15
Mecklenburg-Vorpommern:	36
Niedersachsen:	29
Nordrhein-Westfalen:	18
Saarland:	21
Sachsen:	23
Sachsen-Anhalt:	20
Schleswig-Holstein:	17
Thüringen:	25.

(Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2012.)

24. *Inwieweit erhalten sie Landesförderung, wie sieht die Kostentragung ihrer Arbeit im Übrigen aus? Welche Unterschiede bei der Landesförderung gibt es zu den anderen Ländern?*

Palliativstationen in Krankenhäusern werden nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vom Land gefördert und nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes finanziert.

25. *Welche Dokumentationsverpflichtungen gibt es, wie hoch ist der Aufwand/Umfang, der hierfür betrieben werden muss, und welchen Einfluss hat die Dokumentation auf die Kostenerstattungen?*

Der Landesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, wonach der Dokumentationsaufwand über das erforderliche Maß für Abrechnungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgeht.

26. *Inwieweit entsprechen ihre Zahl, ihre Förderung und ihre Versorgungskapazitäten dem Bedarf?*

Die Landesregierung geht davon aus, dass mit den 25 Palliativstationen und ihren Versorgungskapazitäten ein dem Bedarf entsprechendes Angebot geschaffen wurde. Es stand und steht den Krankenhäusern frei, die mit der Einrichtung verbundenen Kosten im Rahmen der Krankenhausinvestitionen des Landes gelten zu machen.

27. *Welche Probleme und Defizite bestehen regional und insgesamt?*

Der Landesregierung sind im Zusammenhang mit der Einrichtung und dem Betrieb von Palliativstationen keine Probleme bekannt.

28. *Wie viele Palliativstationsplätze (Betten) müsste Rheinland-Pfalz rechnerisch bezogen auf die Einwohnerzahl haben?*

29. *Wie wird sich ihre Bedeutung in Zukunft entwickeln, welcher Handlungsbedarf besteht?*

Es gibt keine kalkulatorische Grundlage zur Berechnung der Palliativmedizinischen Betten in Krankenhäusern. Die Relation zur Einwohnerzahl dient allein der nachrichtlichen Darstellung, zeigt aber, dass Rheinland-Pfalz weit über dem Bundesdurchschnitt an vorderer Stelle der Bundesländer liegt.

Palliativmedizinische Betreuung wird in allen Krankenhäusern mit somatischen Fachabteilungen vorgehalten. An 25 dieser Krankenhäuser ist die palliativmedizinische Betreuung in Form einer Palliativstation möglich. Damit stehen besondere räumliche Strukturen zur Verfügung. Schwerstkranke und sterbende Menschen werden in den Palliativstationen der Krankenhäuser versorgt, wenn eine akute Behandlungsbedürftigkeit vorliegt und eine Versorgung im ambulanten Umfeld nicht möglich ist. Palliativstationen stellen einen Baustein der hospizlichen und palliativen Versorgungsstrukturen dar. Eine unmittelbare Notwendigkeit zur weiteren Ausbau der Palliativstationen wird zwar derzeit nicht gesehen, es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass sich in Zukunft in bestimmten Regionen ein darauf abzielender Bedarf ergibt.

Hospizdienste und Hospizeinrichtungen

30. *Wie viele Hospizdienste gibt es in Rheinland-Pfalz?*

In Rheinland-Pfalz gibt es 34 ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste (AHPB), zwei ambulante Kinderhospize sowie sechs ambulante Hospizdienste. Ambulante Hospize kümmern sich nicht primär um die Krankheit selbst, sondern um den Menschen, dessen selbstbestimmtes Leben in der ihm vertrauten Umgebung möglichst lange erhalten werden soll. Die ambulanten Hospize haben ihr Selbstverständnis aus der Ehrenamtlichkeit in diesem Bereich entwickelt. Es gibt in diesem Bereich eine gute fachliche Kompetenz, sowohl bei den Pflegekräften wie auch bei ehrenamtlich tätigen Menschen. Bei entsprechender Fachkompetenz (Palliative Care Schwester, Palliativmediziner) können die ambulanten Hospizberatungsdienste in Rheinland-Pfalz aber die Symptomkontrolle begleiten und Hinweise zur Modifikation der jeweiligen Behandlung geben. In der Ergänzungsrahmenvereinbarung zu § 39 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist für Rheinland-Pfalz die Struktur und Qualifikation festgelegt – deren Einhaltung Voraussetzung für finanzielle Unterstützung ist. Ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste machen Palliativberatung und Symptomkontrolle.

31. *Wie verteilen sie sich regional?*

Die ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienste (AHPB) befinden sich in folgenden Versorgungsgebieten:

Mittelrhein-Westerwald:	9 AHPB,
Rheinhessen-Nahe:	8 AHPB,
Rheinpfalz:	8 AHPB,
Trier:	5 AHPB,
Westpfalz:	4 AHPB.

Die ambulanten Hospizdienste (AHD) befinden sich in folgenden Versorgungsgebieten:

Mittelrhein-Westerwald:	3 AHD,
Rheinhessen-Nahe:	2 AHD,
Trier:	1 AHD.

32. *Wie groß ist ihre Versorgungskapazität absolut und bezogen auf die Einwohnerzahl? Wie sieht nach Kenntnis der Landesregierung ihre Versorgungskapazität insoweit im Ländervergleich aus?*

Die Ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsstellen (AHPB) werden über § 39 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unterstützt. 21 Ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste erhalten 100 Prozent der beantragten förderfähigen Kosten, acht Dienste über 80 Prozent und nur sechs Dienste zwischen 50 und 80 Prozent. Im Rahmen des § 39 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können nur die direkten begleitungsbezogenen Kosten im Antrag berücksichtigt werden. Andere Kosten, zum Beispiel für Trauerangebote, für die Beratung der Patienten und ihrer Familie sowie für die Netzwerkarbeit gelten nicht als förderfähige Kosten, sodass ein großer Teil der Kosten durch Spenden abgedeckt werden muss.

33. *Inwieweit erhalten sie Landesförderung, wie sieht die Kostentragung ihrer Arbeit im Übrigen aus? Inwieweit unterscheiden sich nach Kenntnis der Landesregierung Landesförderung und Kostentragung in Rheinland-Pfalz von der Situation der anderen Länder?*

Die Landesregierung begrüßt das bürgerschaftliche Ehrenamt und hält dieses für eine der tragenden Säulen der Gesellschaft.

Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie gewährt den ehrenamtlich Tätigen in der Hospizbewegung Fördermittel. Damit unterstützt das Land seit vielen Jahren die ehrenamtliche Arbeit in ambulanten Hospizen und in der LAG Hospiz mit zuletzt 130 000 Euro. Zusätzlich stehen seit dem Doppelhaushalt 2014/2015 pro Haushaltsjahr Mittel in Höhe von 5 000 Euro bei Kapitel 06 20 Titel 684 63 zur Unterstützung der Kinderhospizarbeit zur Verfügung. Mittel für stationäre Hospizarbeit außerhalb des Ehrenamtes stehen nicht zur Verfügung.

Daneben können ambulante Hospize im Rahmen von § 39 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine finanzielle Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen erhalten. Diese Förderung besteht aus einem Zuschuss je gesetzlich Versicherten. Um die Fördermittel abrufen zu können, müssen die ambulanten Hospize bestimmte, in einer Rahmenvereinbarung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegte Anforderungen erfüllen. Diese Anforderungen beziehen sich auf die quantitative und qualitative personelle Ausstattung und die Kooperation mit anderen an der Hospiz-Versorgung beteiligten Akteuren. Zudem wurden in der Rahmenvereinbarung Vorgaben zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit getroffen.

34. *Inwieweit entsprechen ihre Zahl, ihre Förderung und ihre Versorgungskapazität in Rheinland-Pfalz dem Bedarf?*

In Rheinland-Pfalz ist die ambulante Hospizarbeit bereits gut flächendeckend vorhanden und muss dennoch vereinzelt ausgebaut werden.

35. *Welche Probleme und Defizite bestehen regional und insgesamt?*

36. *Wie wird sich ihre Bedeutung in Zukunft entwickeln, welcher Handlungsbedarf besteht?*

Im Rahmen des ersten rheinland-pfälzischen Hospiztags am 29. März 2014 wurden vor allem die zivilgesellschaftlichen Impulse aus der Hospizbewegung betont. Ein zentrales Stichwort lautete „Demokratisierung der Sorge“. Haltung und Kultur als zentrale Anliegen der Hospizbewegung sind zu nennen. Diese zivilgesellschaftlich verankerte Kultur gilt es zu erhalten und weiter auszubauen.

Auch erfordert die Werbung um ehrenamtliche Mitarbeit und die Sammlung von Spenden eine kontinuierliche Unterstützung der Hospizbewegung. Mit dem ersten rheinland-pfälzischen Hospiztag im Jahr 2014 wurde der Weg einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung beschritten. Diese Form der Öffentlichkeitsarbeit soll fortgesetzt werden und die Arbeit der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und der vielen regionalen Leistungsanbieter und gesellschaftlichen Akteure eine landesweite Plattform geben.

Handlungsbedarf besteht im weiteren Aufbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Ein großer Schritt hin zu einer flächendeckenden Versorgung in Rheinland-Pfalz wurde hier in den letzten Jahren geleistet. Es gibt Schätzungen in den Fachpublikationen, nach denen auf 250.000 Einwohnerinnen und Einwohner ein SAPV-Team bedarfsgerecht sei. Hier sind die Vertragspartner, also die Krankenkassen und ihre Landesverbände sowie die Leistungserbringer, gefragt, weitere Aufbauarbeit zu leisten. Konkret bedeutet dies unter anderem die Notwendigkeit, dass weitere SAPV-Teams entstehen und der zunehmende Fachkräftemangel in ländlichen Gebieten auch eine Rekrutierung für SAPV-Teams erschwert. In diesem Zusammenhang wird von Seiten der Leistungserbringer kritisch darauf hingewiesen, dass die Anlaufkosten für die SAPV-Stützpunkte allein von den Trägern getragen werden müssten.

37. *Wie viele Hospizeinrichtungen welcher Art gibt es in Rheinland-Pfalz?*

38. *Wie verteilen sie sich regional?*

Die stationären Hospize befinden sich in folgenden Versorgungsgebieten:

Mittelrhein-Westerwald:	1 stationäres Hospiz,
Rheinhessen-Nahe:	2 stationäre Hospize,
Rheinpfalz:	2 stationäre Hospize,
Trier:	1 stationäres Hospiz.

39. *Wie groß ist ihre Versorgungskapazität absolut und bezogen auf die Einwohnerzahl? Wie sieht nach Kenntnis der Landesregierung ihre Versorgungskapazität insoweit im Ländervergleich aus?*

Die stationären Hospize in Rheinland-Pfalz halten zusammen 58 Betten/Plätze vor. Gemessen an der Einwohnerzahl von 3.994.366 Menschen (Stand: 31. Dezember 2013) ergibt dies ein Hospizbett auf 68 868 Menschen beziehungsweise 15 Betten pro eine Million Einwohnerinnen und Einwohner.

Damit liegt Rheinland-Pfalz zurzeit noch unterhalb des Bundesdurchschnitts von rund 22 Betten pro eine Million Einwohnerinnen und Einwohner.

Die Versorgungskapazitäten der stationären Hospize anderer Bundesländer (Betten pro 1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner) gestalten sich nach Kenntnis der Landesregierung wie folgt:

Baden-Württemberg:	16
Bayern:	11
Berlin:	47
Brandenburg:	35
Bremen:	12
Hamburg:	40
Hessen:	23
Mecklenburg-Vorpommern:	39
Niedersachsen:	23
Nordrhein-Westfalen:	29
Saarland:	24
Sachsen:	19
Sachsen-Anhalt:	14
Schleswig-Holstein:	27
Thüringen:	26.

(Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin.)

40. Inwieweit erhalten sie Landesförderung, wie sieht die Kostentragung ihrer Arbeit im Übrigen aus? Inwieweit unterscheiden sich Landesförderung und Kostentragung nach Kenntnis der Landesregierung von der Situation der anderen Länder?

Die Finanzierung der stationären Hospize erfolgt auf der Basis gesetzlicher und vertraglicher Vereinbarungen (§ 39 a SGB V) zwischen den Trägern und den Krankenkassen unter Beachtung der Hospizrichtlinie.

Zur Situation in anderen Bundesländern wird auf die als Anlage beigefügte Länderumfrage verwiesen.

41. Inwieweit entsprechen ihre Zahl, ihre Förderung und ihre Versorgungskapazität in Rheinland-Pfalz dem Bedarf?

Es gibt internationale Schätzungen der WHO als auch eine Bedarfsrechnung in Nordrhein-Westfalen. Allerdings spiegeln diese Anhaltswerte nicht das Vorhandensein eines ambulanten Angebotes wieder. Ist dieses gut ausgebaut, wie in Rheinland-Pfalz, ist auch der stationäre Bedarf geringer. Der Ansatz, in Rheinland-Pfalz prioritär die ambulanten Strukturen der hospizlich-palliativen Versorgung voranzubringen und zu unterstützen, wird auch weiterhin konsequent verfolgt. Eine Bedarfsplanung der stationären Hospize ist nicht vorgeschrieben. Die Erfahrung zeigt aber, dass die Träger entsprechender Einrichtungen ihre Planungen mit den regionalen Akteuren der hospizlichen und palliativen Versorgung abstimmen. Im Weiteren wird auf die Antwort zu den Fragen 43 bis 45 verwiesen.

42. Welche Probleme und Defizite bestehen regional und insgesamt?

Die größten Bedarfe werden in relativ ländlichen Regionen gesehen, die an urbane Ballungsräume angrenzen (sogenannte Verdichtungsräume der Landesentwicklungsplanung). In diesen Regionen ähneln die gesellschaftlichen Strukturen eher denen der Städte. Die familiären Strukturen im Umfeld der Menschen ermöglichen im Falle von lebensverkürzenden Erkrankungen seltener eine ambulante Betreuung im vertrauten Umfeld. Sofern keine akute Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit mehr vorliegt, können die Betroffenen in dieser Situation auf die stationären Hospize zurückgreifen.

43. Wie viele Hospizplätze (Betten) müsste Rheinland-Pfalz rechnerisch haben?

44. Welche weiteren Einrichtungen mit welcher Kapazität sind derzeit in der Planung? Welche Koordinierung findet durch die Landesregierung statt? Welche Förderungen sind für die Neueinrichtung vorgesehen?

45. Wie wird sich ihre Bedeutung in Zukunft entwickeln, welcher Handlungsbedarf besteht?

Nach Inbetriebnahme der in Konzeption befindlichen weiteren sechs stationären Hospize wird die Kapazität von derzeit 58 auf etwa 100 Plätze ansteigen. Es werden dann rund 25 stationäre Hospizbetten pro eine Million Einwohnerinnen und Einwohner in Rheinland-Pfalz zur Verfügung stehen. Damit wäre der in Rheinland-Pfalz derzeit noch rechnerisch im Bundesvergleich bestehende Bedarf an stationären Hospizen abgedeckt.

*Perspektiven**46. Inwieweit müssen sich Betreuung und Versorgung Sterbender in Zukunft konzeptionell ändern?*

Mit Unterzeichnung der Charta zur Betreuung sterbender und schwerstkranker Menschen hat die Landesregierung die Verpflichtung übernommen, diese umzusetzen. Für Rheinland-Pfalz bedeutet dies ganz konkret einen Handlungsbedarf in den verschiedenen Versorgungsformen der hospizlichen und palliativen Versorgung. Die Kapazitäten werden weiter ausgebaut. Der erste rheinland-pfälzische Hospiztag zu Beginn dieses Jahres hat die zivilgesellschaftlichen Impulse der Hospizbewegung noch einmal deutlich gemacht. Es geht um die Anerkennung des Sterbens als Teil des Lebens und um eine emphatische Begleitung der sterbenden Menschen.

47. Welche Rolle spielen dabei Beratung und Qualifizierung?

Nach dem Leitsatz 3 der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen hat jeder schwerstkranke und sterbende Mensch ein Recht auf eine angemessene, qualifizierte und bei Bedarf multiprofessionelle Behandlung und Begleitung. Um diesem gerecht zu werden, müssen die in der Palliativversorgung Tätigen die Möglichkeit haben, sich weiter zu qualifizieren, um so über das erforderliche Fachwissen, notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie eine reflektierte Haltung zu verfügen. Für diese Haltung bedarf es der Bereitschaft, sich mit der eigenen Sterblichkeit sowie mit spirituellen und ethischen Fragen auseinanderzusetzen. Der jeweils aktuelle Erkenntnisstand muss in die Curricula der Aus-, Weiter- und Fortbildung einfließen. Dies erfordert in regelmäßigen Zeitabständen eine Anpassung der Inhalte.

48. Wie wird sich der entsprechende Bedarf eines Netzwerkes von Behandlung, Betreuung und Pflege entwickeln?

Netzwerke müssen kontinuierlich ausgebaut werden und bedürfen der dauerhaften Pflege durch die beteiligten Akteure des ambulanten und stationären Bereichs in Medizin und Pflege unter Einbeziehung der starken hospizlichen Zivilbewegung.

49. Welcher Stand ist erreicht, welcher Handlungsbedarf besteht?

Rheinland-Pfalz hat als eines der ersten Bundesländer die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen unterzeichnet und damit dokumentiert, dass die Landesregierung die Charta mit ihren Themen Sterben, Tod und Trauerarbeit ebenso unterstützen möchten wie hospizliche und palliative Pflege.

Das Bundesgesundheitsministerium beabsichtigt für das Jahr 2015 gesetzliche Neuregelungen zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland.

Die Landesregierung erachtet den vorbehaltlosen Umgang der Menschen mit den Themen Sterben, Tod und Trauer für notwendig. Die öffentliche Diskussion dieser Themen ist von großer Bedeutung. Die Landesregierung ist darum bemüht, diesen Dialog gemeinsam mit den Bürgerinnen und Bürgern zu führen.

*50. Inwieweit müssen Behandlung, Betreuung und Pflege Sterbender durch Wissenschaft und Forschung fundiert werden?**51. Welcher Sachstand ist erreicht, welcher Handlungsbedarf besteht?*

Die Landesregierung arbeitet seit Jahren am Runden Tisch der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen mit. Mit der Unterstützung und Weiterentwicklung der Charta und ihrer Leitsätze stellt sich das Land den gesellschaftspolitischen Herausforderungen, um jedem Mensch sein Recht auf Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen. Die Bedürfnisse der Betroffenen werden ernst genommen und bestimmen die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen. Anforderungen an die Aus-, Fort- und Weiterbildung werden berücksichtigt. Entwicklungsperspektiven und Forschung wie auch die europäische und die internationale Dimension sind Bestandteil der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik für die Menschen in dieser letzten Phase ihres Lebens.

Sabine Bätzing-Lichtenthäler
Staatsministerin

Anlage

Bundesland	Gibt es Haushaltsmittel für Hospizeinrichtungen (Ja/Nein)	Höhe der Haushaltsmittel in Euro	Bemerkungen
Baden-Württemberg	Nein	76 000	Förderung für unterstützende Strukturen (überregionale Arbeit, 3 ServicePoints)
Bayern	Ja	350 000	Gefördert wird jeder Hospizplatz mit 1 000 €, außerdem wird die ambulante Hospizarbeit vom StMGP über die Bayerische Stiftung Hospiz mit jährlich rund 100 000 € aus staatlichen Mitteln gefördert.
Berlin	Nein		Gefördert werden u. a.: <ul style="list-style-type: none"> – die Zentrale Anlaufstelle Hospiz (52 186,57 €) – die Geschäftsstelle des Hospiz- und Palliativverbandes Berlin (20 417,80 €) – die Fachstelle für chronisch kranke und pflegebedürftige Kinder „MenschenKind“ (78 235,93 €) – das Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (19 000 €). (Zahlen aus 2014)
Brandenburg	Ja	25 000	Außerdem Beteiligung an Mitteln im Rahmen der Staatlichen Lotterie
Bremen	Nein		
Hamburg	Ja	273 000	
Hessen	Nein	76 000	Förderung der Koordinierung- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA)
Mecklenburg-Vorpommern	Nein	39 947	Gefördert wird die Gewinnung und Stärkung ehrenamtlicher Mitarbeit, Fort- und Weiterbildung, Schulung zur Trauerbegleitung.
Niedersachsen	Nein		Es werden lediglich einige Projekte der Hospiz- und Palliativversorgung mit Sonderfördermitteln gefördert. Darüber hinaus werden einzelne Palliativstützpunkte mit derzeit insgesamt 150 000 € jährlich aus Landesmitteln unterstützt (pro Stützpunkt 5 000 €, die als Anschubfinanzierung gedacht sind).
Nordrhein-Westfalen	Nein		Sogenannte „ALPHA-Stellen“ werden mit rund 500 000 € (einschließlich Projektmittel) pro Jahr gefördert.
Rheinland-Pfalz	Nein	130 000	Förderung des Ehrenamtes in der Hospizbewegung zuzüglich eines Betrags bis zu 10 000 € für weitere Maßnahmen, z. B. Hospiztag

Saarland	Nein	120 000	Gefördert werden sieben Allgemeine Hospiz- und Palliativzentren (AHPZ) – in allen Landkreisen des Saarlandes je ein AHPZ sowie im Regionalverband SB zwei AHPZ – sowie das Kompetenznetz Hospiz und Palliative Care Saarland, welche die Koordinierung der ambulanten Hospizarbeit im Saarland übernimmt.
Sachsen	Ja	589 200 300 000 56 280	Ambulante Hospize Stationäre Hospize LV Hospizarbeit u. Palliativmedizin Sachsen e. V.
Sachsen-Anhalt	Ja	50 000	Das Land Sachsen-Anhalt fördert ambulante Hospizvereine (Doppelhaushalt 2015/2016), die nicht durch die Krankenkassen unterstützt werden. Die jährliche Anschubfinanzierung beträgt pro Verein bis zu 3 300 € und der Landesverband erhält bis zu 4 500 €.
Schleswig-Holstein	Nein		Das Land fördert den Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein (HPVSH) mit jährlich 45 000 €.
Thüringen	Ja	296 000	