



Schriftliche Anfrage

des/r Abgeordneten **Kathrin Sonnenholzner, Ruth Müller, Kathi Petersen, Ruth Waldmann SPD**
vom 01.02.2017

Palliativ- und Hospizversorgung in Bayern

Wir fragen die Staatsregierung:

1. a) Wie beurteilt die Staatsregierung die Versorgungszahlen mit Betten auf Palliativstationen und in Hospizen, nach denen Bayern im Bundesländergleich auf dem vorletzten Platz rangiert und die Versorgungsdichte um rund 25% unter dem bundesweiten Durchschnitt liegt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/ Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.): Palliativversorgung – Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung, Gütersloh, 2015)?
b) Hält die Staatsregierung vor dem Hintergrund dieser Zahlen an ihrer Aussage fest, dass das Ausbauziel für stationäre Palliativbetten fast erreicht ist (Pressemitteilung des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) vom 25.12.2016) und auch der Bedarf an stationären Hospizbetten nahezu erreicht ist (Bericht der Staatsregierung vom 16.10.2015 gemäß Drs. 17/7714) (bitte um Begründung der Antwort)?
c) Welche fachlichen Gründe sprechen nach Auffassung der Staatsregierung für und gegen die Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, nach denen der Bedarf an Betten in stationären Hospizen und Palliativmedizin zwischen 80 und 100 Plätzen pro einer Million Einwohner liegt?
2. a) Wie beurteilt die Staatsregierung die Versorgungszahlen zu Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“, nach denen Bayern im Bundesländervergleich auf dem letzten Platz rangiert und die Versorgungsdichte im Freistaat nur etwa halb so groß ist wie im Bundesdurchschnitt?
b) Welche Ursachen könnten nach Auffassung der Staatsregierung für die Versorgungszahlen mit spezialisierten Palliativmedizinern in Bayern ausschlaggebend sein?
c) Sieht die Staatsregierung im Bereich der Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ ein Versorgungsdefizit in Bayern (bitte um Begründung der Antwort)?
3. a) Wie beurteilt die Staatsregierung die Versorgungszahlen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), nach denen Bayern um rund 16% unter dem Bundesdurchschnitt liegt?
b) Wie beurteilt die Staatsregierung die Empfehlung der European Association for Palliative Care, nach der ein Bedarf von 10 SAPV-Teams je einer Million Einwohner gegeben ist?
c) Hält die Staatsregierung die derzeit in Bayern gegebene Versorgungsdichte von 2,86 SAPV-Teams je einer Million Einwohner für ausreichend (bitte um Begründung der Antwort)?
4. a) Wie beurteilt die Staatsregierung die Versorgungszahlen zu ambulanten Hospizdiensten, nach denen Bayern um rund 20% unter dem Bundesdurchschnitt liegt?
b) Wie beurteilt die Staatsregierung die Schätzungen von Fachpersonen, nach denen ein Bedarf von zwölf bis 25 ambulanten Hospizdiensten je einer Million Einwohner gegeben ist?
c) Hält die Staatsregierung die derzeit in Bayern gegebene Versorgungsdichte von 12,3 ambulanten Hospizdiensten je einer Million Einwohner für ausreichend (bitte um Begründung der Antwort)?
5. a) Wie beurteilt die Staatsregierung die Tatsache, dass in Bayern rund 46% der verstorbenen Personen in einem Krankenhaus sterben, aber nur 3% der Bevölkerung auch in einem Krankenhaus sterben wollen (Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.): „Faktencheck Gesundheit Palliativversorgung Modul 1“, 2015; Zentrum für Qualität in der Pflege: „Bevölkerungsbefragung Versorgung am Lebensende“, 2013)?
b) Welche Maßnahmen wird die Staatsregierung ergreifen, um dem Wunsch von rund drei Viertel der Bevölkerung zu entsprechen, entweder zu Hause oder in einem Hospiz zu sterben?
c) Hält die Staatsregierung es für zielführend, an jedem Plankrankenhaus in Bayern eine Palliativstation einzurichten (bitte um Begründung der Antwort)?
6. a) Wie hoch ist nach Kenntnis der Staatsregierung der Anteil schwerstkranker und sterbender BewohnerInnen in bayerischen Pflegeheimen, die in der Sterbephase noch einmal in ein Krankenhaus verlegt werden?
b) Wie gut sind nach Auffassung der Staatsregierung die Pflegeheime in Bayern auf die Betreuung und Begleitung von sterbenden Bewohner(inne)n und ihren Angehörigen vorbereitet?
c) Wie lässt sich nach Meinung der Staatsregierung sicherstellen, dass BewohnerInnen von Pflegeheimen mit Unterstützung durch Palliativversorgung in der ihnen vertrauten Umgebung sterben können?

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege
vom 07.03.2017

1. a) Wie beurteilt die Staatsregierung die Versorgungszahlen mit Betten auf Palliativstationen und in Hospizen, nach denen Bayern im Bundesländergleich auf dem vorletzten Platz rangiert und die Versorgungsdichte um rund 25% unter dem bundesweiten Durchschnitt liegt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.): Palliativversorgung – Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung, Gütersloh, 2015)?

In Bayern ist die qualitativ hochwertige sowie flächendeckende Palliativ- und Hospizversorgung der Bevölkerung gewährleistet. Aufgrund der in den Bundesländern unterschiedlich gewachsenen Strukturen im Bereich der Palliativ- und Hospizversorgung sind die Zahlen zu vorhandenen Betten auf Palliativstationen und in Hospizen in den einzelnen Bundesländern allenfalls sehr eingeschränkt vergleichbar.

Die Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Bertelsmann-Stiftung zu Strukturen und regionalen Unterschieden in der Hospiz- und Palliativversorgung kommt in ihren „Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen“ selbst zu dem Ergebnis, dass in Deutschland die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in der „allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung“ (nach der Definition der Studie umfasst dies die Hospiz- und Palliativversorgung) deutlich hervortreten und dies insbesondere auf unterschiedliche organisatorische Rahmenbedingungen (z. B. Fachprogramme) sowie divergierende Schwerpunkte in der Versorgung (nach dem Verständnis der Studie ist damit das Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Strukturen gemeint) zurückzuführen ist. Gleichzeitig wird in den „Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen“ darauf hingewiesen, dass *„aus den hier ausgewerteten Strukturdaten [...] weder auf die Zahl der versorgten Patienten noch auf die Qualität der Patientenversorgung geschlossen werden [kann]“*.

Allein aus der Zahl der Betten auf Palliativstationen und in Hospizen kann daher nicht auf die Qualität der Patientenversorgung geschlossen werden. Ein solcher Schluss würde darüber hinaus auch regionale sowie ambulante Strukturen unberücksichtigt lassen. Das von der Studie zitierte „White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe“ weist aber auf die Notwendigkeit der Berücksichtigung u. a. dieser Aspekte hin: *„Generally speaking, the respective number of palliative care beds needed in a certain region will depend on the region's demographic and socio-economic development and on the availability of other specialist palliative care services, providing, for example, respite care or home care.“*

Die Strukturen in der Palliativ- und Hospizversorgung wurden in den letzten Jahren in Bayern wesentlich auf- und ausgebaut. Bei einer Gesamtbetrachtung der Versorgungsstrukturen im Palliativ- und Hospizbereich in Bayern, die neben den stationären Hospiz- und Palliativbetten auch die ambulanten Versorgungsstrukturen, z. B. die Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), die ambulanten Hospizdienste sowie auch die palliativmedizinischen Dienste einschließen muss, ist festzuhalten, dass

eine qualitativ hochwertige sowie flächen- und bedarfsdeckende Versorgung der Bevölkerung gewährleistet ist.

b) Hält die Staatsregierung vor dem Hintergrund dieser Zahlen an ihrer Aussage fest, dass das Ausbauziel für stationäre Palliativbetten fast erreicht ist (Pressemitteilung des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) vom 25.12.2016) und auch der Bedarf an stationären Hospizbetten nahezu erreicht ist (Bericht der Staatsregierung vom 16.10.2015 gemäß Drs. 17/7714) (bitte um Begründung der Antwort)?

Der Bayerische Krankenhausplanungsausschuss hat Ende 2011 ein Fachprogramm „Palliativversorgung in Krankenhäusern“ beschlossen, dem eine Empfehlung der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags „Ethik und Recht der modernen Medizin“ in ihrem Zwischenbericht „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ (BT-Drs. 15/5858 vom 22.06.2005) von 35 Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner zugrunde liegt. Für Bayern ergibt sich hiernach ein Ausbauziel von rund 470 Palliativbetten, das inzwischen mit 49 Palliativstationen und 460 Palliativbetten sowie bereits vorliegenden Bedarfsfeststellungen für weitere 22 Palliativbetten an sechs Standorten mehr als erreicht ist. Im Hinblick auf die Versorgungssituation im Palliativbereich sind zusätzlich die bestehenden ambulanten Versorgungsstrukturen, beispielsweise palliativmedizinische Dienste, zu berücksichtigen.

Aufgrund langjähriger Erfahrungen wird für die stationäre Hospizversorgung grundsätzlich von einer Messzahl von 1 Platz für 60.000 Einwohner ausgegangen. Mit der aktuellen Einwohnerzahl Bayerns errechnet sich so zurzeit gemäß dem Konzept „Bedarfsplanung für stationäre Hospize in Bayern“ (verabschiedet vom Expertenkreis „Palliativmedizin und Hospizarbeit“) ein Bedarf von 210 stationären Hospizplätzen. In Bayern gibt es derzeit 18 stationäre Hospize für Erwachsene mit insgesamt 186 Plätzen. Zusätzlich gibt es das Kinderhospiz St. Nikolaus, Bad Grönenbach, mit acht Plätzen. Derzeit befindet sich in Oberfranken ein Hospiz mit acht Plätzen im Bau. Des Weiteren hat die Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Kranken- und Pflegekassen (ARGE) für insgesamt neun weitere Hospizplätze bei bereits bestehenden Hospizen in Augsburg und Kempten Versorgungsverträge in Aussicht gestellt. Darüber hinaus gibt es Initiativen für zwei weitere neue Hospize mit insgesamt 24 Hospizplätzen.

Regionale Bedarfslagen können vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftlicher Entwicklungen zu einer Abweichung von den genannten Anhaltswerten und damit zur Anerkennung eines höheren Bedarfs führen.

c) Welche fachlichen Gründe sprechen nach Auffassung der Staatsregierung für und gegen die Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, nach denen der Bedarf an Betten in stationären Hospizen und Palliativmedizin zwischen 80 und 100 Plätzen pro einer Million Einwohner liegt?

Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) verfügt mittlerweile über langjährige Erfahrungen und Erkenntnisse im Hinblick auf die Palliativ- und Hospizversorgung in Bayern. Die tatsächliche Bedarfslage unterliegt stetiger Prüfung durch das StMGP (insbesondere anhand der

Daten des Landesamts für Statistik bzgl. Einwohnerzahlen und Auslastung bestehender Einrichtungen). Die Einrichtung bzw. Erhöhung von Palliativbetten unterliegt auf Antrag des Krankenhausträgers der Beschlussfassung des Krankenhausplanungsausschusses. Die Einrichtung bzw. Erhöhung von stationären Hospizplätzen setzt einen Antrag des Hospizträgers voraus und liegt aufgrund bundesgesetzlicher Regelung in der Planungskompetenz der Selbstverwaltung (Arbeitsgemeinschaft der Kranken- und Pflegekassenverbände in Bayern). Aufgrund der dem StMGP vorliegenden Daten lag die Auslastung im stationären Hospiz- und Palliativbereich in den letzten Jahren jeweils bei rund 80 Prozent. Das StMGP kann daher aktuell keinen gesteigerten Bedarf an Hospiz- bzw. Palliativbetten erkennen.

Regionale Bedarfslagen führen vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftlicher Entwicklungen sowohl im Hospiz- wie auch im Palliativbereich bereits jetzt zu einer Abweichung von den aktuellen Bedarfszahlen. Das Konzept „Bedarfsplanung für stationäre Hospize in Bayern“ beinhaltet eine entsprechende Öffnungsklausel. Der Errichtung rechnerisch über die aktuellen Bedarfszahlen hinausgehender stationärer Hospize wurde beispielsweise in Illertissen und in Coburg zugestimmt, nachdem von dem potentiellen Hospizbetreiber jeweils der regionale Bedarf nachgewiesen werden konnte.

Abgesehen davon sind – neben Hospiz- bzw. Palliativbetten – die ambulanten Versorgungsstrukturen im Hospiz- und Palliativbereich zu berücksichtigen. Der Bedarf an stationären Hospiz- und Palliativbetten hängt mit von der Verfügbarkeit einer ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung ab. Hier wurden in Bayern seit Festlegung der Bedarfszahlen im Hospiz- und Palliativbereich wesentliche Angebote geschaffen (z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), ambulante Hospizdienste). Es gibt in Bayern an 50 Krankenhäusern einen palliativmedizinischen Dienst, der schwerst- und sterbende Menschen in Krankenhäusern, die keine Palliativstation vorhalten, betreut. Zusätzlich gibt es sieben palliativmedizinische Dienste, die an Krankenhäusern mit Palliativstation vorgehalten werden.

2. a) Wie beurteilt die Staatsregierung die Versorgungszahlen zu Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“, nach denen Bayern im Bundesländervergleich auf dem letzten Platz rangiert und die Versorgungsdichte im Freistaat nur etwa halb so groß ist wie im Bundesdurchschnitt?

b) Welche Ursachen könnten nach Auffassung der Staatsregierung für die Versorgungszahlen mit spezialisierten Palliativmedizinern in Bayern ausschlaggebend sein?

c) Sieht die Staatsregierung im Bereich der Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ ein Versorgungsdefizit in Bayern (bitte um Begründung der Antwort)?

Da dem StMGP selbst keine Versorgungszahlen zu Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ vorlagen, hat das StMGP im Hinblick auf den Fragenkomplex 2 eine entsprechende Auskunft der Bayerischen Landesärztekammer angefordert.

Die Bayerische Landesärztekammer hat zunächst darauf hingewiesen, dass ihr keinerlei Beschwerden darüber bekannt seien, dass es in Bayern zu wenig Ärzte bzw. Ärztin-

nen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin gebe. Die Stellungnahme der Bayerischen Landesärztekammer lautet im Übrigen wie folgt:

„Die Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ wurde durch Beschluss des Bayerischen Ärztetags vom 24. April 2004 im Zuge der Novellierung der Weiterbildungsordnung eingeführt. Diese Novelle der Weiterbildungsordnung trat zum 1. August 2004 in Kraft. Für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ sind nach Abschnitt C Nr. 27 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 in der Fassung der Beschlüsse vom 23. Oktober 2016 (WO2004) neben dem Nachweis der Erfüllung der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Voraussetzungen zum Erwerb der Bezeichnung:
 - Anerkennung als Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung oder 24 Monate Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung bei einem Weiterbilder im stationären Bereich
- Weiterbildungszeit:
 - 12 Monate bei einem Weiterbilder für Palliativmedizin anteilig ersetzbar durch 120 Stunden Fallseminare einschließlich Supervision nach Ableistung der Kurs-Weiterbildung
 - 40 Stunden Kurs-Weiterbildung in Palliativmedizin

Hinsichtlich der Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung ist die Bayerische Landesärztekammer die einzige Ärztekammer in Deutschland, die nicht ausschließlich eine Anerkennung als Facharzt an dieser Stelle aufführt, sondern auch „24 Monate Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung im stationären Bereich“ zulässt. Alle anderen Landesärztekammern regeln an dieser Stelle, dass die Anerkennung „als Facharzt“ beziehungsweise die Anerkennung als „Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung“ vorliegen muss (Tabelle 1 – siehe Anlagen Seite 7).“

„Hinsichtlich der jährlichen Anerkennungen der Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ durch die Bayerische Landesärztekammer darf auf Tabelle 2 verwiesen werden, die zeigt, dass diese Zusatz-Weiterbildung eine „sehr attraktive“ ist: So lagen in den Berichtsjahren von 2010 bis 2015 die Anerkennungszahlen innerhalb der Zusatz-Weiterbildungen regelmäßig an der zweiten Stelle, jeweils hinter der Notfallmedizin. Im Berichtsjahr 2015/2016, erfolgten 81 Anerkennungen, womit die Palliativmedizin nach der Intensivmedizin (100 Anerkennungen) und Notfallmedizin (411 Anerkennungen) an dritter Stelle lag.“ Tabelle 2 siehe Anlagen Seite 7.

„Dabei ist auszuführen, dass die überwiegende Mehrzahl der Antragsteller in Bayern für den Erwerb der Zusatz-Weiterbildung nicht 12 Monate Weiterbildung bei einem Weiterbilder sondern 120 Stunden Fall-Seminare einschließlich Supervision wählt.“

Darüber hinaus möchte das StMGP darauf hinweisen, dass im Bereich der ärztlichen Palliativversorgung in Bayern die von Hausärzten in großem Umfang erbrachte allgemeine ambulante Palliativversorgung von Bedeutung ist. Entsprechend bietet der Bayerische Hausärzteverband praxisbegleitende Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich „Palliativmedizin AAPV – Allgemeine Ambulante Palliativversorgung für niedergelassene Haus- und Fachärzte/-ärztinnen“ an. Mit dem Ziel, die AAPV zu stärken, hat die

Arbeitsgruppe AAPV, bestehend aus qualifizierten Ärztinnen und Ärzten aus dem Bereich Palliativmedizin, ein Konzept zur praxisbegleitenden Weiterbildung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte entwickelt. Diese Kurs-Weiterbildung bezieht sich auf den Basiskurs von 40 Unterrichtseinheiten. Der Bayerische Hausärzteverband bietet zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) diese Kurs-Weiterbildung (Basiskurs) an. Die Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Bertelsmann-Stiftung zu Strukturen und regionalen Unterschieden in der Hospiz- und Palliativversorgung verweist in Kapitel 3.2 auf diesen „40-Stunden-Basiskurs“ und darauf, dass in Bayern „auf andere Qualifikationen gesetzt (40-Stunden-Basiskurs)“ werde als allein auf Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin.

3. a) Wie beurteilt die Staatsregierung die Versorgungszahlen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), nach denen Bayern um rund 16% unter dem Bundesdurchschnitt liegt?

c) Hält die Staatsregierung die derzeit in Bayern gegebene Versorgungsdichte von 2,86 SAPV-Teams je einer Million Einwohner für ausreichend (bitte um Begründung der Antwort)?

Die Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Bertelsmann-Stiftung zu Strukturen und regionale Unterschieden in der Hospiz- und Palliativversorgung weist in Abschnitt 3.3 darauf hin, dass „das Leistungsgeschehen in der SAPV extrem heterogen und nur schwer vergleichbar [ist] – nicht hinter jedem Leistungserbringer steht auch eine vergleichbare Leistung“.

Nach der Begründung des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 24.10.2006 (BT-Drs. 16/3100), die auf Schätzungen von Experten, z. B. der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, verweist, haben ca. 10 Prozent aller Sterbenden einen besonderen Versorgungsbedarf, der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abzudecken ist. 90 Prozent der Sterbenden werden durch Hausärzte und Pflegedienste im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung oder in stationären Einrichtungen (Palliativstationen in Krankenhäusern oder in Hospizen) versorgt.

Das StMGP sieht für eine bayernweit flächendeckende Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung den Bedarf bei insgesamt rund 50 SAPV-Teams für Erwachsene. Bislang haben 42 Teams für Erwachsene einen Versorgungsvertrag mit den Kostenträgern abgeschlossen. Daneben wurden fünf Versorgungsverträge mit Kinderpalliativteams abgeschlossen. Eine weitgehende Flächendeckung wird in 2017/2018 erwartet.

b) Wie beurteilt die Staatsregierung die Empfehlung der European Association for Palliative Care, nach der ein Bedarf von 10 SAPV-Teams je einer Million Einwohner gegeben ist?

Nach der Begründung des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 24.10.2006 (BT-Drs. 16/3100) wird von einem SAPV-Team (acht Vollzeitkräfte) pro 250.000 Einwohner ausgegangen. Von dieser Anhaltszahl kann, z. B. aus regionalen Gründen, abgewichen werden.

Die Umsetzung der SAPV obliegt der Selbstverwaltung. Die Krankenkassen schließen entsprechende Versorgungsverträge mit geeigneten Leistungserbringern (SAPV-Teams) ab. Um den flächendeckenden Aufbau der SAPV gemeinsam mit den Krankenkassen voranzubringen und eine dauerhaft hohe Versorgungsqualität sicherzustellen, hat das StMGP verschiedene unterstützende Maßnahmen ergriffen, beispielsweise durch die Förderung von Studien zur Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV sowie die finanzielle Förderung des Aufbaus von SAPV-Teams mit max. 15.000 Euro pro Team (Erwachsene und Kinder). Es wird davon ausgegangen, dass eine weitgehende Flächendeckung in 2017/2018 erreicht wird.

Neben der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist außerdem die AAPV zu berücksichtigen, die zur flächendeckenden Versorgung ebenso beiträgt und die Teil der vertragsärztlichen Versorgung, der häuslichen Pflege und der Krankenhausbehandlung ist. Die AAPV ist damit Teil der Regelversorgung und versorgt den Großteil (ca. 90 Prozent) der Sterbenden im ambulanten Bereich.

4. a) Wie beurteilt die Staatsregierung die Versorgungszahlen zu ambulanten Hospizdiensten, nach denen Bayern um rund 20% unter dem Bundesdurchschnitt liegt?

b) Wie beurteilt die Staatsregierung die Schätzungen von Fachpersonen, nach denen ein Bedarf von zwölf bis 25 ambulanten Hospizdiensten je einer Million Einwohner gegeben ist?

c) Hält die Staatsregierung die derzeit in Bayern gegebene Versorgungsdichte von 12,3 ambulanten Hospizdiensten je einer Million Einwohner für ausreichend (bitte um Begründung der Antwort)?

Das StMGP hält die Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Bertelsmann-Stiftung zu Strukturen und regionalen Unterschieden in der Hospiz- und Palliativversorgung im Hinblick auf die Aussagen zu ambulanten Hospizdiensten nicht für aussagekräftig. Die Veröffentlichung selbst weist in Abschnitt 3.5 auf die limitierte Aussagekraft dieses Teils hin, insbesondere da nicht alle ambulanten Hospizdienste erfasst worden sind, da die Einträge lediglich freiwillig erfolgt sind. Zusätzlich liegen keine Angaben dazu vor, wie viele Ehrenamtliche in den jeweiligen Hospizdiensten arbeiten.

In Bayern bestehen rund 140 Hospizvereine mit über 25.000 Vereinsmitgliedern. Im Jahr 2015 waren rund 7.200 Personen als ehrenamtliche Hospizbegleiter(-inne)n tätig (Strukturerhebungsbogen 2015 des Bayerischen Hospiz- und Palliativverbands (BHPV), Stand: Juni 2016). Hospizvereine und ambulante Hospizdienste werden über die Bayerische Stiftung Hospiz mit jährlich rund 100.000 € aus staatlichen Mitteln, beispielsweise für die Aus- und Weiterbildung von Hospizbegleiter und Hospizbegleiterinnen, gefördert.

Eine flächendeckende Versorgung in Bayern durch ambulante Hospizdienste ist damit gewährleistet.

5. a) Wie beurteilt die Staatsregierung die Tatsache, dass in Bayern rund 46% der verstorbenen Personen in einem Krankenhaus sterben, aber nur 3% der Bevölkerung auch in einem Krankenhaus sterben wollen (Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.): „Faktencheck Gesundheit Palliativversorgung Modul 1“, 2015; Zentrum für Qualität in der Pflege: „Bevöl-

kerungsbefragung Versorgung am Lebensende“, 2013)?

Der Freistaat Bayern unterstützt seit vielen Jahren den Aufbau hospizlicher und palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen, sei es unter anderem durch SAPV-Anschubfinanzierung, Investitionskostenförderung für stationäre Hospize, Förderung der ambulanten Hospizarbeit, Unterstützung von Fort- und Weiterbildungskursen an den vier bayerischen Akademien für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit sowie die Förderung von Modell- und Forschungsprojekten.

Wesentliche Angebote und Strukturen für eine würdevolle Sterbebegleitung konnten in Bayern geschaffen werden. Im Bereich der stationären Palliativversorgung ist bereits ein bedarfsgerechtes Netz an Palliativstationen entstanden. Daneben bringen palliativmedizinische Dienste die stationäre Palliativversorgung weiter in die Fläche. In absehbarer Zeit wird auch eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung mit Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und mit stationären Hospizen erreicht sein. Ergänzt wird das Angebot der stationären Hospizversorgung durch Angebote der ambulanten Hospizversorgung.

b) Welche Maßnahmen wird die Staatsregierung ergreifen, um dem Wunsch von rund drei Viertel der Bevölkerung zu entsprechen, entweder zu Hause oder in einem Hospiz zu sterben?

Das StMGP wird den qualitätsorientierten und bedarfsgerechten sowie flächendeckenden Auf- und Ausbau von Versorgungsstrukturen im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung weiter vorantreiben und auch künftig finanziell sowie konzeptionell unterstützen, z. B. durch Investitionskostenförderung für stationäre Hospize auch über die ursprünglich festgelegten 210 Plätze hinaus, sofern ein bestehender Bedarf konkret nachgewiesen wird, durch die bedarfsgerechte Anerkennung von weiteren Palliativbetten und Palliativstationen an Krankenhäusern, durch die Weiterführung der Anschubfinanzierung für SAPV-Teams bis zur erreichten Flächendeckung.

Gemeinsam mit den maßgeblichen Verbänden und Experten der (Kinder-)Hospiz- und Palliativversorgung sowie mit den Krankenkassen wird derzeit die Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche in Bayern konzeptionell auf den Prüfstand gestellt und das Konzept „Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern“ aus dem Jahr 2009 auf die sich ggf. neu ergebenden Anforderungen an die Kinderpalliativversorgung angepasst sowie um die Hospizversorgung für Kinder und Jugendliche ergänzt. Die vom StMGP initiierte Arbeitsgruppe „Kinderhospiz- und Kinderpalliativversorgung“ hat ihre Arbeit im Oktober 2016 aufgenommen. Ab Mai 2017 sind weitere Treffen zur Abstimmung und Finalisierung eines Gesamtkonzeptes im Bereich Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche geplant.

Das StMGP tritt für eine flächendeckende Vernetzung der hospizlichen und palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen in Bayern ein. Zu diesem Zweck werden die vorhandenen Strukturen (Gesundheitsregionenplus, Netzwerkmoderatoren und Vernetzungsinitiativen vor Ort) weiter ausgebaut.

Zur Verbreitung der Hospizidee in der Gesellschaft und Stärkung des Engagements von Bürgerinnen und Bürgern in der Hospiz- und Palliativversorgung wird das StMGP die Öffentlichkeitsarbeit weiter verstärken. So fördert das StMGP

aktuell im Rahmen des Projektes „Erarbeitung und Umsetzung eines Kommunikationskonzeptes zur Verbreitung und Verankerung der Hospizidee in der Gesellschaft“ Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Stiftung Hospiz, beispielsweise die Überarbeitung und Neuauflage der Broschüre sowie der Homepage der Bayerischen Stiftung Hospiz. Darüber hinaus plant die Bayerische Stiftung Hospiz die Durchführung von Benefizveranstaltungen zur Generierung von Spenden, die ebenfalls durch das StMGP gefördert werden sollen.

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Hospizversorgung in Bayern wird das StMGP die konzeptionelle Erstellung und Umsetzung von speziellen Qualifikationsmaßnahmen für in Hospizvereinen Tätige weiter fördern (z. B. Fernlehrgänge für Hospizvorstände, Fortbildungen zum Thema „transkulturelle Hospizarbeit“ oder „Umgang mit Tod und Sterben in der Schule“). Um die ehrenamtliche Begleitung möglichst jedem schwerstkranken und sterbenden Menschen, der es wünscht, zu ermöglichen, wird seitens des StMGP eine verstärkte Zusammenarbeit von Hospizvereinen und stationären Einrichtungen (insbesondere in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen) unterstützt.

c) Hält die Staatsregierung es für zielführend, an jedem Plankrankenhaus in Bayern eine Palliativstation einzurichten (bitte um Begründung der Antwort)?

Nein. Grundsätzlich sieht das Fachprogramm Palliativversorgung in Krankenhäusern vor, dass Palliativstationen vorrangig an Krankenhäusern der Versorgungsstufen II und III, insbesondere an Krankenhäusern mit onkologischen Abteilungen, eingerichtet werden. Die Einrichtungen müssen bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, um die erforderliche Behandlungsqualität zu gewährleisten, insbesondere auch personelle und bauliche Voraussetzungen. Die Qualitätskriterien wurden von der Arbeitsgruppe „Palliativstationen“ des Expertenkreises „Palliativmedizin und Hospizarbeit“ erarbeitet, sind an die Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin angelehnt und können im Krankenhausplan des Freistaates Bayern nachgelesen werden.

Hinzuweisen ist im Hinblick auf die bestehenden Strukturen der Palliativversorgung in Bayern im Übrigen auf die Möglichkeit der Einrichtung palliativmedizinischer Dienste. Die Einrichtung palliativmedizinischer Dienste kommt für alle im Krankenhausplan des Freistaates Bayern aufgenommenen Krankenhäuser infrage, die mit der Behandlung und Begleitung Schwerstkranker und Sterbender konfrontiert sind. Inzwischen wurden in Bayern bereits an 57 Krankenhäusern palliativmedizinische Dienste anerkannt. Davon verfügen 50 Krankenhäuser ausschließlich über einen palliativmedizinischen Dienst. An sieben Krankenhäusern wurde der palliativmedizinische Dienst zusätzlich zur bestehenden Palliativstation eingerichtet. Auch hierzu enthält der Bayerische Krankenhausplan nähere Ausführungen.

6. a) Wie hoch ist nach Kenntnis der Staatsregierung der Anteil schwerstkranker und sterbender Bewohner(-inne)n in bayerischen Pflegeheimen, die in der Sterbephase noch einmal in ein Krankenhaus verlegt werden?

b) Wie gut sind nach Auffassung der Staatsregierung die Pflegeheime in Bayern auf die Betreuung und

Begleitung von sterbenden Bewohner(-inne)n und ihren Angehörigen vorbereitet?

c) Wie lässt sich nach Meinung der Staatsregierung sicherstellen, dass BewohnerInnen von Pflegeheimen mit Unterstützung durch Palliativversorgung in der ihnen vertrauten Umgebung sterben können?

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind maßgebliche Orte des Sterbens. Auch Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen können unheilbar erkranken und ausgeprägte Beschwerden und eine hohe Symptomlast entwickeln, die einen Anspruch auf Hospiz- und Palliativversorgung begründen. Das StMGP hat keine Kenntnis über den Anteil schwerstkranker und sterbender Bewohnerinnen und Bewohner in bayerischen Pflegeheimen, die in der Sterbephase noch einmal in ein Krankenhaus verlegt werden.

Durch das am 08.12.2015 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) wurde klargestellt, dass die Sterbebegleitung Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung ist. Eine Leistungsausweitung ist hiermit nicht verbunden. Wichtig ist hier eine strikte Trennung der Terminologie: Sterbebegleitung im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI ist gerade nicht die Hospiz- und Palliativversorgung.

Außerdem sollen stationäre Pflegeeinrichtungen mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten und müssen die Kooperation mit vernetzten Hospiz- und Palliativangeboten transparent machen.

Die Vernetzung zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und den Hospizdiensten ist derzeit nach hiesiger Einschätzung in der Praxis noch sehr unterschiedlich.

Eine fehlende Vernetzung kann auf mangelnder Kenntnis der stationären Pflegeeinrichtungen von dem hospizlichen Angebot beruhen, aber auch auf

- in den Einrichtungen bereits vorhandenen Strukturen, die eine Kooperation mit den Hospizdiensten nicht erforderlich machen;
- den fehlenden personellen Ressourcen der stationären Pflegeeinrichtungen, die Hospizdienste in die Betreuung und Versorgung der Sterbenden in den stationären Pflegediensten strukturell zu integrieren;
- der fehlenden Bereitschaft der Beteiligten vor Ort, Externen auf diese Art und Weise Zugang zu den stationären Einrichtungen zu gewähren.

Die durch das HPG angestrebten Verbesserungen in der hospizlichen und palliativen Versorgung gerade auch in stationären Pflegeeinrichtungen werden derzeit noch umgesetzt, sind aber ein wichtiger Bestandteil zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in diesen Einrichtungen.

Ferner können Pflegeeinrichtungen den versicherten Personen zukünftig eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten.

Darüber hinaus unterstützt das StMGP durch die Förderung von Forschungsvorhaben und Modellprojekten die Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. So wird derzeit ein Forschungsvorhaben der Technischen Universität München, Zentrum für Kognitive Störungen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Bezeichnung „Palliativ- und Hospizversorgung bei fortgeschrittener Demenz: Erfahrungen der Angehörigen und Nutzen einer Broschüre als Entscheidungshilfe“ gefördert.

Meistens sind Demenzerkrankungen lebenslimitierende Erkrankungen, für die keine kurative Behandlung existiert. In den fortgeschrittenen Stadien der Demenz bzw. am Lebensende ist es häufig erforderlich, insbesondere medizinische Entscheidungen zu fällen. Die fortgeschrittenen Stadien und das Lebensende von Demenzbetroffenen stellen zweifelsfrei eine Indikation für eine palliative sowie hospizliche Versorgung dar. In Deutschland spielt jedoch die Palliativ- und Hospizversorgung bei Demenz – im Gegensatz zu Tumorerkrankungen, bei denen eine qualitativ hochwertige Palliativversorgung der Patienten heutzutage auf der Höhe der Zeit ist – eine wesentlich geringere Rolle. Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens soll eine Entscheidungshilfe in Form einer Broschüre für Angehörige von Patienten mit fortgeschrittener Demenz entwickelt werden. Die Broschüre soll die Möglichkeiten und Angebote der Palliativ- und Hospizversorgung aufzeigen und Informationen zu den fortgeschrittenen Stadien der Demenz, den gesetzlichen Grundlagen der Entscheidungsfindung und ethischen Problemen, Behandlungsmöglichkeiten und (palliativen) Behandlungszielen enthalten. Die Optionen sollen mit Vor- und Nachteilen erläutert und leicht verständlich dargestellt werden. Die Rolle des Angehörigen als Entscheidungsträger wird dabei diskutiert. Weitergehend wird die Verständlichkeit und die Akzeptanz der Broschüre untersucht werden. Die Dauer des Forschungsvorhabens umfasst den Zeitraum vom 01.01.2017 bis 31.03.2018.

Tabelle 1

	Kammer	Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung Palliativmedizin:
1	2	3
1	Muster-WBO	Facharztanerkennung in einem klinischen Fach
2	Baden-Württemberg	Facharztanerkennung
3	Bayern	Anerkennung als Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung oder 24 Monate Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung bei einem Weiterbilder gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 im stationären Bereich
4	Berlin	Facharztanerkennung
5	Brandenburg	Facharztanerkennung
6	Bremen	Facharztanerkennung
7	Hamburg	Facharztanerkennung
8	Hessen	Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung
9	Mecklenburg-Vorpommern	Facharztanerkennung
10	Niedersachsen	Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung
11	Nordrhein	Facharztanerkennung
12	Rheinland-Pfalz	Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung
13	Saarland	Facharztanerkennung
14	Sachsen	Facharztanerkennung
15	Sachsen-Anhalt	Facharztanerkennung
16	Schleswig-Holstein	Facharztanerkennung
17	Thüringen	Facharztanerkennung
18	Westfalen-Lippe	Facharztanerkennung

Stand: 13.02.2017

Tabelle 2

Anerkennungen "Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin" (Bayerische Landesärztekammer)			
Berichtsjahr	Anzahl Anerkennungen "Palliativmedizin"	Rang innerhalb der Zusatz-Weiterbildungen nach Anzahl der Anerkennungen	Anmerkungen
2004/2005	11	16	
2005/2006	35	13	
2006/2007	31	9	
2007/2008	41	8	
2008/2009	49	9	
2009/2012	76	3	nach Medikamentöser Tumortherapie (93) und Notfallmedizin (583)
2010/2011	71	2	nach Notfallmedizin (178)
2011/2012	96	2	nach Notfallmedizin (348)
2012/2013	83	2	nach Notfallmedizin (350)
2013/2014	86	2	nach Notfallmedizin (350)
2014/2015	115	2	nach Notfallmedizin (386)
2015/2016	81	3	nach Intensivmedizin (100) und Notfallmedizin (411)