



LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT **HOSPIZ** SAARLAND E.V.

*Stellungnahme zum mittelfristigen Bedarf
der Hospiz- und Palliativversorgung im Saarland*



Inhalt

1. Bedarfsanalyse im Kontext von Hospizarbeit und Palliative Care	3
2. Demographische und fachliche Aspekte des Bedarfs an Hospiz- und Palliativversorgung	5
3. Strukturelle Aspekte des Bedarfs an Hospiz- und Palliativversorgung	10
3.1 Versorgung durch Angehörige	10
3.2 Hausärzte und ambulante Pflegedienste	11
3.3 Ambulante Hospizdienste und Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	14
3.4. Versorgung von Sterbenden in stationären Pflegeeinrichtungen	18
3.5 Versorgung in stationären Hospizen	19
3.6 Palliativversorgung im Krankenhaus	23
3.7 Steuerung und Vernetzung der gesamten Hospiz- und Palliativversorgung	27
4. Einige Probleme des steigenden Bedarfs an Hospiz – und Palliativversorgung	28
4.1 Personalbedarf – Haupt- und Ehrenamtliche / Bürgerschaftliches Engagement	28
4.2 Spendenbedarf	28
4.3 Qualität	29
4.4 Vernetzung und bürgerschaftliches Engagement	29
5. Tabellen	30
6. Abbildungen	31
7. Literaturverzeichnis	32

Saarbrücken, 18. Oktober 2013

Vorstandsvorsitzender: Paul Herrlein

LAG Hospiz Saarland e.V.
Geschäftsstelle
Rosenstraße 31
66111 Saarbrücken
Tel.: 0681.7604034
Fax: 0681-7604934
lag@hospiz-saarland.de
www.hospiz-saarland.de



1. Bedarfsanalyse im Kontext von Hospizarbeit und Palliative Care

Mit Schreiben vom 19.04.2013 hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie die LAG Hospiz Saarland e.V. – im Nachfolgenden nur als LAG Hospiz bezeichnet – gebeten, auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse den mittelfristigen Bedarf in der saarländischen Hospizversorgung aufzuzeigen. Damit reagierte das Ministerium auf verschiedene Initiativen zur Gründung weiterer stationärer Hospize im Saarland. Der Vorstand hat in seiner Sitzung vom 29.04.2013 beschlossen, im Rahmen der Möglichkeiten der LAG Hospiz der Bitte des Ministeriums zu entsprechen. Die vorliegende Stellungnahme geht von folgenden Grundannahmen aus:

- **Ziel der Stellungnahme**

Eine Bedarfsanalyse ist ein Schritt von mehreren aufeinander abgestimmten Schritten in einem Planungsprozess, um die Grundlage zu schaffen für eine adäquate Maßnahmenbestimmung. Die vorliegende Stellungnahme der LAG Hospiz bündelt im Rahmen ihrer Möglichkeiten die für das Saarland relevanten Daten und Erkenntnisse, um damit weitergehende Planungs- und Strukturentwicklungsprozesse zu unterstützen.

- **Die Verantwortung der Leistungsträger und der Gebietskörperschaften**

Die LAG Hospiz sieht vor allem die Kranken- und Pflegekassen als Leistungsträger (gemäß § 1 Absatz 2 SGB I in Verbindung mit § 17 Absatz 1 SGB I) sowie das Land, die Landkreise und die Kommunen im Sinne der Daseinsvorsorge in der Pflicht darauf hinzuwirken, dass die Schwerkranken und Sterbenden die ihnen zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhalten, dass die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen und dass der Zugang zu den Sozialleistungen möglichst einfach gestaltet wird. Dabei sind sie zur Zusammenarbeit mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen verpflichtet.

- **Im Mittelpunkt steht der schwerkranke Mensch und seine Angehörigen**

Die Strukturentwicklung in der Hospiz- und Palliativversorgung hat dem ethischen Anspruch der Hospizbewegung zu entsprechen, d.h. im Mittelpunkt steht der sterbende Mensch und die ihm Nahestehenden. Die Ethik der Versorgung Schwerkranker hat sich auch in der Gestaltung ihrer konkreten Versorgungsformen an den Grundsätzen der Hospizbewegung und damit an den Bedürfnissen Sterbender auszurichten. Nach Art. 1 des Grundgesetzes hat jeder Mensch einen Anspruch auf ein Leben bis zuletzt und damit einen Anspruch auf ein Sterben in Würde. Dazu gehören auch die Wahrung der Selbstbestimmung und das Recht auf Freizügigkeit.



- **Daten und Bedarfsanalyse**

Die Frage, welche und wie viele hospizlich-palliative Angebote, ambulante wie stationäre eine Region oder das Saarland brauchen, ist nur sehr schwer alleine mit Bedarfszahlen zu beantworten (quantitativer Bedarf). Zu komplex und vielschichtig sind die Faktoren, die die Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung beeinflussen und die zu einer angemessenen Versorgung beitragen (qualitativer Bedarf). Gleichzeitig ist die Datengrundlage noch immer sehr dürrtig, d.h. es fehlt an validen Daten zur Einschätzung des Bedarfs.

Mit dieser Stellungnahme wird der Versuch unternommen, den saarländischen Ist-Zustand der hospizlichen und palliativen Versorgung dazustellen und mögliche Entwicklungen für die Zukunft aufzuzeigen.



2. Demographische und fachliche Aspekte des Bedarfs an Hospiz- und Palliativversorgung

Die LAG Hospiz geht davon aus, dass im Saarland generell eine Zunahme an Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung erforderlich ist.

Auf Grund des Bevölkerungsrückganges ist zwar auch ein Rückgang der Sterbefälle zu erwarten, jedoch in geringerem Umfang als der Rückgang der Bevölkerung.

Tab. 1: Bevölkerung und Sterbefälle im Saarland

Jahr	Bevölkerung	Sterbefälle	Anteil
1980	1.066.299	13.061	1,22%
1985	1.045.936	12.765	1,22%
1990	1.072.963	12.842	1,20%
1995	1.084.370	12.647	1,17%
2000	1.068.703	12.311	1,15%
2001	1.066.470	12.316	1,15%
2002	1.064.988	12.317	1,16%
2003	1.061.376	12.852	1,21%
2004	1.056.417	12.015	1,14%
2005	1.050.293	12.312	1,17%
2006	1.043.167	12.296	1,18%
2007	1.036.598	12.327	1,19%
2008	1.030.324	12.547	1,22%
2009	1.022.585	12.588	1,23%
2010	1.017.567	12.296	1,21%
2011	1.013.352	12.331	1,22%
2020	948.100	11.851	1,25%
2030	825.000	10.725	1,30%

Quelle: Statistisches Amt Saarland / Eigene Berechnung

Die Mortalitätsraten werden steigen, d.h. es sterben mehr Menschen pro 100.000 Einwohner als bisher. Innerhalb der schrumpfenden Bevölkerung des Saarlandes nimmt daher die Bedeutung des letzten Lebensabschnittes immer mehr zu. Dieser wiederum verändert sich insofern, als der Anteil an hochbetagten, dementen und multimorbiden Menschen zunehmen wird.



Tab. 2: Bevölkerungsaufbau im Saarland 2011 und 2030

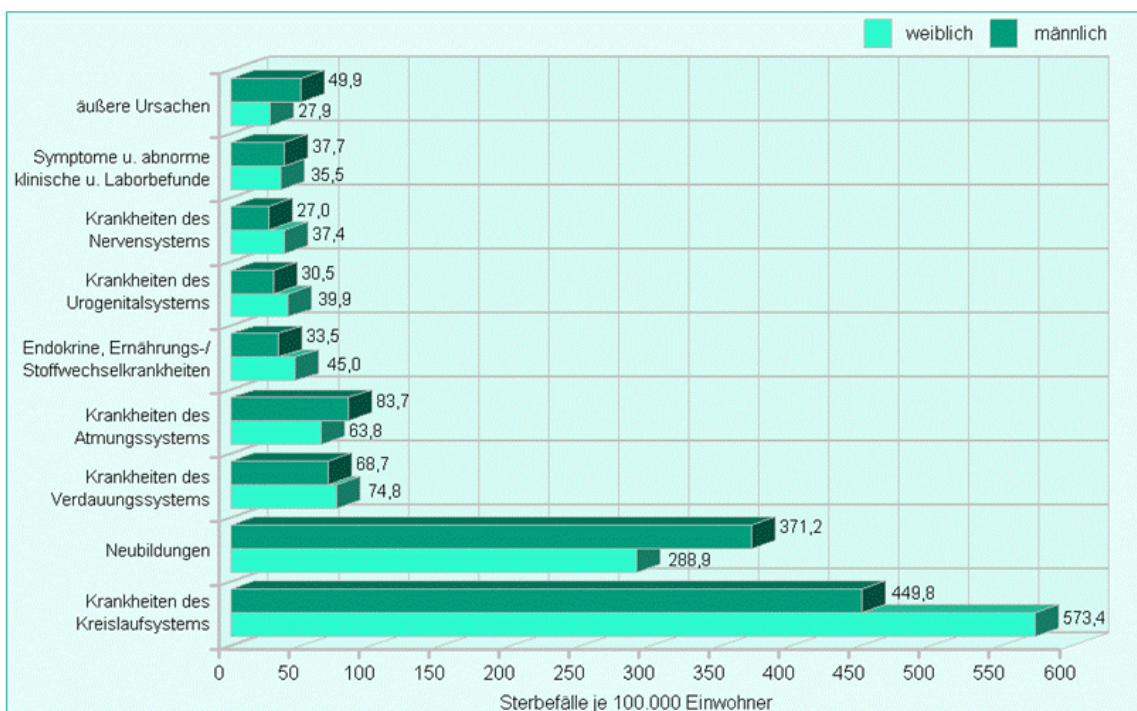
Altersklassen	2011	2030	Veränderung
< 20 Jahren	171.800	135.000	- 36.800
20 bis 65 Jahre	619.100	474.100	- 145.000
> 65 Jahren	222.400	279.000	+ 54.600

Quelle: Landesseniorenplan

Von daher ist zu erwarten, dass nicht mehr nur überwiegend Krebskranke, die derzeit noch die größte Gruppe in der Hospiz- und Palliativversorgung ausmachen, und deren Zahl sich in den kommenden Jahren nur wenig verringern wird, sondern zunehmend auch Menschen im Endstadium einer chronischen Erkrankung die Hospiz- und Palliativversorgung brauchen.

Abb. 1: Todesursachen

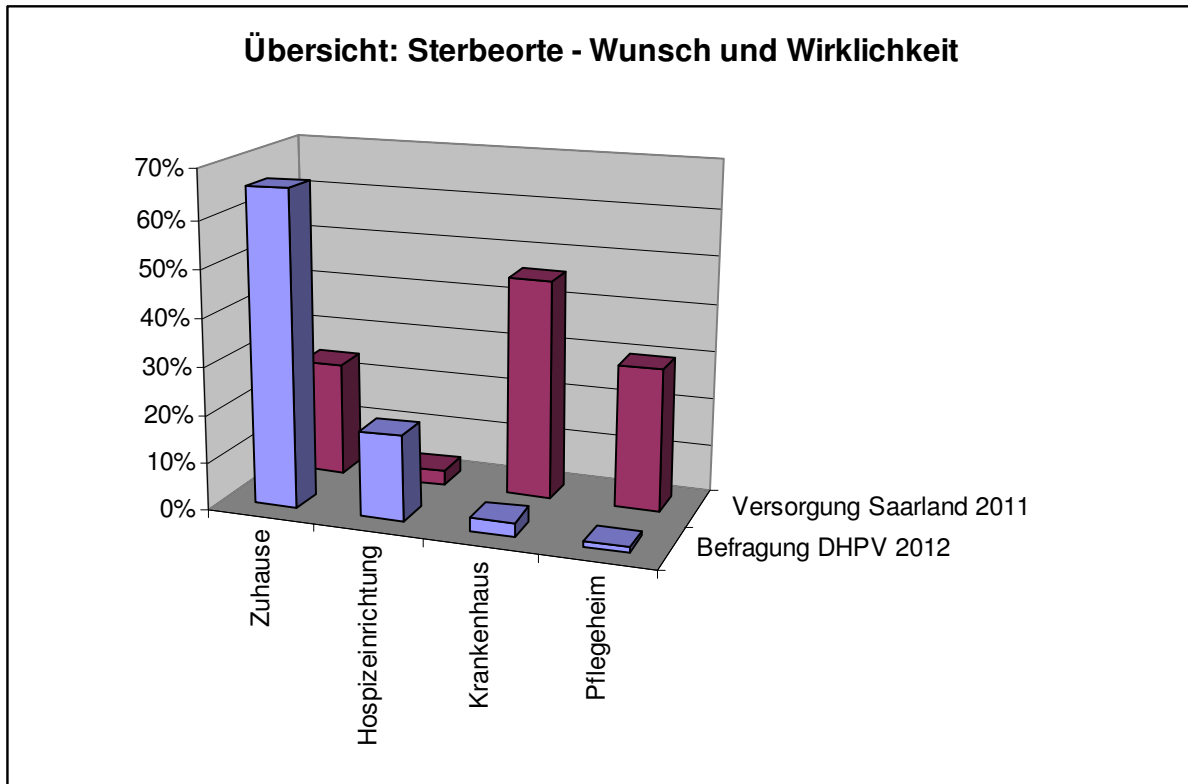
3.2 Die häufigsten Todesursachen je 100.000 Einwohner nach Geschlecht im Jahr 2011 im Saarland



Quelle/Copyright: Gesundheitsberichterstattung Saarland

Gleichzeitig wächst das Wissen um die Angebote und Möglichkeiten der Hospizbewegung. Aus Befragungen wird die zunehmende Bekanntheit der Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung genauso deutlich wie die Präferenzen der Menschen, wo sie sterben wollen. Der überwiegende Teil der Befragten wünscht sich ein Sterben zu Hause oder in Hospizeinrichtungen. Demgegenüber steht die immer noch hohe Zahl derer, die in Krankenhäusern oder Pflegeheimen sterben.

Abb. 2: Sterbeort – Wunsch und Wirklichkeit



Quelle: DHPV 2012 / Statistisches Amt Saarland / Eigene Berechnung

Nach Einschätzung der LAG Hospiz zeigt auch die Situation der pflegebedürftigen Menschen, wie sie im Landesseniorenplan näher beschrieben ist, dass ein deutlicher Mehrbedarf an Hospiz- und Palliativversorgung zu erwarten ist. Die Zahl der älteren, pflege- und behandlungsbedürftigen Menschen wird weiter zunehmen und diese werden immer mehr in Einpersonenhaushalten leben. Die Bereitschaft und die Möglichkeiten von Angehörigen zur Pflegeübernahme werden sinken. Mit dem Älterwerden der Bevölkerung und der Zunahme der Pflegebedürftigkeit wird auch die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen steigen.

Vor diesem Hintergrund weiten sich Hospizarbeit und Palliativmedizin fachlich immer weiter aus. Beispiele hierfür sind die Pädiatrie, die Geriatrie aber auch der Behindertenbereich. Zudem wird durch die zunehmende Verankerung von Hospizleistungen im Sozialrecht die Gleichbehandlung in der Versorgung der Versicherten immer mehr eingefordert. Die maßgeblichen Leistungsansprüche sind prinzipiell allen Sterbenden zu gewähren, die die jeweiligen Anforderungen erfüllen (Gleichbehandlung).



Tab. 3: Individuelle Anforderungen für Leistungsansprüche der Hospiz- und Palliativversorgung

Rechtsgrundlage	Leistung	Zielgruppe
§ 39a Absatz 2 i.V. mit RV nach § 39a Absatz 2 SGB V	Ambulante Hospizleistungen:	Sterbende Menschen, die an einer Erkrankung leiden, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine Heilung nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht zu erwarten ist und die sich eine palliative Versorgung durch qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung wünschen sowie Kinder, deren Erkrankung sich nach dem aktuellen medizinischen Stand als lebensverkürzend auswirkt und die (Erwachsene und Kinder) keiner Krankenhausbehandlung und keiner Versorgung im stationären Hospiz bedürfen
§ 39a Absatz 1 SGB V i. V. mit RV nach § 39 a Abs. 1 SGB V	Stationäre Hospizleistungen	Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht erbracht werden kann, wenn eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder Monaten absehbar ist
§ 37b SGB V i.V. mit SAPV-RL	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung aufgrund eines komplexen Symptomgeschehens benötigen
§ 73 SGB V i.V. mit EBM	Vertragsärztliche, palliativmedizinische Versorgung	Patienten mit weit fortgeschrittener und fortschreitender Erkrankung, die nach Einschätzung des Arztes eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder Monaten haben
§ 39 SGB V	Krankenhausversorgung 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung 8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	Patienten mit einer progredienten und fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, ggf. spezialisierter Versorgungsbedarf

Die Leistungsansprüche in der Krankenversicherung sind enger gefasst als die von der WHO vorgegebene Definition von Palliativmedizin. Nach der WHO ist „Palliative Care“ ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit einer zum Tode führenden Erkrankung mit körperlichen, emotionalen, sozialen und spirituellen Problemen. Die Betroffenen sollen möglichst frühzeitig, selbst bei noch bestehender



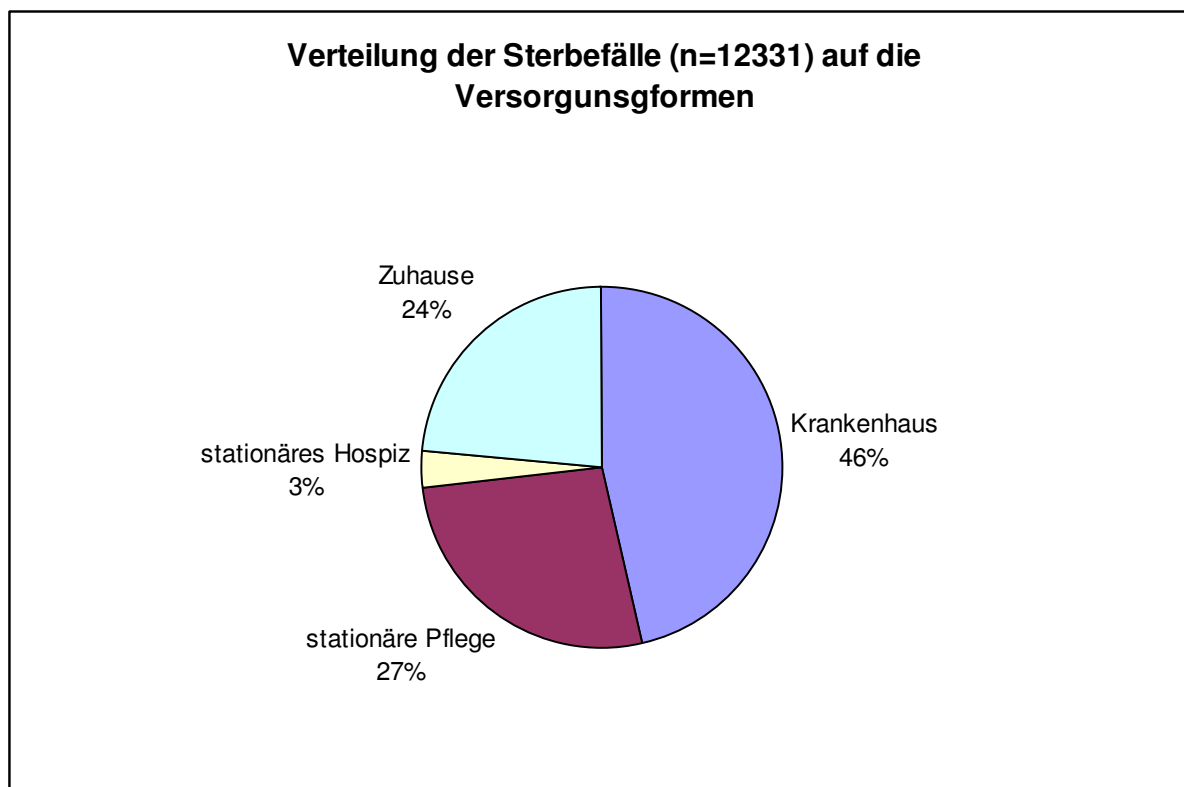
kurativer Behandlung eine effektive Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie die erforderliche psychosoziale Unterstützung und den spirituellen Beistand erhalten.

Mit der Ausweitung der frühzeitigen palliativmedizinischen Versorgung wird der Bedarf an Hospiz- und Palliativeinrichtungen steigen. Gleichzeitig ist vor allem durch die rechtzeitig einsetzende Erhaltung der Lebensqualität eine wichtige Voraussetzung geschaffen, um insbesondere komplexe Bedarfslagen zu reduzieren.

3. Strukturelle Aspekte des Bedarfs an Hospiz- und Palliativversorgung

Die LAG Hospiz geht davon aus, dass sich im Zuge der demographischen, fachlichen und leistungsrechtlichen Entwicklung die heutige Verteilung der Sterbeorte künftig verschieben wird.

Abb. 3: Sterbeorte 2011



Quelle: Statistisches Amt Saarland / Eigene Berechnungen

Durch den Rückgang der Zahl der Krankenhausbetten, die veränderten Bedürfnisse Schwerkranker sowie die Entwicklung der Leistungsstrukturen werden weniger Menschen im Krankenhaus und mehr in der ambulanten Versorgung, d.h. zuhause, in Pflegeeinrichtungen und in stationären Hospizen sterben.

Hinsichtlich des künftigen Versorgungsbedarfs ergeben sich im Einzelnen folgende Entwicklungen:

3.1 Versorgung durch Angehörige

- Laut Landesseniorenplan 2012 steigt die Anzahl der Pflegegeldempfänger und damit auch die Versorgung durch Angehörige. Erforderlich ist demnach die Stärkung der pflegenden Angehörigen durch Einbindung in die



Versorgungsplanung und Gestaltung der Versorgung. Zudem wird die stärkere Entwicklung der Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe eingefordert.

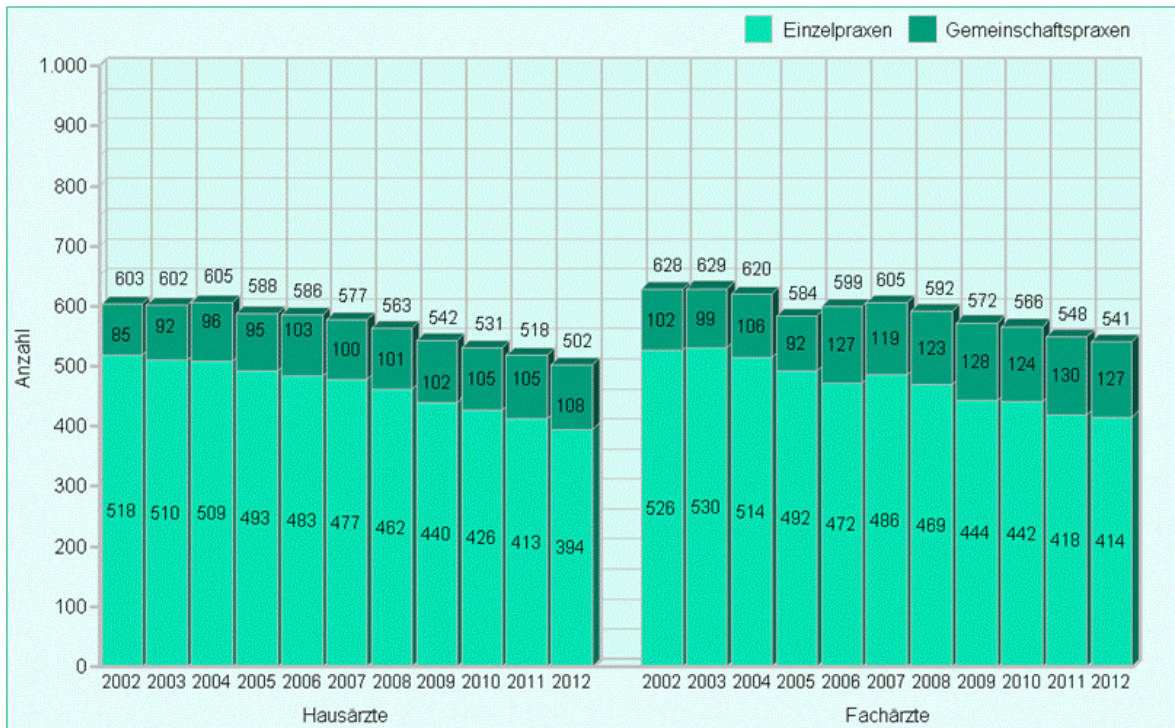
- Aus der Sicht der LAG Hospiz ist damit besonders die Förderung der ambulanten Hospizarbeit im Sinne der ehrenamtlichen Sterbebegleitung hervorzuheben. Dazu gehört auch die Trauerbegleitung. Mit der Trauerbegleitung wird verhindert, dass die Folgen eines antizipierten und tatsächlichen Verlustes nicht zu übermäßiger Belastung führen und so die Bereitschaft zur häuslichen Pflegeübernahme negativ beeinflussen. Da Angehörige nicht nur Leistungen erbringen, sondern selbst Betroffene sind, müssen die pflegenden Angehörigen mindestens in der Betreuung Sterbender spürbar entlastet werden. In diesem Zusammenhang ist auch die berufliche Freistellung bei der Versorgung Sterbender analog § 45 SGB V zu fördern. Schließlich sollten alle pflegenden Angehörigen in der Pflege und Betreuung Sterbender geschult werden. Ein entsprechendes Angebot hat die LAG Hospiz bereits seit dem Jahr 2000 mit den saarländischen Pflegekassen im Rahmen des § 45 SGB XI. entwickelt.

3.2 Hausärzte und ambulante Pflegedienste

- Dem Hausarzt kommt in der Versorgung Sterbender eine zentrale Rolle zu. Er kennt das soziale Umfeld, hat eine zentrale Funktion bei der Koordinierung und Verordnung weitergehender Leistungen und hat i.d.R. eine langjährige, vertrauensvolle Beziehung zu seinen Patienten. Die Versorgung Schwerkranker bedeutet für ihn gegenüber der Behandlung anderer Patienten eine erhebliche Mehrbelastung durch häufige Hausbesuche, bei denen er mehr Zeit braucht und die ihn durchaus stärker belasten können. Um dies leisten zu können, bedarf es der für die Versorgung notwendigen palliativmedizinischen Fachkenntnisse und einer entsprechenden Honorierung der hausärztlichen Tätigkeit.
- Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung liegen der LAG Hospiz nur wenige Daten vor. Bekannte Entwicklungen, die sich auch auf die Versorgung von Schwerkranken auswirken dürften, sind der Rückgang der hausärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen, die zunehmenden Probleme, Nachfolger für Hausarztpraxen zu finden und damit der Anstieg der durchschnittlichen Zahl der Patienten pro Hausarztpraxis.

Abb. 4: Ärzte im Saarland

6.1 Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen (Hausarzt- und Facharztpraxen) nach Art der Einrichtung (Einzel- und Gemeinschaftspraxen) in den Jahren 2002 bis 2012 im Saarland



Quelle/Copyright: Gesundheitsberichterstattung Saarland

- Aufgrund der zunehmenden Verlagerung der Hospiz- und Palliativversorgung in den ambulanten Sektor sind auch weiterhin die ärztlichen Fortbildungen zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin dringend erforderlich, zumal Palliativmedizin erst seit dem Jahr 2011 Pflichtbestandteil im Medizinstudium ist.
- Aus der Sicht der LAG Hospiz stellt die Berücksichtigung der Palliativversorgung im EBM ab 1.10.2013 eine große Chance dar nicht nur für eine angemessene Vergütung der hausärztlichen Versorgung, sondern vor allem auch für die verbindliche Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer in der häuslichen Versorgung. Denn diese Regelung berücksichtigt nicht nur die medizinische Versorgung, sondern auch die notwendige Koordinierungsleistung. Insofern wird der Hausarzt zur Schlüsselfigur in der Abstimmung zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern wie z.B. Pflegediensten, Hospizdiensten, Apotheken und Sanitätshäusern. Damit sind im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung wesentliche Voraussetzungen geschaffen, die maßgeblich sind für das geplante Modellprojekt zur Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) von Kassenärztlicher Vereinigung und LAG Hospiz. Dessen Realisierung sollte nun saarlandweit zeitnah umgesetzt werden.
- Die häusliche pflegerische Versorgung ist im Landesseniorenplan 2012 auf die Menschen über 65 Jahre ausgerichtet. Hospiz- und Palliativeinrichtungen



versorgen auch viele Menschen unter 65 Jahren. Das Durchschnittsalter in der Hospiz- und Palliativversorgung ist niedriger als in den Pflegeeinrichtungen. Es gibt im Saarland 3.809 Pflegegeldempfänger unter 65 Jahren, 2.582 Personen werden von Pflegediensten versorgt, 1.080 Personen unter 65 Jahren wurden in einem Pflegeheim versorgt. Eine künftige Bedarfsplanung sollte auch die Gruppe der Pflegebedürftigen unter 65 berücksichtigen und Angebote für diese Menschen entwickeln.

- Auch die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V und die damit verbundenen strukturellen Gegebenheiten wurden im Landesseniorenplan nicht aufgegriffen. Der ohnehin umstrittene Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI grenzt krankheitsbezogene pflegerische Bedarfe und damit auch die Palliativpflege aus. Er ist damit weit weg von einer Beschreibung von Pflegebedürftigkeit, die dem Anspruch einer auf Schmerztherapie und Symptomkontrolle, psychosozialen Unterstützung und beistehender Seelsorge ausgerichteten Palliativpflegebedürftigkeit entspricht. Zu diesem Anspruch gehören selbstverständlich auch die einfühlsame Grundpflege, die Unterstützung bei den alltäglichen Verrichtungen, die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten sowie die notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen. Daraus lässt sich in qualitativer Hinsicht in der häuslichen pflegerischen Versorgung von Schwerkranken ein Qualifizierungsbedarf ableiten, der dem pflegerischen Leitbild der Palliativversorgung entspricht.
- Es wird erkennbar, dass die ambulanten Pflegedienste, wenn sie mehr als bisher dem pflegerischen Anspruch der Palliativversorgung entsprechen wollen, ihre Arbeitskonzepte anpassen müssen. Dazu gehört die Ausstattung der Pflegedienste mit speziell geschulten Palliative Care Fachkräften, wie sie bereits heute exemplarisch etwa vom Caritasverband Saar-Hochwald vorgehalten wird, um z.B. nach der Entlassung aus dem Krankenhaus die Versorgung von Palliativpatienten palliativpflegerisch und organisatorisch zu unterstützen. Diese aufwändige palliativpflegerische Leistung ist nicht durch die Kranken- und Pflegekassen gegenfinanziert. Eine weitere Differenzierung der ambulanten Pflege nach Zielgruppen wird nach Auffassung der LAG Hospiz erfolgen. Pflegedienste müssen immer mehr spezialisierte Leistungen erbringen, wie sich an der Erweiterung des Leistungskatalogs der häuslichen Krankenpflege um beispielsweise die Verabreichung von subkutanen Infusionen zeigt. Darüber hinaus ist eine Entwicklung von Home Care-Diensten festzustellen, die ihrerseits über die Beratung und Anleitung bei Ernährung und die Schmerzpumpenversorgung hinaus zunehmend pflegerische Leistungen anbieten. Nach Ansicht der LAG Hospiz sollten hierbei alle an der hospizlich-palliativen Versorgung Beteiligten im Sinne des schwerkranken Menschen gut miteinander vernetzt arbeiten.



3.3 Ambulante Hospizdienste und Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Ambulante Hospizdienste und die Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sind beide spezialisiert, weil sie ausschließlich schwerkranke und sterbende Menschen und deren Angehörige versorgen und begleiten. (vgl. Europarat 2003, S. 35) Sie müssen das dafür erforderliche, fachlich qualifizierte Personal vorhalten, zu dem auch die qualifizierten ehrenamtlich tätigen Hospizhelferinnen und -helfer gehören.

- Ambulante Hospizdienste sind zum einen solche, die nach § 39a SGB V von den Krankenkassen gefördert werden und die dementsprechende Strukturmerkmale aufweisen müssen. Dazu gehören mindestens 15 qualifizierte ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer, mindestens eine hauptamtliche Hospizfachkraft mit hohen fachlichen Qualifikationen und eine für diese Tätigkeit erforderliche Sach- und Betriebsausstattung. Diese Dienste erbringen qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung, palliativpflegerische Beratung und regionale Netzwerkarbeit. Zum anderen gibt es die ambulanten Hospizdienste und –initiativen, die nicht nach § 39a SGB V gefördert werden. Sie sind überwiegend ehrenamtlich tätig, zumeist auch bei der Koordinierung der ehrenamtlichen Einsätze.
- Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wird seit dem Jahr 2010 im Saarland auf Basis des § 37b i. V. mit § 132d SGB V im Rahmen eines einheitlichen landesweit gültigen Vertrages mit allen gesetzlichen Krankenkassen erbracht. Voraussetzung für einen Anspruch auf SAPV ist, dass der oder die Versicherte an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwändige medizinische und pflegerische Versorgung benötigt. Die SAPV ergänzt und unterstützt die bestehende Versorgung durch Vertragsärzte, Pflegedienste, Pflegeheime, ambulante und stationäre Hospizangebote. Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind die Beratung, die Koordinierung von ärztlichen, pflegerischen und sonstigen Leistungen sowie umfassende Maßnahmen zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Ziel der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist es, den Versicherten trotz der notwendigen aufwändigen Versorgung ein würdevolles Sterben in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereiches zu ermöglichen. Die Versorgung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeiterinnen und weiteren Fachkräften mit spezialisierten Kenntnissen der Palliativversorgung. Prinzipiell sind in allen Landkreisen und dem Regionalverband die erforderlichen Strukturen vorhanden.



Tab. 4: Verteilung der Ambulanten Hospizdienste im Saarland

Landkreis/ Regionalverband	Bevölkerung am 31.12.2011	Ambulante Hospiz- dienste nach § 39a	Bevölkerung pro Ambulantem . Hospizdienst
Regionalverband Saarbrücken	331.529	2	165.764
Landkreis Merzig- Wadern	104.589	1	104.589
Landkreis Neunkirchen	136.381	1	136.381
Landkreis Saarlouis	202.352	2	101.176
Saarpfalz-Kreis	148.619	1	148.619
Landkreis St. Wendel	89.882	1	89.882
Saarland	1.013.352	8	126.669

Quelle: Statistisches Amt Saarland / Eigene Berechnung

- Mit Blick auf die SAPV-Versorgung muss festgehalten werden, dass die vom Gesetzgeber vorgegebenen Bedarfsschätzungen von ca. 250.000 Einwohnern pro SAPV-Team bezogen auf die saarländische Bevölkerung erreicht bzw. unterschritten wird. Aus der Sicht der in der Versorgung tätigen SAPV-Teams ergibt sich, unter Berücksichtigung der Tatsache, dass mindestens 10 % aller Sterbefälle einen komplexen palliativen Versorgungsbedarf haben, folgendes Bild:

Tab. 5: SAPV-Teams und Sterbefälle 2011

SAPV Team	Anzahl	Versorgungs- bereich	Sterbefälle
StJakobus Hospiz	3	Regionalverband Saarpfalz-Kreis	alle 5.776 10% 578 pro Team 193
SAPV- Saarschleife	1	Landkreise Merzig Wadern und Saarlouis	alle 3.660 10% 366 pro Team 366
SAPV-Team Marienhaus GmbH	1	Landkreise Neunkirchen und St. Wendel	alle 2.850 10% 285 pro Team 285
Gesamt	5	Saarland	alle 12.331 10% 1.233 pro Team 247

Quelle: Statistisches Amt Saarland / Eigene Berechnung



Nach der Schätzung zum SAPV-Bedarf sind im Saarland mindestens 1.233 Menschen zu versorgen. Im Jahr 2012 wurden 1.206 Menschen in der SAPV betreut. Im Jahr 2013 wird eine Überschreitung der 10%-Quote erwartet.

- Die Zahl der Begleitungen durch die ambulanten Hospizdienste stieg in den letzten Jahren an. Dabei sind nur die abgeschlossenen Begleitungen erfasst, d.h. diejenigen Menschen, die am 31.12. eines Jahres noch von den Hospizdiensten begleitet werden sowie die Begleitung Trauernder sind nicht in der Tabelle erfasst.

Tab. 6: Begleitungen durch ambulante Hospizdienste

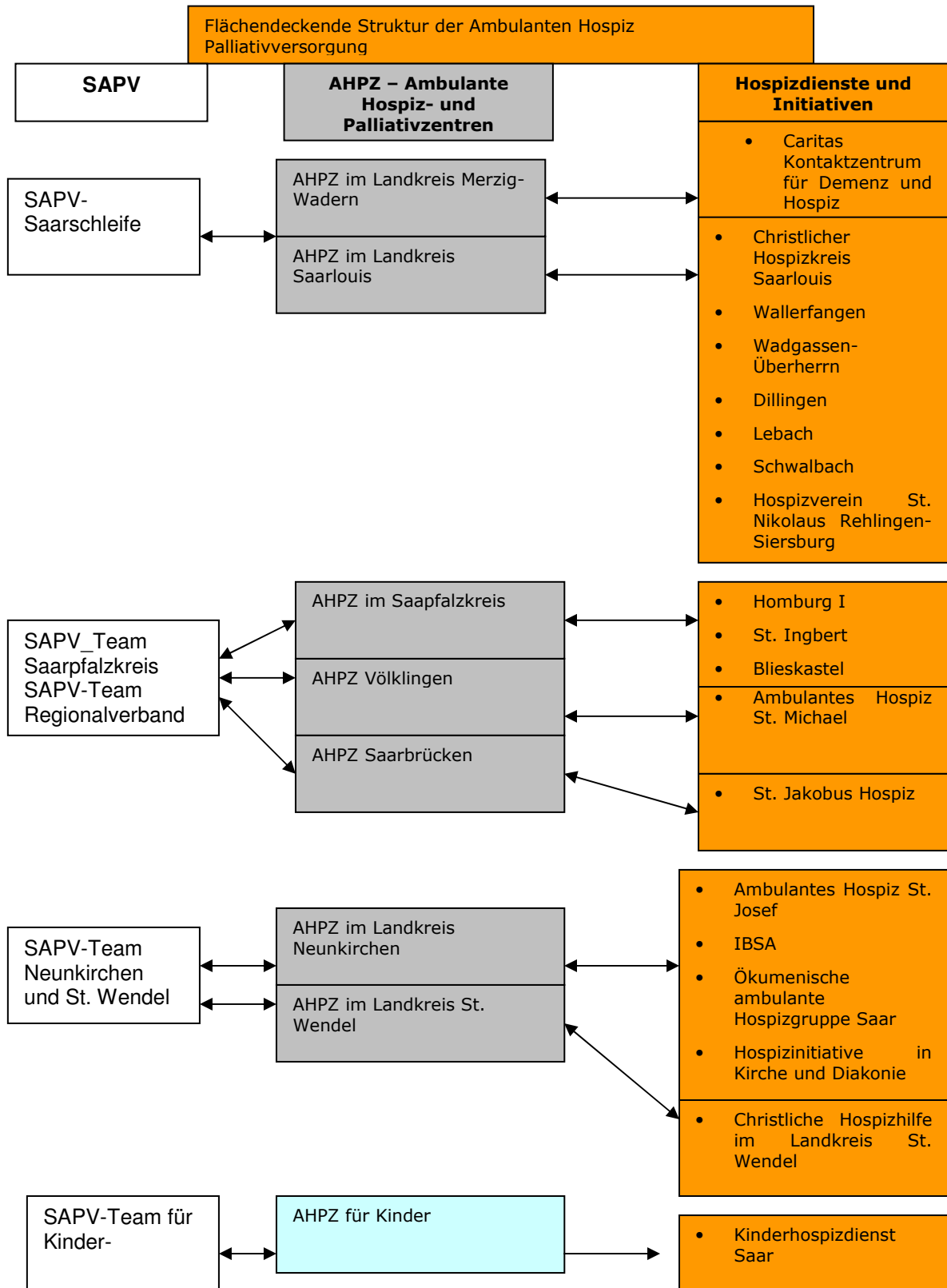
Jahr	Anzahl Ambulante Hospizdienste	abgeschlossene Begleitungen	Begleitungen pro Dienst	Anzahl SAPV-Teams	SAPV Fälle	Fälle pro SAPV-Team
2010	6	797	132	4	662	166
2011	7	856	122	5	1093	219
2012	8	910	114	5	1206	241

Quelle: Eigene Berechnung

- Vor dem Hintergrund der demographischen und fachlichen Entwicklung ist mit den heute vorhandenen Hospizdiensten und SAPV-Teams der künftige Versorgungsbedarf nicht ausreichend zu decken. Der Mehrbedarf macht vor allem die personelle Ausweitung der Hospizdienste und SAPV-Teams erforderlich. Diese Weiterentwicklung erfolgt im Rahmen der Landespflegeplanung mit dem Konzept der ambulanten Hospiz- und Palliativzentren (AHPZ).



Abb. 5: Flächendeckende Struktur der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung im Saarland





Ambulante Hospiz- und Palliativzentren bündeln in jedem Landkreis und im Regionalverband Saarbrücken die ambulanten Hospizleistungen und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Ihre zentrale Aufgabe ist die Vernetzung der unterschiedlichen Leistungsangebote sowie Leistungen, die über die gesetzlichen Aufgaben der Hospizdienste und SAPV-Teams hinausgehen (Trauerbegleitung, Entwicklung von besonderen Handlungskonzepten, Bildungsaufgaben etc.). Darüber hinaus sollen sie im Rahmen der Weiterentwicklung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung die Hausärzte bei der Koordinierung unterstützen.

3.4. Versorgung von Sterbenden in stationären Pflegeeinrichtungen

- Die Einrichtungen der stationären Altenhilfe versorgen immer mehr hochaltrige, alleinstehende, einsame und demenzerkrankte Menschen. Die Verweildauer in den Einrichtungen sinkt beständig, die Sterbephase nimmt einen zunehmend größeren Zeitraum der im Altenheim verbrachten verbleibenden Lebenszeit ein.
- Nach Berechnungen des Landeseniorenplans wird die Zahl der in Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen weiter ansteigen und damit auch die Zahl derjenigen, die in den Pflegeeinrichtungen versterben. Gleichzeitig zeigt die von der saarländischen Pflegegesellschaft in Auftrag gegebene Studie zur Erfassung der erforderlichen Betreuungs- und Pflegezeiten (PiSaar), dass die Personalbemessung in den Pflegeeinrichtungen sich nicht am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientiert, weder an dem, der sich aus dem pflegerischen Bedarf oder dem Betreuungsbedarf ergibt noch an dem, der sich aus der Versorgung Sterbender ergibt. Daraus schließt die LAG Hospiz einen erheblichen qualitativen Hospiz und Palliativbedarf in den stationären Pflegeeinrichtungen, wenn diese Einrichtungen auch für ihre sterbenden Bewohnerinnen und Bewohner qualifizierte Arbeit leisten und bis zuletzt für sie da sein wollen. Es ist jedoch fraglich, ob die stationären Pflegeeinrichtungen diesem qualitativen Bedarf entsprechen können, wenn z.B. der Fachkräftemangel weiter zunimmt. Derzeit liegt die vertraglich geforderte Mindest-Fachkraftquote bei 50 %. Auf Grund des zunehmenden Fachkräftemangels besteht die Gefahr, dass diese Quote weiter abgesenkt wird.
- Die LAG Hospiz sieht daher dringenden Handlungsbedarf, der über die Förderung von Einzelprojekten wie z.B. das Modellprojekt „Palliativ pflegerisches Kompetenzzentrum“ im Haus am See in Neunkirchen/Nahe hinausgeht und der ein Maßnahmenprogramm für die stationären Pflegeeinrichtungen umfasst. Wichtige Ansatzpunkte für die Verbesserung der Versorgungsqualität von Heimbewohnern sind neben der Personalisierung die fachliche Qualifizierung, die ehrenamtliche Sterbebegleitung, die Vernetzung sowie die Etablierung von Arbeitsstrukturen, die den Bedürfnissen Schwerkranker entsprechen. Dazu gehört auch enge Zusammenarbeit mit einem ambulanten Hospizdienst und den SAPV-Teams.



3.5 Versorgung in stationären Hospizen

Stationäre Hospize sind baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbständige Einrichtungen mit eigenständigem Versorgungsauftrag gemäß § 39a Abs. 1 SGB V. In der Regel werden 8 bis 16 Betten vorgehalten. In allen Hospizen gibt es ergänzende Räumlichkeiten wie Wohnzimmer und Küche

Stationäre Hospize sind Teil der ambulanten Versorgungsstruktur (Hausarztprinzip). Sofern eine häusliche Versorgung nicht oder nicht mehr möglich ist, können Menschen, die schwerstkrank oder sterbend sind, auf ärztliche Verordnung in einem stationären Hospiz die letzte Lebensphase verbringen, sofern sie keiner Krankenhausbehandlung bedürfen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen haben Hospizgäste einen Anspruch auf die ärztlichen Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

- Im Saarland gibt es zwei stationäre Hospize. Das Paul Marien Hospiz in Saarbrücken hat 16 Betten und das Hospiz Emmaus in St. Wendel hat 8 Betten.

Im Paul Marien Hospiz wurden im Jahr 2011 206 und im Jahr 2012 210 Menschen versorgt. Davon waren 93% (2011) bzw. 90% (2012) an einem Tumorleiden erkrankt. Nur rund 7 % (2011) bzw. 10 % (2012) der Gäste litten nicht an einem Tumor, sondern verstarben an einer anderen Erkrankung. Im Hospiz Emmaus wurden im Jahr 2012 202 Gäste betreut, davon waren 82 % an einem Tumorleiden erkrankt. In beiden Hospizen lag das Durchschnittsalter der Gäste bzw. Bewohner bei 72 Jahren. Erhebliche Abweichungen bei beiden Hospizen gibt es bei der Verweildauer: Im Hospiz Emmaus liegt sie bei durchschnittlich 11 Tagen, im Paul-Marien-Hospiz bei 22 Tagen.

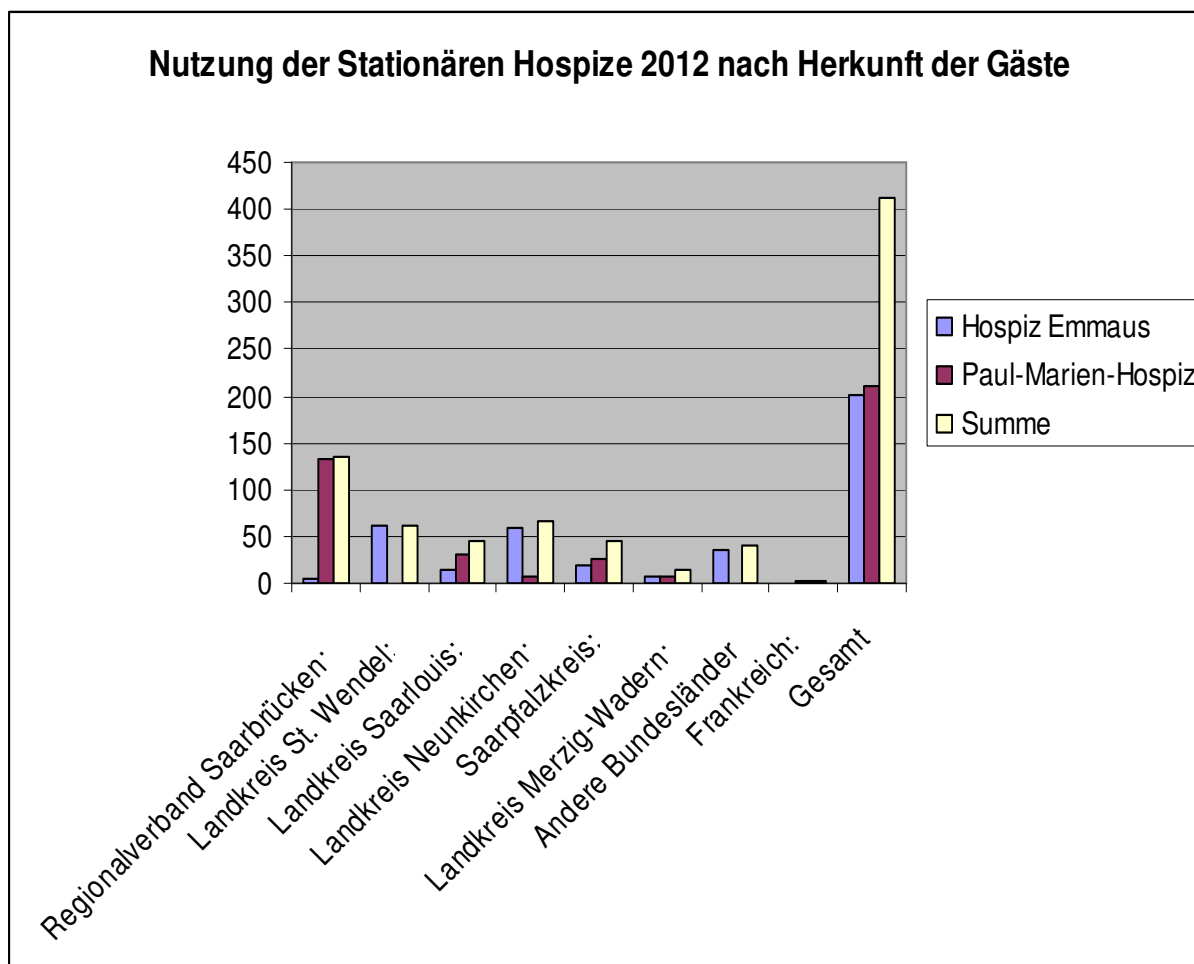


Tab.7: Einzugsgebiete der stationären Hospize im Saarland

Einzugsgebiete der Hospize	Hospiz Emmaus WND – Anzahl der Patienten		Paul Marien Hospiz SB – Anzahl der Patienten		Gesamt 2012
	2011	2012	2011	2012	
Regionalverband Saarbrücken:	8	4	135	132	136
Landkreis St. Wendel:	55	61	1	1	62
Landkreis Saarlouis:	12	14	34	30	44
Landkreis Neunkirchen:	49	60	7	6	66
Saarpfalzkreis:	15	20	18	26	46
Landkreis Merzig-Wadern:	9	7	5	7	14
Andere Bundesländer	24	36	5	5	41
Sonstige (z.B. Frankreich):	4		1	3	3
Gesamt	176	202	206	210	412
Verweildauer (arithmet. Mittel)	14,6 Tage	12,3 Tage			
Verweildauer (Median)	7 Tage	6 Tage		15 Tage	

Quelle: Eigene Berechnung

Abb. 6: Nutzung der stationären Hospize im Saarland





- Im stationären Hospiz in Trier wurden im Jahr 2011 4 und im Jahr 2012 1 Personen aus dem Saarland versorgt. Nicht bekannt ist der LAG Hospiz, wie viele Menschen aus dem Saarland im stationären Hospiz in Pirmasens versorgt werden.
- 198 Hospizgäste wurden im gleichen Landkreis versorgt, in dem sie vor der Aufnahme gewohnt haben. Das sind 53,8% der aus dem Saarland stammenden Hospizgäste.
- Die Nachfrage nach Hospizbetten wird zum überwiegenden Teil in den Kliniken generiert. Laut einer Statistik des Deutschen Hospiz und Palliativverbandes (DHPV) sind im Jahr 2011 von den erfassten 330 Hospizgästen im Saarland 74,9% (244) durch die Krankenhäuser an die Hospize vermittelt worden. Ein gutes Drittel dieser Palliativpatienten befand sich unmittelbar vor der Aufnahme in ein Hospiz zur Symptombehandlung auf einer Palliativstation. Da die Zahl der Krankenhausbetten weiter abnimmt, wird sich die Nachfrage aus den Kliniken weiter erhöhen.
- Aus einer situativen und nicht repräsentativen Befragung der Mitglieder der LAG Hospiz geht hervor, dass sowohl die ambulanten Hospize als auch die SAPV-Teams sowie die Palliativstationen stationäre Hospizbetten anfragen. Sie tun dies in der Regel für Patienten, deren Versorgung durch die ambulanten Leistungen nicht sicher gestellt werden kann. Beide stationären Hospize führen Wartelisten. Nach Aussage der Einrichtungsleitung des Hospizes Emmaus in St. Wendel gibt es allerdings trotz überwiegender Wartliste Zeiten, in den Betten leer stehen. Wenn keine freien Hospizbetten zur Verfügung stehen, kommt es vor, dass Patienten entweder vor einer Aufnahme ins Hospiz versterben oder vorübergehend in Kurzzeitpflegeeinrichtungen untergebracht werden. Die Tatsache, dass die stationären Hospizbetten kontinuierlich belegt sind und oft nicht zeitnah zur Verfügung stehen, spiegelt sich auch in den Erfahrungen der ambulanten Hospize, der SAPV-Teams und Palliativstationen, die von längeren Wartezeiten (im Durchschnitt bis 2 Wochen) berichten. Die Nachfrage wird sich weiter erhöhen durch die zunehmende Bekanntheit des Angebotes sowie die Entwicklung der ambulanten Palliativversorgung. Einerseits können Betroffene auch bei hoher Symptomlast besser als zuvor in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden. Andererseits werden durch frühzeitig ambulante Palliativversorgung Krankenhauseinweisungen vermieden und Anspruchsberechtigte bei Bedarf ohne Umweg über das Krankenhaus direkt ins stationäre Hospiz verlegt werden. Schließlich wird sich die Nachfrage auch hinsichtlich der Versorgung von Patienten im Endstadium einer chronischen Erkrankung verändern. Der Anteil wird sich deutlich ausweiten. Zudem wird das stationäre Hospiz künftig möglicherweise auch mehr für kurzzeitige Aufenthalte zur Entlastung der häuslichen Versorgung genutzt.
- Im Hinblick auf das Nutzungspotential stationärer Hospize sind die Zugangskriterien besonders zu beachten. Daraus lassen sich folgende Aussagen ableiten:



- Die häusliche Hospiz- und Palliativversorgung hat Vorrang.
- Palliativversorgung in Krankenhäusern findet nur dann statt, wenn Behandlungsbedarf im Krankenhaus besteht.
- Wenn die häusliche Versorgung nicht möglich und ein palliativpflegerischer und -medizinischer Behandlungsbedarf besteht und der Patient noch nicht in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt, ist stationäre Hospizversorgung, ggf. mit SAPV, angezeigt.
- Wenn sich der Patient bereits in einer stationären Pflegeeinrichtung befindet, hat die stationäre Pflege Vorrang, ggf. mit Einbindung ambulanter Hospizarbeit und SAPV

Wenn diese Kriterien in der Versorgung konsequent berücksichtigt werden, würde die ambulante Versorgung gegenüber der Versorgung im Krankenhaus weiter zunehmen. Innerhalb der ambulanten Versorgung würde sich die Versorgung von Palliativpatienten in einem Pflegeheim zugunsten der Nachfrage nach häuslicher Versorgung und nach Versorgung im stationären Hospiz verringern. Damit wäre gleichzeitig eine erhebliche Ausweitung der ambulanten Versorgung und der Versorgung in stationären Hospizen zu erwarten. Folgende unverbindliche und vage Schätzung wäre nach Ansicht der LAG Hospiz mittelfristig möglich:

Zahl der Sterbefälle im Saarland 2011	12.331
Ohne Unfälle etc.	12.000
Rückgang der Sterbefälle im Krankenhaus auf 40%	4.800
Rückgang der Sterbefälle im Pflegeheim auf 25%	3.000
Anstieg Sterbefälle zuhause (35%)	4.200
Davon 20% im stationären. Hospiz	840

Unter der Annahme einer durchschnittlichen Verweildauer von 19 Tagen und einer durchschnittlichen Auslastung von 80% ergäbe dies langfristig einen Bedarf von 55 Hospizbetten.

- Anzustreben ist aus der Sicht der LAG Hospiz daher die längerfristige Anpassung der Zahl der Hospizbetten im Saarland. Dabei ist vor allem die wohnortnahe Versorgung zu beachten. Derzeit sind die stationären Hospizbetten ungleich verteilt. Nimmt man die derzeitige Versorgung mit Hospizbetten im Landkreis St. Wendel (0,4% der Sterbefälle) und im Regionalverband (0,6% der Sterbefälle) zur Grundlage einer Bedarfsberechnung, ergibt sich folgender Versorgungsbedarf:



Tab. 8: Bedarfsrechnung stationäre Hospizbetten

Landkreis/ Regionalverband	Sterbefälle 2011	Hospiz- betten 2012	Anteil Hospizbetten an Sterbefällen je Landkreis	Versorgungsbedarf nach Modell Regionalverband 0,4%	Versorgungsbedarf nach Modell Landkreis St. Wendel 0,6%
Regionalverband Saarbrücken	4.060	16	0,4%	16	24
Landkreis Merzig- Wadern	1.214			5	7
Landkreis Neunkirchen	1.713			7	10
Landkreis Saarlouis	2.446			10	15
Saarpfalz-Kreis	1.761			7	11
Landkreis St. Wendel	1.337	8		5	8
Saarland	12.331	24	0,2%	50	75

Quelle: Statistisches Amt Saarland / Eigene Berechnung

Bei dieser Betrachtungsweise ist unbedingt die gesetzlich verankerte Mindestplatzzahl eines stationären Hospizes zu berücksichtigen (8 Betten), sowie die Versorgungsleistungen der bestehenden Hospize für benachbarte Landkreise. Erkennbar wird ein regionaler Bedarf im Landkreis Saarlouis, der die Mindestplatzzahl eines stationären Hospizes erreicht. Der Landkreis Neunkirchen und der Saarpfalz-Kreis liegen nur knapp unter der Mindestbettenzahl.

Von daher sollte aus der Sicht der LAG Hospiz entlang der demographischen Entwicklung der weitere Ausbau der stationären Hospizversorgung so erfolgen, dass die bestehenden Einrichtungen nicht gefährdet werden. Die wohnortnahe Versorgung kann mit einem stationären Hospiz pro Landkreis sichergestellt werden.

3.6 Palliativversorgung im Krankenhaus

Palliativstationen sind Stationen innerhalb eines Krankenhauses, in denen Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen aufgenommen werden, bei denen eine ambulante Behandlung aufgrund der Symptomatik nicht mehr ausreichend ist. Ein Team von Fachkräften verschiedener Berufsgruppen versorgt die Patientinnen und Patienten mit dem Ziel, dass eine Stabilisierung erreicht und die Entlassung nach Hause möglich wird.

- Im Saarland gibt es derzeit fünf Palliativstationen. Eine sechste soll im Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg eingerichtet werden. Bisher



werden dort jedoch noch keine Betten zur palliativmedizinischen Behandlung vorgehalten. Das stationäre palliative Angebot im Saarland umfasst die Vorhaltung von insgesamt 43 Krankenhausbetten – davon 3 für Kinder – die zur palliativmedizinischen Krankenhausbehandlung vorgesehen sind.

Tab. 9: Palliativstationen im Saarland

Klinik	Betten 2013	Geplant 2015	Bemerkung	Konsiliardienst
SHG-Klinik, Merzig	6	6	Eingestreut	
CTS Klinik St. Theresia, Saarbrücken	16	16		vorhanden
Marienkrankenhaus St. Wendel	7	7		
Marienhausklinik St. Josef Kohlhof	3	3	Nur Kinder	
Marienhaus Klinikum Saarlouis-Dillingen	11	12		
Universitätsklinikum des Saarlandes, Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie	0	10	Kinder und Erwachsene	vorhanden
Palliativbetten insgesamt	43	54		

Quelle: Aktueller Landesbettenplan des Saarlandes

- Zwei organisatorische Modelle sind vorzufinden: zum einen gibt es eigene, räumlich abgetrennte Palliativstationen mit mindestens 5 Betten, zum anderen in Akutkliniken eingestreute Betten zur Versorgung von Palliativpatienten. Aus qualitativer Perspektive sind eigenständige Palliativstationen eindeutig zu präferieren. Nur mit eigenständigen räumlichen und personellen Strukturen kann es gelingen, die komplexen Aufgaben der Symptomlinderung und Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung zu erfüllen. Palliativstationen verfügen über Einzel- oder Zweibettzimmer, ein eigenes Wohnzimmer (als Gesprächs- und Rückzugsort) und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige. Der Personalschlüssel ist höher angesetzt als in anderen Krankenhausbereichen. Die medizinische Leitung muss über eine palliativmedizinische Qualifizierung und die pflegerische Leitung muss über eine palliativpflegerische Zusatzqualifikation verfügen.
- Ergänzend zu den Stationen gibt es palliativmedizinische Konsiliardienste, die in den Akutkliniken eine palliative Mitversorgung der Patienten anbieten.
- Bisher werden auf allen Palliativstationen vor allem tumorerkrankte Menschen versorgt. Die Dynamik einer unheilbar verlaufenden Tumorerkrankung bringt für die Betroffenen oft eine Verdichtung und Zuspitzung unterschiedlichster Symptome mit sich, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen. In letzter Zeit ist eine Veränderung zu beobachten: Patienten mit anderen Krankheitsbildern in einem weit fortgeschrittenen Stadium (Nieren-, Lungen-, Leber- oder Gefäßerkrankungen usw.) werden zunehmend auf Palliativstationen



behandelt. Dies entspricht der Entwicklung, die Palliativmediziner weltweit prognostizieren. Diese Entwicklung wird den Bedarf an palliativmedizinischen Strukturen innerhalb der Kliniken erhöhen.

- Die in Fachkreisen geforderte frühzeitige Einbindung von Palliativmedizin führt dazu, dass Patienten nicht erst unmittelbar vor dem Sterben stationär versorgt werden, sondern schon früher. Hauptkriterium ist dabei die Symptomlast, die eine Versorgung im Krankenhaus nötig macht.
- Mit dem Ausbau der stationären Palliativbetten bis zum Jahr 2015 ist nach Auffassung der LAG Hospiz ein guter Versorgungsgrad gegeben. Lediglich im Landkreis Neunkirchen fehlt ein solches Angebot. Anzuregen wäre zudem, dass in jedem Krankenhaus des Saarlandes palliativmedizinische Expertise, etwa durch die Etablierung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes gegeben sein sollte.

3.7 Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder

- Die Versorgung der schwerkranken Kinder und Jugendlichen im Saarland wird vor allem von den Eltern und Großeltern und den Kinderärzten, ergänzt durch den Kinderhospizdienst Saar, das SAPV-Team für Kinder, Unterstützungsangebote von Elterninitiativen, ambulanten Pflegediensten sowie den Kinderkliniken erbracht. Als spezialisierte Einrichtungen stehen der Kinderhospizdienst Saar, das SAPV-Team für Kinder, der palliativmedizinische Konsiliardienst des Universitätsklinikums sowie die palliativmedizinische Kriseninterventionseinheit der Marienhausklinik St. Josef Kohlhof mit 3 Betten zur Verfügung. Daneben werden Kinder und Jugendliche auch in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe vorübergehend oder dauerhaft versorgt. Auch dort kann der Kinderhospizdienst Saar unterstützend mitwirken, der Anspruch auf SAPV gilt auch in diesen Einrichtungen.

Ein stationäres Hospiz, das den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen entspricht, gibt es im Saarland nicht. Nach Angaben des Kinderhospizdienstes Saar nehmen rund 20 Familien pro Jahr eine solche Einrichtung außerhalb des Saarlandes in Anspruch. Die regional nächsten Kinderhospize sind in Dudenhofen bei Speyer und in Wiesbaden.

- Im Jahr 2011 starben im Saarland 60 Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 20 Jahren. Davon waren 30 Säuglingssterbefälle, d.h. Kinder, die nicht älter als ein Jahr wurden, 21 davon lebten nur bis zu 4 Wochen. Von den 60 Kindern und Jugendlichen starben am plötzlichen Kindstod 2, durch Unfälle 11, durch Selbstverletzungen 3 und 5 durch nicht näher erfasste Umstände.



Tab. 10: Todesursachen bei Kindern und Jugendlichen 2011

Todesursache	Anzahl
Infektionen	1
Neubildungen	5
Stoffwechselerkrankungen	1
Neurologische Erkrankungen	2
Kreislaufkrankungen	3
Atemwegserkrankungen	1
Erkrankungen der Verdauungsorgane	1
Ursachen in der Perinatalperiode	15
Fehlbildungen	11
Abnorme Befunde	12

Quelle: Statistisches Amt Saarland

- Nach Angaben des statistischen Amtes sind 2% der 131.619 Schwerbehinderten im Saarland unter 18 Jahren, also 2.632 Personen. Folgende Daten zu Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen sind der LAG Hospiz bekannt. Nach bundesweiten Schätzungen leben 300 bis 400 Kinder und Jugendliche mit einer lebenslimitierenden Erkrankung oder Behinderung im Saarland.

Tab.11: Statistische Daten Kinder und Jugendliche 2011

Alter	Anzahl	Krankenhausfälle	Rehafälle	Sterbefälle
< 1 Jahr	7.061	7.618	9	30
1 bis 4	28.590	3.940	203	
5 bis 9	38.612	3.152	294	
10 bis 14	46.265	3.764	265	16
15 bis 19	53.212	6.410	125	14
Gesamt	173.740	24.884	896	60

Quelle: Statistisches Amt Saarland

- Aus der Sicht der LAG Hospiz gibt es nur einen geringen Bedarf im Saarland für ein stationäres Kinderhospiz, das nach der gesetzlichen Vorgabe 8 Plätze aufzuweisen hat. Bei ca. 20 Tagen durchschnittlicher Verweildauer und 80% Auslastung müssten rund 117 Kinder und Jugendliche pro Jahr diese Einrichtung in Anspruch nehmen. Selbst unter der Annahme, dass ein stationäres Hospiz für Kinder und Jugendliche nicht nur bei absehbar begrenzter Lebenserwartung in Anspruch genommen wird, ist die Auslastung nicht zu erreichen, da rund 30% bis 40% der Kinder und Jugendlichen mit lebenslimitierenden Erkrankungen oder Behinderungen regelmäßig dieses Angebot in Anspruch nehmen müssten.



- Demgegenüber sieht die LAG Hospiz Entwicklungsbedarf bei der ambulanten Versorgung der Kinder und Jugendlichen. Die ambulante Kinderkrankenpflege gibt es im Saarland faktisch nicht, die palliativmedizinische Qualifizierung der Kinderärzte ist weit hinter dem Qualifizierungsgrad der anderen Fachärzte zurück. Zur Entlastung der Familien sollte zudem ein ausreichendes Angebot der Kurzzeitpflege für Kinder vorgehalten werden. Im Bedarfsfall kann die Kurzzeitpflege durch den ambulanten Kinderhospizdienst sowie die SAPV für Kinder ergänzt werden.

3.7 Steuerung und Vernetzung der gesamten Hospiz- und Palliativversorgung

- Im Hinblick auf den steigenden Bedarf an Hospiz- und Palliativversorgung ist es dringend geboten, ein abgestimmtes System der Hospiz- und Palliativversorgung zu etablieren. Dieses ist auch im Hinblick auf den Rechtsanspruch auf Versorgungsmanagement nach § 11 SGB V dringend geboten und trägt dem Bedürfnis nach Versorgungskontinuität in der Hospiz- und Palliativversorgung Rechnung. Daher sind nach Auffassung der LAG Hospiz hinsichtlich der bedarfsgerechten Versorgung die Steuerungsfunktionen auszubauen und die Zuständigkeiten zu regeln. Dazu gehört insbesondere die Überleitung in die jeweiligen Versorgungssektoren, die Koordinierung in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung einschließlich der Abstimmung mit der SAPV, der stationären Hospizversorgung und der Versorgung in Pflegeeinrichtungen. Die dazu notwendigen Kompetenzen in Koordinierung und Case Management sind unbestritten und sollten verstärkt in Qualifizierungsmaßnahmen berücksichtigt werden, wie etwa bei den ambulanten Hospizdiensten und den SAPV-Teams.



4. Einige Probleme des steigenden Bedarfs an Hospiz – und Palliativversorgung

4.1 Personalbedarf – Haupt- und Ehrenamtliche / Bürgerschaftliches Engagement

Bedacht werden muss, dass der Ausbau des stationären und des ambulanten Versorgungsangebotes personalisiert werden muss. Palliative Care Fachkräfte aus der Pflege und aus dem medizinischen Bereich stehen schon jetzt nur unzureichend zur Verfügung. Dies gilt für alle Bereiche des Gesundheitswesens. Es ist zu erwarten, dass insbesondere qualifizierte Fachkräfte, wie sie im stationären Hospizbereich gefordert sind, in Zukunft nur schwer zu gewinnen sind. Außerdem müssen weitere Bürgerinnen und Bürger für ein dauerhaftes ehrenamtliches Engagement gefunden und qualifiziert werden. Dies ist mit Blick auf die zunehmende Ausweitung des ehrenamtlichen Engagements auf viele Felder im Gesundheits- und Sozialwesen nicht einfach zu bewerkstelligen.

4.2 Spendenbedarf

Die Kranken- und Pflegekassen tragen beim Erwachsenen hospiz 90 % der Kosten. 10 % der Kosten müssen durch das Hospiz selbst erbracht werden. Der Spendenbedarf eines stationären Hospizbettes beträgt pro Jahr rund 10.000 bis 20.000 Euro. Für ein stationäres Hospiz mit acht Betten müssen Spenden in Höhe von rund 80.000 bis 160.000 Euro pro Jahr veranschlagt werden.

Die Kranken- und Pflegekassen tragen die Kosten des Kinderhospizes zu 95 %. 5 % der Kosten müssen die Kinderhospize selbst erbringen. Der Spendenbedarf für ein stationäres Kinderhospizbett beträgt pro Jahr 100.000 bis 200.000 Euro. Für ein stationäres Kinderhospiz mit acht Betten müssen Spenden in Höhe von 800.000 bis 1,6 Mio Euro pro Jahr veranschlagt werden.

Ambulante Hospizdienste werden nur anteilig von den Krankenkassen gefördert. Mindestens 40% der Kosten müssen ebenfalls über Spenden und Zuschüsse finanziert werden. Bei der dringenden Ausweitung der ambulanten Hospizarbeit steigt auch hier der Spendenbedarf.

Auch die Palliativstationen benötigen für ihre Arbeit zunehmend Spenden. Insgesamt nimmt die Abhängigkeit von Spenden in allen hospizlichen und palliativen Einrichtungen zu. Daraus ergibt sich schon bald eine Situation zunehmender Konkurrenz um Spendengelder. Die Rahmenvereinbarungen schreiben vor, dass bestimmte Prozentanteile bei der Finanzierung der Hospiz- und Palliativarbeit über Spendenerlöse erbracht werden müssen. Im Saarland ist die Spendenkapazität nicht unbegrenzt. Auch dies gilt es bei der Umsetzung und dem Ausbau der hospizlich-palliativen Angebote im Auge zu behalten. Denn es besteht die Sorge und



Unsicherheit, ob im Saarland dauerhaft überhaupt Spenden im notwendigen Umfang zu erwirtschaften sind.

4.3 Qualität

Der wachsende Hospizbedarf darf nicht zu einer Minderung der Qualität der Versorgung führen. Sowohl bei den Trägerstrukturen der Angebote und Einrichtungen als auch bei der Organisation ist die derzeitige Qualität zu halten und weiterzuentwickeln. Damit einher geht die Festschreibung von Qualitätskriterien, wie sie z.B. in der stationären Hospizarbeit bereits vorliegen.

4.4 Vernetzung und bürgerschaftliches Engagement

Der Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung im Saarland hat im Einklang mit den Zielen der Hospizbewegung zu erfolgen. Eine isolierte Angebotsentwicklung im Sinne einer Dienstleistung oder der Entwicklung einer Wertschöpfungskette ist aus Sicht der LAG Hospiz nicht geeignet, dem Bedarf gerecht zu werden, da die Gefahr besteht, dass es nicht mehr um die Bedürfnisse Sterbender, sondern vorrangig um den wirtschaftlichen Erfolg geht. Aus dieser Bedingung folgt zwingend die enge Verzahnung der unterschiedlichen Angebote, wie sie z.B. durch die Strukturbedingung stationärer Hospize und der SAPV zum Ausdruck kommt, die mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten müssen. Schließlich ist auch zu gewährleisten, dass die bürgerschaftliche Basis der Hospizbewegung, die z.B. durch die ehrenamtliche Hospizarbeit zum Ausdruck kommt, auch künftig ihren Stellenwert behält. Denn die Versorgung Sterbender muss gerade wegen des wachsenden Bedarfs auch in Zukunft eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe bleiben.



5. Tabellen

Tab. 1: Bevölkerung und Sterbefälle im Saarland
Statistisches Amt Saarland / Eigene Berechnung

Tab. 2: Bevölkerungsaufbau im Saarland 2011 und 2030
Landesseniorenplan

Tab. 3: Individuelle Anforderungen für Leistungsansprüche der Hospiz- und
Palliativversorgung
LAG Hospiz Saarland

Tab. 4: Verteilung der ambulanten Hospizdienste im Saarland
Statistisches Amt Saarland / Eigenen Berechnung

Tab. 5: SAPV-Teams und Sterbefälle 2011
Eigene Berechnung

Tab. 6: Begleitungen durch ambulante Hospizdienste
Eigene Berechnung

Tab. 7. Einzugsgebiete der stationären Hospize im Saarland
Eigene Berechnung

Tab. 8: Bedarfsrechnung stationäre Hospizbetten
Statistisches Amt Saarland / Eigene Berechnung

Tab. 9: Palliativstationen im Saarland
Aktueller Landesbettenplan des Saarlandes

Tab. 10: Todesursachen bei Kindern und Jugendlichen 2011
Statistisches Amt Saarland

Tab. 11: Statistische Daten Kinder und Jugendliche 2011
Statistisches Amt Saarland



6. Abbildungen

Abb. 1: Todesursachen

Gesundheitsberichterstattung Saarland

Abb. 2: Sterbeorte – Wunsch und Wirklichkeit

DHPV / LAG Hospiz Saarland e.V.

Abb. 3: Sterbeorte 2011

Statistisches Amt Saarland / LAG Hospiz Saarland e.V.

Abb. 4: Ärzte im Saarland

Gesundheitsberichterstattung Saarland

Abb. 5: Flächendeckende Struktur der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung
im Saarland

LAG Hospiz Saarland e.V.

Abb. 6: Nutzung der stationären Hospize im Saarland

LAG Hospiz Saarland e.V.



7. Literaturverzeichnis

20 Jahre Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, Eine Zeitreise, Jubiläumsbroschüre, Hrsg. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, Ludwigsburg 2012.

Allert, Rochus: Stand und Handlungsbedarf der bundesdeutschen Hospizbewegung, Ludwigsburg 2010.

Ältere Menschen im Saarland - Landesseniorenplan/ III Teil, Hrsg. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Saarbrücken 2012

Begleitung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen in Bayern, Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung, Hrsg. Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Frauen, 3. Mai 2011.

Bestand stationärer Hospize NRW 2009, Eine Befragung der stationären Hospize in NRW, ALPHA Rheinland und ALPHA Westfalen, Hrsg. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2009.

Brühl Albert und Planer Katarina: PiSaar – Pflegebedarf im Saarland. Abschlußbericht. Im Auftrag der Saarländischen Pflegegesellschaft. Vallendar 2013

Das Bestattungsrecht im Saarland, Hrsg. Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz, Saarbrücken 2011

DHPV: Empfehlungen zur Bedarfsplanung stationärer Hospize in Deutschland, Berlin 2013.

Europarat: Empfehlung Rec (2003) 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und – pflegerischen Versorgung.

Herrlein, Paul: Handbuch - Netzwerk und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung, Wuppertal 2009.

Holtappels, Peter: Das wesentliche Grundrecht des Palliativpatienten. Der Anspruch auf Achtung und Schutz seiner Würde. In: Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin 2, 2013, S. 21-24

Keseberg Adalbert und Schrömbgens Hans-Heinz (Hrsg.): Hausärztliche Betreuung des Schwerkranken und Sterbenden. Stuttgart 1995



Klie, Thomas: Von Pionieren zu Partnern: Bedarfsanalyse zu Kinderhospizangeboten – Exemplarische Studien zu den Regionen Ostwestfalen, Berlin und Stuttgart“, Bundesverband Kinderhospiz e.V., Heidelberg 2013.

Krankenhausplan für das Saarland 2011 – 2015, Hrsg. Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz, Saarbrücken 2011

Lewkowicz, Marina und Spiegelberg Rüdiger : Sozialplanung in der Praxis. Fallstudien und Analysen. Opladen 1984

Nauck, Friedemann: Bedarfsplanung stationäre Hospize für Erwachsene und Kinder in Nordrhein-Westfalen, Göttingen 2010.

Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen, Hrsg. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Hannover 2006.

Statistisches Jahrbuch Saarland 2012, Hrsg. Statistisches Amt Saarland, Saarbrücken 2012

Vorbereitendes Gutachten für den Saarländischen Krankenhausplan mit Geltungszeitraum ab dem Jahr 2011 für Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hrsg. GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH, Düsseldorf 2010