

**Bedarfsplanung stationäre Hospize für Erwachsene und Kinder
in Nordrhein-Westfalen
im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
(zur Zeit der Auftragserteilung: Arbeit, Gesundheit und Soziales)
und der ALPHA-Stellen
(Revidierte Fassung vom 22.11.2010)**

Verantwortung für die Durchführung

Prof. Dr. med. Friedemann Nauck

Birgit Jaspers, Matthias Becker M.A.

Abteilung Palliativmedizin, Georg-August-Universität Göttingen

Zentrum Anaesthesiologie-, Rettungs- und Intensivmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen

Tel: 0551-3910 501, Fax: 0551-3910 502

E-Mail: friedemann.nauck@med.uni-goettingen.de

0	Vorwort	5
1	Einleitung - kurze Darstellung der Aufgabenstellung.....	8
2	Methodische Herangehensweise an das Forschungsprojekt.....	9
2.1	Literaturrecherche	10
2.2	Daten.....	11
2.3	Runde Tische	12
2.4	Ergänzende Analysen zum Bericht der ALPHA-Stellen	15
2.5	Netzwerkbefragung	16
2.6	Expertenbefragung	17
3	Grundlagen stationäre Hospize.....	18
3.1	Definitionen und Abgrenzungen.....	19
4	Bedarf stationäre Hospize für Erwachsene	22
4.1	Aspekte für eine Bedarfsplanung.....	29
4.1.1	Demographische Entwicklung in Nordrhein-Westfalen	29
4.1.2	Epidemiologische Entwicklung in Nordrhein-Westfalen	37
4.1.3	Entwicklung der Pflegebedürftigkeit Erwachsener in Nordrhein-Westfalen	43
4.1.4	Netzwerke.....	50
5	Bedarf stationäre Hospize für Kinder und Jugendliche	52
5.1	Aspekte für die Bedarfsplanung.....	55
5.1.1	Demographische Entwicklung in Nordrhein-Westfalen	55
5.1.2	Epidemiologische Entwicklung in Nordrhein-Westfalen	58
5.1.3	Entwicklung der Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen	64
5.1.4	Netzwerke.....	65
6	Ergebnisse, Untersuchungen, Befragungen, Analysen.....	68
6.1	Runde Tische	68
6.2	Ergänzende Analysen aus dem Bericht der ALPHA-Stellen	71

6.3	Netzwerkbefragung	73
6.4	Befragung Experten für den Bereich Hospize für Erwachsene	85
6.5	Befragung Experten für den Bereich Hospize für Kinder und Jugendliche.....	88
7	Kritische Diskussion (Datenlage und Faktoren für eine Berechnung).....	93
8	Bedarfsberechnungen	98
8.1	Allgemeine Vorüberlegungen	98
8.2	Berechnung Erwachsene.....	101
8.3	Städtisch.....	114
8.4	Regierungsbezirk.....	117
8.5	Ländlich	119
8.6	Kinder	122
9	Empfehlungen	125
10	Zusammenfassung.....	127
11	Danksagung	128
12	Anhang	129

Abkürzungsverzeichnis

ALPHA	Ansprechstellen im Land Nordrhein Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
d. h.	das heißt
DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
EAPC	Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin (European Association for Palliative Care)
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
etc.	et cetera
e.V.	eingetragener Verein
GKV	(Verband der) Gesetzliche(n) Krankenversicherer
HOPE	Hospiz- und Palliativ-Erhebung
i. d. R.	in der Regel
NRW	Nordrhein-Westfalen
rd.	rund
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAPPV	spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung
u. U.	unter Umständen
z. T.	zum Teil

0 Vorwort

In den vergangenen Jahren haben sich die Hospizbewegung und Palliativmedizin in Deutschland dynamisch entwickelt. Nordrhein-Westfalen hat hierbei nicht selten eine Vorreiterrolle übernommen. Hierzu haben in besonderer Weise die Landesregierung Nordrhein-Westfalen und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (nun Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter) durch die Schaffung der beiden Ansprechstellen im Land Nordrhein Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA) sowie zahlreiche durch das Ministerium initiierte Forschungsprojekte beigetragen. Zielführend war hier sicherlich auch die Erarbeitung eines Rahmenprogramms zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen sowie eine frühzeitige Fokussierung auf die Erarbeitung von Curricula für alle involvierten Berufsgruppen und zur Befähigung im Ehrenamt.

Um in Nordrhein-Westfalen eine flächendeckende und bedarfsgerechte hochqualifizierte ambulante und stationäre hospizliche und palliative Versorgung zu gewährleisten, die weder eine Unter- noch eine Überversorgung in einzelnen Bereichen oder in bestimmten Regionen aufweist, ist es gerade vor dem Hintergrund der sich neu bildenden Vernetzungsstrukturen durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sinnvoll, eine Bedarfsermittlung für die Anzahl stationärer Hospizbetten in Nordrhein Westfalen zu erarbeiten. Die dringende Notwendigkeit zeigt sich u. a. darin, dass den ALPHA-Stellen im vergangenen Jahr dreizehn Anfragen zur Gründung neuer stationärer Hospizplätzen vorlagen.

International schwanken die Schätzungen über einen Bedarf von Hospiz- und Palliativbetten von 50 bis 80, zum Teil bis zu 100 pro eine Million Einwohner. In Deutschland hat man sich meist bei der Bedarfsschätzung in dem Verhältnis 50 Betten pro eine Einwohner bewegt, wobei eine Unterteilung in Betten für stationäre Hospize und Palliativstationen vorgenommen wurde. Dabei ging man z. T. von einer Verteilung von 20 Hospizbetten zu 30 Palliativbetten aus.

Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (nun Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter) des Landes Nordrhein-Westfalen haben wir im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung einen Algorithmus entwickelt, mit dem bei Kenntnis der aktuellen Zahlen und Strukturen, die zu den Parametern einer Bedarfsberechnung

gehören, und unter der weiteren Berücksichtigung zahlreicher variabler Einflussfaktoren eine Orientierung für die kommende Entwicklung gegeben werden kann.

Ohne die enorme Unterstützung zahlreicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Hospizen in Nordrhein-Westfalen sowie weiteren Experten aus dem Bereich der Hospizarbeit und Palliativmedizin wäre die Erarbeitung dieses Gutachtens nicht möglich gewesen.

Dafür sei allen Beteiligten an dieser Stelle herzlich gedankt. Ich bedanke mich auch für den enormen Einsatz meiner wissenschaftlichen Mitarbeiterin Frau Birgit Jaspers und meines Mitarbeiters Herrn Matthias Becker bei der Durchführung und Fertigstellung dieses Konzepts mit einem Algorithmus für die Bedarfsberechnung.

Wir wissen, dass wir uns in einem schwierigen Feld bewegen, da die Bedarfsberechnung für die Anzahl von Hospizbetten in Nordrhein-Westfalen von zahlreichen Faktoren abhängig ist. Wir haben sehr bewusst, auch unter den sich entwickelnden und hoffentlich weiter entwickelnden Strukturen der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, eine sehr konservative Berechnung durchgeführt. Dies entspricht auch allen in der wissenschaftlich erhobenen Untersuchung geäußerten Meinungen der Experten. Unsere große Hoffnung ist, dass diese Bedarfsberechnung Grundlage für die weitere Diskussion ist, aber auch zur Planung einer zukünftigen qualitätsgesicherten ambulanten und stationären hospizlichen und palliativen Versorgung in Nordrhein-Westfalen beiträgt. Wir scheuen uns aber auch nicht vor der kritischen Diskussion und Auseinandersetzung. Unsere Hoffnung ist es, dass die von uns betreuten Patientinnen und Patienten, die von ihnen benötigte hospizliche und palliative Betreuung dort erhalten, wo sie leben und sterben wollen.



Friedemann Nauck

Oktober 2010

Anmerkung

Mit großem Dank konnte auf die ALPHA-Befragung zur Ausgangslage des Bestands und anderer Aspekte der stationären Hospizversorgung aus dem Jahre 2009 zugegriffen werden. Wir bedanken uns bei allen Organisationen und Personen, die dieses Projekt mit ihrer Expertise unterstützt haben, auch wenn nicht alle explizit namentlich in den Danksagungen aufgeführt werden können.

Um ein flüssiges Lesen zu ermöglichen, haben wir uns entschieden, die männliche Form aller Begriffe zu nutzen und eine geschlechtliche Kennzeichnung nur dort vorzunehmen, wo dies explizit notwendig ist. Des Weiteren haben wir in den meisten Fällen nicht den Begriff Hospizgast bzw. Hospizgäste verwendet, sondern im Wesentlichen den Terminus Patient oder Patienten benutzt. Wir bitten hierfür um Verständnis.

1 Einleitung - kurze Darstellung der Aufgabenstellung

Aufgrund von sich zum Teil neu bildenden Vernetzungsstrukturen durch Verträge für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und Kostenübernahmevereinbarungen der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) für die Unterbringung und Versorgung gesetzlich Versicherter in stationären Hospizen gibt es weitere Anreize für die Schaffung von stationären Hospizen in Nordrhein-Westfalen.

Allein im vergangenen Jahr lagen nur den ALPHA-Stellen 13 Anfragen (Rheinland sechs, Westfalen sieben) zur Gründung stationärer Hospizplätze vor.

Es ist aufgrund der enormen Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung sinnvoll, eine Bedarfsermittlung durchzuführen, die sich an der aktuellen Hospizlandschaft mit Einbettung in bereits bestehende und im Aufbau befindliche Strukturen orientiert.

Darüber hinaus ist es wünschenswert, eine Methode (Algorithmus) zu entwickeln, die bei Kenntnis der aktuellen Zahlen und Strukturen, die zu den Parametern einer Bedarfsermittlung gehören, jeweils eine Aktualisierung der Bedarfsermittlung zulässt. Dadurch soll eine Orientierung für die kommende Entwicklung gegeben werden, um einerseits Überkapazitäten zu vermeiden, andererseits aber gezielt die weitere Entwicklung in strukturschwachen Gebieten voranzutreiben, um eine flächendeckende und bedarfsgerechte stationäre Hospizversorgung in Nordrhein-Westfalen zu gewährleisten.

2 Methodische Herangehensweise an das Forschungsprojekt

Für die Entwicklung eines Algorithmus zur Bedarfsberechnung wurden unterschiedliche Methoden verwendet, die im Einzelnen dargestellt werden. Hierzu gehörten eine umfangreiche Literaturrecherche, verschiedene Runde Tische, Befragungen von Experten, eigene Erhebungen und die Analyse erhältlicher Daten zu verschiedenen thematischen Aspekten. In regelmäßigen Abständen haben die beteiligten Bearbeiter mögliche Herangehensweisen und potenziell interessante Daten umfassend und zielorientiert diskutiert bzw. gesichtet und ausgewertet.

2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche zum Projekt umfasste themenbezogene Abfragen

- in Datenbanken wie PubMed und Medline
- in integrativen Datenbanken (BELIT)
- in den Jahrgängen verschiedener, nicht in PubMed oder Medline gelisteten nationalen und internationalen Fachzeitschriften, z.B. Zeitschrift für Palliativmedizin, European Journal of Palliative Care
- bei Google und Google Scholar
- für den Palliativ- und Hospizbereich relevanten Verlagen (der hospiz Verlag, LIT-Verlag etc.)
- Empfehlungen von Experten

Nachweisen in Referenzen wurde nachgegangen; zudem wurde so genannte graue Literatur berücksichtigt, d.h. ausschließlich im Internet publizierte Quellen oder Bücher und andere Publikationen, die nicht über Verlage vertrieben werden. Die verwendete graue Literatur stammt von anerkannten Quellen (i.d.R. renommierte Verbände, Organisationen und Einzelpersonen im Bereich Palliative Care/Hospiz und/oder anderen relevanten Bereichen).

Während im Bereich der deskriptiven Literatur zu den Themen Finanzierung, Zielen, rechtliche Grundlagen vielfältige Veröffentlichungen – auch aus jüngerer Zeit – gefunden werden konnten, ist die Datenlage zur Bedarfsforschung und Analyse gering und zum großen Teil auf die hier bearbeitete Fragestellung nicht anwendbar.

2.2 Daten

Die für diese Arbeit zugrunde gelegten Daten über den aktuellen Stand der Einrichtungen stammen aus dem Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin bzw. wurden uns auf Anfrage von einem der betreuenden Autoren, Herrn Dipl. Soz.-Arb., Dipl. Gerontologe, Dipl. Theologe Joseph Roß, zur Verfügung gestellt.¹ Zudem wurde für diese Fragestellung auf Angaben auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) sowie die Bestandsliste der ALPHA Stellen und die dem Ministerium vorliegende Untersuchung „Bestand stationärer Hospize NRW 2009“ der ALPHA Stellen zugegriffen.^{2,3} Hierzu konnte auch auf persönliche Auskünfte verschiedener anderer Personen zurückgegriffen werden: Monika Müller, M.A. (ALPHA Rheinland), Gerlinde Dingerkus (ALPHA Westfalen), Margret Hartkopf (Deutscher Kinderhospizverein e.V.), Dipl. Soz.-Arb. Heiner Melching (Geschäftsführung DGP). Weitere Daten stammen aus der Literatur und werden an gegebener Stelle mit Referenzen belegt.

Demographische und epidemiologische Daten wurden über die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und das Statistische Landesamt Nordrhein-Westfalen (Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Geschäftsbereich Statistik, IT.NRW) bezogen. Auf Anfrage wurden über die auf der Website von IT.NRW zu beziehenden Daten hinaus weitere Daten von Dr. Kerstin Ströker und Birgit Wirsig in Form von Excel-Tabellen zur Verfügung gestellt und teilweise aufbereitet. Die Klassifizierung von epidemiologischen Daten (Todesursachenstatistik Kinder/Jugendliche) nach ACT-Gruppen und ICD-10-Codes wurde durch Frau Dipl. Psych. Dr. Saskia Jünger unterstützt.

Daten wurden von den Autoren dieser Arbeit entweder in Excel 2003 (Windows) und SPSS 17.0 für Windows eingepflegt und aufbereitet. Zur Anwendung kamen deskriptive statistische Verfahren (Mittelwert/Standardabweichung, Range).

Für die Fragestellungen innerhalb dieser Arbeit wurde das erhältliche Datenmaterial ggf. nachberechnet, umstrukturiert oder ergänzt.

2.3 Runde Tische

Vertreter der stationären Hospize und relevanter Institutionen, Dachverbände sowie der Krankenkassen im Land Nordrhein-Westfalen wurden im Rahmen dieses Projekts über die Aufgaben und Zielsetzungen informiert und über Runde Tische gestaltend mit eingebunden. Die Vertreter der stationären Hospize wurden auf Grundlage eines von ALPHA Rheinland zur Verfügung gestellten Adressenverzeichnisses angeschrieben, das auf eigenen Angaben der stationären Hospize beruht (siehe Anhang 1). Adressen weiterer Teilnehmer, z.B. von Vertretern der Kassen, wurden über die ALPHA-Stellen benannt (siehe Anhang 2). Insgesamt wurden drei Runde Tische abgehalten, zu deren Beginn eine Präsentation eingehend über das Projekt, angestrebte Methoden und besondere Herausforderungen informierte (siehe Anhang 3).

Um bedeutsame Aspekte für eine Bedarfsplanung im Rahmen einer Experten-Fokusgruppe zu diskutieren, wurden zunächst Vertreter von relevanten Institutionen bzw. deren Dachverbänden zu einem Runden Tisch nach Bonn eingeladen (siehe Anhang 2). Der überregionale Runde Tisch Nordrhein-Westfalen fand am 31.05. 2010 im Zentrum für Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus Bonn Rhein/Sieg statt.

Anhand folgender Leitfragen wurden Impulse zur Diskussion in der Fokusgruppe gesetzt:

- Was sind für Sie wichtige Kriterien für eine Bedarfsplanung/Anzahl von Betten/Häusern?
- Welche Folgen erwarten Sie bei einer zu geringen/zu hohen Bettenzahl?
- Was müsste getan werden, um eine mögliche Barriere der Aufnahme von „Hospizpatienten“ in Pflegeeinrichtungen zu verringern?
- Erwarten Sie, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) hier Aufgaben in Pflegeeinrichtungen und Hospizen verschiebt/verändert?
- Wie beurteilen Sie die Rolle von Kosten im Vergleich zu Pflegeeinrichtungen?
- Muss man aufgrund der Ergebnisse der ALPHA-Befragung die Definition des Hospizbewohners verändern?

- Hätte eine deutliche Auswirkung von SAPV-Leistungen Einfluss auf die Definition des Hospizbewohners?
- Anhand welcher Faktoren könnte Qualität von Sterbebegleitung gemessen werden (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität)?
- Welche Rolle spielt die Wohnortnähe für die Hospizgäste?
- Sollte es spezialisierte Hospize geben?
- Treten bei der Koordination Probleme auf bzw. gibt es eine klare Fallverantwortung?
- Welche Elemente gehören zu einem funktionierenden Netzwerk?
- Ist eine Sättigung erreicht bzw. wie stehen Sie zur Errichtung weiterer Hospize, ist mit Schließungen zu rechnen?
- Sehen Sie Notwendigkeiten oder Möglichkeiten für eine Erweiterung/Veränderung des Leistungsportfolios von Hospizen?

Hierbei wurden in der Diskussion sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede für die beiden Hospizformen a) Hospize für Erwachsene und b) Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene beleuchtet.

Die im Rahmen dieser Fokusgruppe gewonnenen Erkenntnisse und gesammelten Parameter für eine Bedarfseinschätzung (siehe Protokoll im Anhang 4) dienten zur Strukturierung der nachfolgenden Runden Tische, zu welchen Vertreter aus der Praxis eingeladen wurden (Teilnehmer und Protokolle siehe Anhang 5 und Anhang 6).

Für die regionalen Runden Tische waren Vertreter aller stationären Hospize in NRW eingeladen worden, die sich an der Befragung „Bestand stationärer Hospize NRW 2009“ von ALPHA Rheinland und ALPHA Westfalen beteiligt hatten. Zusätzlich erfolgte auch eine Einladung an Vertreter relevanter Institutionen, die bereits am Runden Tisch in Bonn teilgenommen hatten. Der Runde Tisch für den regionalen Bereich Rheinland fand am 12.07.2010 im Dr. Mildred Scheel Haus in Köln statt. Der Runde Tisch für den Bereich Westfalen wurde am 14.07.2010 im Stadtweinhaus in Münster abgehalten. Zusätzlich zu den während des überregionalen Rundes Tisches in Bonn diskutierten Fragen wurde die

Bereitschaft der Hospizvertreter zur Teilnahme an einer geplanten Netzwerk- und Barrierenbefragung (siehe Kapitel 2.5, Kapitel 6.3 und Anhang 8) ermittelt.

2.4 Ergänzende Analysen zum Bericht der ALPHA-Stellen

Die ALPHA-Stellen führten mit Unterstützung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Jahr 2009 eine schriftliche Befragung bei allen stationären Hospizen (n=58) in Nordrhein-Westfalen durch. Ziel dieser Befragung war es, verlässliche Zahlen und zusätzliche Informationen zum Bestand stationärer Hospize zu erheben und gleichzeitig erste Bedarfsfragen zu klären.

Der Fragebogen enthielt u.a. allgemeine Fragen zum Hospiz (Ort, Träger, Zahl der Plätze, Auslastung, Finanzierung, Einzugsgebiet), Mitarbeitern (Anzahl, Qualifikation, Arbeitszeit), Gästen (Anzahl, Verweildauer, Alter, Pflegestufe, Krankheitsbilder, Zahl und Gründe für Abweisung) und eine Einschätzung zum Bedarf weiterer Hospize in der Region.

Ein ausführlicher Ergebnisbericht dieser Befragung liegt seit März 2010 vor.³

Der Datensatz (Statistiksoftware SPSS 17.0 für Windows) der Befragung wurde den Autoren freundlicherweise durch die ALPHA-Stellen zur Verfügung gestellt. Für die hier vorliegende Auftragsarbeit wurden große Teile der Ergebnisse für die weitere Analyse berücksichtigt. Bei den Fragen zu Alter, Aufenthalt, Erkrankung und Pflegestufe wurden die Daten nochmals mit dem Faktor Zahl der Gäste pro Jahr für das Jahr 2008 gewichtet. Dies gewährleistet, dass jedes Hospiz entsprechend seiner Gästezahl anteilig berücksichtigt wird, ein Hospiz mit vergleichsweise vielen Gästen demnach entsprechend stärker in die Berechnung einfließt als ein Hospiz mit nur wenigen Gästen. Aufgrund der Gewichtung konnten in die Berechnungen nur vollständig ausgefüllte Items einfließen.

2.5 Netzwerkbefragung

Die Wichtigkeit funktionierender Netzwerke wurde sowohl im Rahmen der Expertenfokusgruppe auf Institutions-/Verbandsebene als auch durch die Vertreter stationärer Hospize bei den regionalen Runden Tischen mehrfach betont.

Der Ist-Zustand vorhandener Netzwerke sollte deshalb durch eine Befragung aller stationären Hospize in Nordrhein-Westfalen abgebildet werden. Die Bereitschaft zur Teilnahme an einer solchen Befragung wurde durch die Hospizvertreter während der Runden Tische signalisiert. Zu diesem Zweck wurde zunächst ein Fragebogen konzipiert (siehe Anhang 7 und Anhang 8), der u.a. offene Fragen zu den Themenbereichen (nicht) anfragende Einrichtungen/Dienste/Personen, Anfrageschwankungen, (nicht) kooperierende Einrichtungen/Dienste/Personen in der Versorgung, Versorgung durch Hausärzte im Hospiz, Barrieren im Netzwerk und Verbesserungsbedarf im Netzwerk enthielt. Die Teilnehmer hatten zudem zusätzlich die Möglichkeit, anhand einer Likert-Skala verschiedene Aspekte des Netzwerks differenziert zu beurteilen. Um die Verständlichkeit des Fragebogens zu erhöhen und damit das Bearbeiten zu erleichtern, wurden zu befüllende Listen von Einrichtungen/Diensten/Personen mit fiktiven Beispielen versehen.

Der Fragebogen wurde nach Erstellung durch ALPHA Rheinland auf Verständlichkeit geprüft. Anschließend fand ein zusätzlicher Pretest durch Experten aus dem Bereich der Palliativversorgung statt (die Leitung des ambulanten Palliativdienstes des Zentrums für Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus Bonn und die dortige Sozialarbeiterin). Der Pretest hatte marginale Änderungen am Fragebogen zur Folge.

Der Fragebogen wurde als Word-Datei per E-Mail an alle zu diesem Zeitpunkt eröffneten stationären Hospize (n=59) in NRW versandt. Die E-Mailadressen wurden der auf Selbstauskünften der stationären Hospize beruhenden Hospizliste Rheinland und Westfalen 2010 entnommen.³ Die Kontaktdaten eines stationären Hospizes, das erst nach Redaktionsschluss der Hospizliste eröffnet wurde, wurden auf der Webseite von ALPHA recherchiert.⁴ Die Teilnehmer wurden gebeten, die Word-Datei elektronisch zu bearbeiten und per E-Mail an eine angegebene Adresse bis 31. August 2010 zurückzusenden. Am 1. September 2010 wurden alle stationären Hospize, die sich noch nicht an der Befragung beteiligt hatten, nochmals an die Erhebung erinnert. Die Abgabefrist wurde bis 8. September 2010 verlängert.

2.6 Expertenbefragung

Zu Themen der Bedarfsberechnung wurden verschiedene Experten schriftlich und/oder mündlich befragt.

Fragen für den Bereich der Hospize für Erwachsene umfassten zu berücksichtigende Kriterien für eine Bedarfsplanung, Einschätzungen zur Auswirkung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), Fragen zu bestehenden Aufgaben und möglichen Veränderungen des Dienstleistungsportfolios, Einschätzungen zur Abgrenzung von Hospiz- und Pflegeheimbewohnern/-patienten, Einschätzungen von in der Literatur vorhandenen Bedarfsberechnungsmodellen und persönliche Standpunkte.

Für den Bereich der Hospize für Kinder und Jugendliche wurden die Fragen entsprechend modifiziert. Ein Überblick zu den Fragen zu Hospizen für Erwachsene ist im Anhang 10 und für Kinder und Jugendliche im Anhang 11 aufgeführt.

Mit einigen Experten wurden zudem persönliche Einzelgespräche geführt. Die Ergebnisse sind in die kritischen Überlegungen zum Bedarfsermittlung an verschiedenen Stellen eingeflossen und werden in Grundzügen in Kapitel 6.4 und Kapitel 6.5 dargestellt. Eine Liste der befragten Experten findet sich in Anhang 9.

3 Grundlagen stationäre Hospize

Der Auftrag zur Bedarfsermittlung erstreckt sich auf Hospize für Erwachsene sowie auf Hospize für Kinder und Jugendliche (bzw. Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene). Die unterschiedliche Entwicklung dieser beiden Einrichtungsformen, ihre rechtliche Verankerung, Finanzierung und Struktur sind vielfach beschrieben und dem Auftraggeber bekannt.^{5,6,7,8,12,97}

Dennoch soll in Kapitel 3.1 kurz das Wichtigste zur Abgrenzung dieser beiden Einrichtungsformen aufgeführt werden, da dies zum Teil die unterschiedliche Herangehensweise an eine Bedarfsermittlung begründet. Insbesondere ist dies für die Frage des Bedarfs stationärer Hospize relevant, die in der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen¹ eine deutlich andere Rolle einnehmen als in der Palliativversorgung Erwachsener.

¹ aus Gründen der besseren Lesbarkeit im Folgenden z.T. auch Hospiz für Kinder oder Kinderhospiz genannt

3.1 Definitionen und Abgrenzungen

Hospize für Erwachsene sind eigenständige Einrichtungen, in der schwer kranke und sterbende Patienten in der Regel bis zum Tod verbleiben. Die ärztliche Versorgung wird zumeist durch die Hausärzte der Patienten oder einen mit dem Hospiz kooperierenden niedergelassenen Arzt gewährleistet.⁹ Für die Hospizleitung (meist aus der Krankenpflege) und das pflegerische Personal sind Qualifizierungen in Palliative Care gesetzlich vorgeschrieben (§ 39a SGB V). Bei Bedarf können auch im Hospiz Vertreter anderer Berufsgruppen in die Behandlung und Begleitung der Patienten einbezogen werden. Grundvoraussetzung für eine Aufnahme in eine stationäre Hospizeinrichtung ist, dass der Patient an einer Erkrankung leidet,

- die progredient verläuft und bereits ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt und
- bei der eine Krankenhausbehandlung im Sinne des §39 SGB V nicht erforderlich ist.^{10,11}

Anders als in Hospizen für Erwachsene umfassen die Leistungen von Kinderhospizen nicht nur die Sterbebegleitung von Sterbenskranken im engeren Sinne, also die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung des lebensbegrenzend erkrankten Kindes, sondern auch die qualifizierte Begleitung seiner Eltern und Geschwisterkinder. Diese Leistungen sind zudem nicht auf die finale Lebensphase begrenzt, sondern erstrecken sich zumeist auch auf vorangehende (Mehrfach-)Aufenthalte, die der Entlastung und professionellen Unterstützung der Familien dienen und damit die Pflege im familiären Umfeld für einen möglichst langen Zeitraum ermöglichen.¹²

Als Mindestanforderungen an ein Kinderhospiz oder ein Kinderpalliativzentrum stellen Zernikow et al. folgende Kriterien:¹³

- Schwerpunkt auf häusliche medizinisch-pflegerische und psychosoziale Betreuung

- Angebot eines Kurzpflegeaufenthalts für das betroffene Kind (im Sinne von „Urlaub für das Kind“ und Entlastung für die Eltern)
- differenzierte altersentsprechende Angebote für die verschiedenen Altersgruppen (Babys, Kleinkinder, Schulkinder, Jugendliche)
- Möglichkeit eines kurzen stationären Aufenthalts zur „palliativen Einstellung“ bei im häuslichen Umfeld nicht beherrschbaren Symptomen
- Einbeziehung von Spezialisten der entsprechenden pädiatrischen Subspezialität in die medizinische Versorgung
- umfassende Geschwisterbetreuung
- Sterbemöglichkeit innerhalb der Einrichtung (im Ausnahmefall bei z.B. schwierigen Wohnverhältnissen), Möglichkeit der Aufbahrung
- Trauerbegleitung für Eltern und Geschwister über den Tod des Kindes hinaus
- eine spirituelle Betreuung nach den Wünschen der Familie
- eine professionelle Supervision der ehrenamtlichen und professionellen Helfer („Hilfe für die Helfer“)

Der Deutsche Kinderhospizverein e.V. skizziert, was er unter stationärer Kinderhospizarbeit versteht, wie folgt:¹⁴

In einem stationären Kinderhospiz kann die ganze Familie ab der Diagnosestellung einer lebensverkürzenden Erkrankung bei einem ihrer Kinder eine Atempause einlegen, um wieder Kraft zu schöpfen für ihren Alltag zu Hause. Weil von der Diagnosestellung bis zum Tod der Kinder in der Regel mehrere Jahre vergehen, sind die Aufenthalte in einem stationären Kinderhospiz zeitlich begrenzt. Nur in der Lebensendphase des Kindes kann die Familie unbegrenzt aufgenommen werden.

Eltern werden als die Fachleute für ihre Kinder anerkannt, man begegnet ihnen auf gleicher Augenhöhe, d.h. partnerschaftlich. Die Arbeit umfasst auch Trauerbegleitung der gesamten Familie, solange wie gewünscht. Ein Qualitätssicherungsprojekt von Jennessen et al. an der HAWK Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst (Fachhochschule Hildesheim/Holzminen/Göttingen) hat u.a. Leitlinien für *gute* Kinderhospizarbeit

aufgestellt.¹⁵ Deren Bandbreite verweist z.T. auf die unterschiedliche, z.T. auf gemeinsame Aufgabenstellung in stationären Hospizen der verschiedenen Zielgruppen.

Am Wesentlichsten für die Unterschiede sind die eher lebenslange Begleitung von Kindern und Jugendlichen und die Tatsache, dass in der überwiegenden Anzahl die Versorgung soweit wie möglich im häuslichen Setting erfolgt. Die Palliativversorgung wird maßgeblich vom chronologischen Alter, der Grunderkrankung sowie dem kognitiven, emotionalen und statomotorischen Entwicklungsstand bestimmt. Vorrangig leisten die stationären Hospize Entlastungspflege, während über 90% der Patienten in Hospizen für Erwachsene dort auch versterben.⁸

4 Bedarf stationäre Hospize für Erwachsene

Konkrete Analysen oder Forschungsarbeiten zur Bedarfsermittlung liegen kaum vor. Ein systematischer Review von Franks et al. aus dem Jahre 2000 untersuchte bedarfsermittlungsrelevante Literatur.¹⁶ Sie fanden unterschiedliche Angaben in der Literatur über den Bedarf stationärer Hospize und unterschiedliche Ansätze, diesen zu kalkulieren: einen epidemiologischen und einem angebotsbasierten. Bei der epidemiologischen Bedarfsermittlung werden krankheitsspezifische Mortalität sowie Dauer und Ausprägung von Symptomen und Bedürfnissen in einer definierten Lebensphase zu Grunde gelegt. Dieser Ansatz bietet eine weitgefaste Betrachtungsweise, wobei jedoch offen bleibt, ob das Vorhandensein von bestimmten Krankheiten mit bestimmten Symptomen und Bedürfnissen tatsächlich ein geeigneter Indikator für den Bedarf an Palliativversorgung darstellt, da damit noch nicht viel über die tatsächlichen Auswirkungen auf die Lebensumstände von Patienten ausgesagt wird.¹⁷

Der zweite mögliche Ansatz nach Franks analysiert das gegenwärtige Angebot und die Inanspruchnahme. Hier stellt sich das Problem, dass nur die Fälle erfasst werden, die ein spezialisiertes, definiertes Angebot erfahren, was zu einer Verzerrung nach oben und unten führen kann:

- Der Bedarf kann unterschätzt werden, weil nur die Fälle erfasst werden, die in definierten Settings versorgt werden¹⁶.
- Der Bedarf kann aber auch überschätzt werden, wenn die Ergebnisse aus spezialisierten Settings auf andere potenzielle Fälle übertragen und hochgerechnet werden.
- Weiterhin ist das Problem einer angebotsinduzierten Nachfrage relevant. Einerseits können existierende spezialisierte Einrichtungen zu einer entsprechenden Nachfrage führen, ohne dass damit zwangsläufig ein entsprechender Bedarf belegt ist. Andererseits kann aber die Ausnutzung eines bestehenden Angebots auch zeigen, dass durch z.B. neue Einrichtungen die Kenntnis dieser Versorgungsform in der Region erhöht wird und somit bisher „versteckter“ Bedarf einen Zugang zu dieser Versorgungsform findet.

Die in der Literatur zu findende Bandbreite für vorhandene bzw. erforderliche Betten der Palliativversorgung reichte bis vor kurzem von rund 30 bis 75 Betten für eine Million Einwohner.^{18,19,20} Am häufigsten wird angegeben, es werde eine Anzahl von 50 Palliativ- und Hospizbetten pro eine Million Einwohner empfohlen.^{21,22,23} Dies beruhte zunächst auf einer Orientierung an der für einige Zeit stabilen Bettenzahl im Vereinigten Königreich, das als wegbereitend in der Entwicklung der Palliativversorgung gilt.²⁴ Franks et al. nahmen aufgrund ihrer eigenen Berechnungen für das Vereinigte Königreich und die USA im Jahr 2000 an, dass dies möglicherweise eine Unterschätzung des Bedarfs sein könnte. 2003 findet sich die Bedarfszahl 50 in den Empfehlungen des Europarats zur Palliativversorgung.²⁵

Im Positionspapier der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin (European Association for Palliative Care – EAPC) zu Standards und Normen für Palliative Care in Europa aus dem Jahr 2009 heißt es²⁶: Bis vor kurzem wurde der Bedarf an Palliativbetten auf 50/eine Million Einwohner geschätzt. Dies wären bei einer optimalen Größe der Einrichtungen von 8-12 Betten fünf stationäre Palliativeinrichtungen/eine Million Einwohner. Diese Quote berücksichtigt jedoch weder den Bedarf für Nichttumorpatienten noch die steigende Prävalenz chronischer Erkrankungen infolge der immer älter werdenden Bevölkerung in Europa. Der tatsächliche Bedarf beträgt wahrscheinlich das Doppelte. Im Großen und Ganzen wird die entsprechende Anzahl von Palliativbetten für eine bestimmte Region von deren demographischer und sozioökonomischer Entwicklung und der Verfügbarkeit anderer spezialisierter Palliativ-/Hospizeinrichtungen und –dienste abhängen, z.B. Anbietern von Respite oder Home Care. So wurden etwa für Österreich 60 Palliativbetten/eine Million Einwohner empfohlen – in Abhängigkeit von den regionalen Gegebenheiten.²⁷ Für Irland empfiehlt das Ireland National Advisory Committee, dass mindestens 80-100 Palliativbetten/eine Million Einwohner zur Verfügung stehen sollten.²⁸

In einigen Ländern wurde per Regierungserlass ein definierter Bedarf erklärt. So wurde z.B. in Belgien in den Königlichen Dekrets vom 30.10.1996 und vom 15.07.1997 ein Bedarf von 360 Palliativbetten festgelegt. Diese sollten allerdings in Krankenhäusern (Abteilungen von 6-12 Betten) lokalisiert sein, d.h. es handelt sich hierbei nicht um das, was in Deutschland traditionell als Hospiz verstanden wird; diese Einrichtungsform ist im Belgischen System nicht verankert. Bei einer Einwohnerzahl von seinerzeit 10 Millionen Einwohnern wurde damit ein Bedarf von 36 Betten/eine Million festgelegt. Nach Expertenauskunft von

Prof. Dr. Johan Menten, Direktor der Palliativstation der Universitätskliniken Leuven in Belgien „...kalkulierten die Regierung und Palliativorganisationen den Bedarf an Palliativbetten auf der Basis jährlicher Sterberaten, der verfügbaren ambulanten und krankenhausbasierten Palliativteams und der Einschätzung des Versorgungs-/Behandlungsbedarf chronisch Kranker in stationären Einrichtungen. Die Methode dieser Berechnungen ist nicht publiziert. Die Begrenzung der Höchstzahl von 360 Palliativbetten für ganz Belgien (36/eine Million Einwohner) wurde auch aufgrund finanzieller Ressourcen vorgenommen und sollte gelten, bis ein höherer Bedarf evident würde. Im Jahr 2010 ist die Anzahl der Palliativbetten im Land leicht angestiegen (auf 379)“.²⁹

In Deutschland hatte die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin von Anfang an seit ihrer Gründung 1994 die Empfehlung von 50 Palliativbetten in ihren Bestandsanalysen aufgegriffen. Die internationalen Schätzungen für Palliativbetten lassen aufgrund der unterschiedlichen Versorgungssysteme und auch der Verwendung des Begriffs Hospiz nicht ohne Weiteres eine Übertragung auf deutsche Verhältnisse zu, da im deutschen System stationäre Hospize und Palliativstationen unterschiedliche, klar abgegrenzte Versorgungsformen sind. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat daher eine interne Aufteilung dieser Bedarfsschätzung von 50 Betten in 30 Palliativ- und 20 Hospizbetten pro eine Million Einwohner vorgenommen und den zahlenmäßigen Entwicklungsstand der stationären palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland danach beurteilt.

Dies zeigt eine Übersicht zum Stand der Bettenzahlen aus dem Jahre 2008:

Einwohnerzahl (Stichtag: 31.12.2005) Quelle: Statistisches Bundesamt	Palliativstationen (PS) Palliativbetten (PB) (Bedarf: 30 Betten/1 Mio.)			Stationäre Hospize (SH) Hospizbetten (HB) (Bedarf: 20 Betten/1 Mio.)			Palliativstationen & Hospize Palliativ- & Hospizbetten (Bedarf: 50 Betten/1 Mio.)		
	PS	PB	Realität Betten /1 Mio.	SH	HB	Realität Betten/1 Mio.	H&P-B		Realität Betten /1 Mio.
Baden-Württemberg (10,7 Mio. Einwohner)	14	123	11	18	131	12	32	254	23
Bayern (12,5 Mio. Einwohner)	29	244	20	9	84	7	38	328	27
Berlin (3,4 Mio. Einwohner)	4	35	10	7	101	30	11	136	40
Brandenburg (2,6 Mio. Einwohner)	4	41	16	6	67	26	10	108	42
Bremen (0,7 Mio. Einwohner)	2	19	27	1	8	11	3	27	38
Hamburg (1,7 Mio. Einwohner)	3	20	12	4	57	34	7	77	46
Hessen (6,1 Mio. Einwohner)	8	71	12	8	69	11	16	140	23
Mecklenburg-Vorpommern (1,7 Mio. Einwohner)	3	25	15	4	34	20	7	59	35
Niedersachsen (8,0 Mio. Einwohner)	17	93	12	15	130	16	32	223	28
Nordrhein-Westfalen (18,1 Mio. Einwohner)	34	234	13	54	472	26	88	706	39
Rheinland-Pfalz (4,1 Mio. Einwohner)	13	73	18	5	43	9	17	110	25
Saarland (1,1 Mio. Einwohner)	3	21	19	2	24	22	5	45	41
Sachsen (4,3 Mio. Einwohner)	8	82	19	5	68	16	13	150	35
Sachsen-Anhalt (2,5 Mio. Einwohner)	6	40	16	3	24	10	9	64	26
Schleswig-Holstein (2,8 Mio. Einwohner)	5	41	15	5	58	21	10	99	36
Thüringen (2,3 Mio. Einwohner)	6	60	25	1	12	5	7	72	30
Gesamt (82,4 Mio. Einwohner)	159	1.222	15	147	1.382	17	306	2.604	32

ständig aktualisierte Übersicht (Stand 27.01.2008) zitiert nach: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2008³⁰

Tabelle 1: Palliativmedizin & Hospizarbeit 2008 / stationär (Realität & Bedarf in Deutschland)

Im Jahr 2009 wird in der Bedarfszeile bei beiden Einrichtungen 25-30 Betten/eine Million Einwohner und somit bereits 50-60 Betten/eine Million Einwohner angegeben. Eine Begründung für diese Veränderung basiert auf der Annahme einer Bedarfssteigerung aufgrund des demographischen Wandels (Auskunft Geschäftsführung Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Heiner Melching).

Einwohnerzahl (Stichtag: 31.12.2007) Quelle: Statistisches Bundesamt	Palliativstationen (PS) Palliativbetten (PB) (Bedarf: 25-30 Betten/1 Mio.)			Stationäre Hospize (SH) Hospizbetten (HB) (Bedarf: 25-30 Betten/1 Mio.)			Palliativstationen & Hospize Palliativ- & Hospizbetten (Bedarf: 50-60 Betten/1 Mio.)		
	PS	PB	Realität Betten/1 Mio.	SH	HB	Realität Betten/1 Mio.	H&P-B		Realität Betten/1 Mio.
Baden-Württemberg (10,7 Mio. Einwohner)	20	170	16	18	131	12	38	301	28
Bayern (12,5 Mio. Einwohner)	34	298	24	10	97	8	44	395	32
Berlin (3,4 Mio. Einwohner)	5	47	14	8	117	34	13	164	48
Brandenburg (2,5 Mio. Einwohner)	5	49	16	6	67	27	11	116	43
Bremen (0,7 Mio. Einwohner)	2	19	27	1	8	11	3	27	38
Hamburg (1,8 Mio. Einwohner)	5	30	17	5	71	42	10	104	59
Hessen (6,1 Mio. Einwohner)	10	89	15	9	83	14	19	172	29
Mecklenburg-Vorpommern (1,7 Mio. Einwohner)	3	25	15	4	34	20	7	59	35
Niedersachsen (8,0 Mio. Einwohner)	21	118	15	15	130	16	36	248	31
Nordrhein-Westfalen (18,0 Mio. Einwohner)	39	267	15	54	472	26	93	739	41
Rheinland-Pfalz (4,0 Mio. Einwohner)	13	73	18	6	51	12	19	118	30
Saarland (1,0 Mio. Einwohner)	3	21	21	2	24	24	5	45	45
Sachsen (4,2 Mio. Einwohner)	9	93	22	5	68	16	14	161	38
Sachsen-Anhalt (2,4 Mio. Einwohner)	6	40	17	4	32	13	10	72	30
Schleswig-Holstein (2,8 Mio. Einwohner)	5	41	15	5	58	21	10	99	36
Thüringen (2,3 Mio. Einwohner)	6	60	25	2	24	10	8	84	35
Gesamt (82,2 Mio Einwohner)	186	1.440	17	154	1.467	18	339	2.907	35

basierend auf Daten des Wegweisers Hospiz & Palliativmedizin – Stand: 30.06.2009, Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2009³¹

Tabelle 2: Palliativmedizin & Hospizarbeit 2009 / stationär (Realität & Bedarf in Deutschland)

Nach den über die Bestandstabellen vermittelten Daten wäre implizit über die Bedarfsangabe der DGP im Jahr 2009 der Bestand an

- Palliativbetten deutschlandweit mit insgesamt 35/eine Million Einwohner erst zu 58% (100%=60 Betten) bzw. 70% (100%=50 Betten) erfüllt,
- die darin enthaltenen 18 Hospizbetten/eine Million Einwohner bedeuten eine Bedarfsdeckung von 60% (100%=30 Betten) bzw. 72% (100%=25 Betten).

Die Zahlen für Nordrhein-Westfalen zeigen einen deutlich höheren Bestand an Palliativbetten als im Bundesdurchschnitt. Der Bestand an

- Palliativbetten in Nordrhein-Westfalen wäre demnach mit insgesamt 41/eine Million Einwohner bereits zu 68% (100%=60 Betten) bzw. 82% (100%=50 Betten) erfüllt,
- die darin enthaltenen 26 Hospizbetten/eine Million Einwohner bedeuten eine Bedarfsdeckung von 87% (100%=30 Betten) bzw. 104% (100%=25 Betten).

Im Jahr 2010 könnten aufgrund der neuen Gesamtbedarfsangabe und Unterteilung ggf. noch 4 Betten/eine Million in Nordrhein-Westfalen hinzukommen, während bei den Palliativstationen der Bedarf deutlicher untererfüllt wäre. Dies setzt aber voraus, dass bei diesen Angaben

- keine Hospize für Kinder enthalten sind und
- die Hospize tatsächlich ihren Betrieb aufgenommen haben.

Für den Stand der Anzahl der Einrichtungen wird zum August 2010 Folgendes angegeben:

Anzahl stationärer Palliativ- und Hospizeinrichtungen		
	Palliativstationen	Stat. Hospize
Baden-Württemberg	21	19
Bayern	40	12
Berlin	6	11
Brandenburg	5	7
Bremen	2	1
Hamburg	5	5
Hessen	11	9
Mecklenburg Vorpommern	4	4
Niedersachsen	31	16
NRW	45	55
Rheinland-Pfalz	18	5
Saarland	3	2
Sachsen	11	6
Sachsen-Anhalt	5	4
Schleswig-Holstein	4	6
Thüringen	8	3
Summe:	219	165
Quelle: Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland (16.08.2010)		

zitiert nach: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2010³²

Tabelle 3: Stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland 2010

Auch nach Auskunft der ALPHA-Stellen in Nordrhein-Westfalen gibt es mit Stand vom Juni 2010 insgesamt 55 Hospize für Erwachsene (474 Betten) und 3 für Kinder (34 Betten) (Liste im Anhang 1). Am 8. September waren es nach Auskunft von ALPHA bereits 57 Hospize für Erwachsene und 3 für Kinder (plus 22 Betten für Erwachsene).

Für die hier vorliegende Arbeit wird daher ein zurzeit existierender Bestand von 57 Hospizen mit 496 Betten für Erwachsene zugrunde gelegt.

4.1 Aspekte für eine Bedarfsplanung

Für eine Bedarfsplanung spielen demographische (Entwicklung der Bevölkerung insgesamt, Verteilung auf Altersgruppen, Lebenserwartung) und epidemiologische Entwicklungen (inklusive der Pflegebedürftigkeit) eine Rolle. Diese sollten prospektiv berücksichtigt werden. Im Folgenden werden die verfügbaren Daten zu diesen Aspekten dargestellt.

4.1.1 Demographische Entwicklung in Nordrhein-Westfalen

Nach Datenlage und Hochrechnung von Cicholas und Ströker vom Geschäftsbereich Statistik Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) wird die Bevölkerungszahl unter Berücksichtigung der dargelegten Annahmen für die Vorausberechnung auf Landesebene von 18 Millionen im Jahr 2008 auf 17,3 Millionen im Jahr 2030 zurückgehen. Nach weiteren Berechnungen der Autoren wird sie sich bis 2050 auf 15,9 Millionen reduzieren.³³

Neben der Abnahme der Bevölkerungszahl lassen die Vorausberechnungsergebnisse eine erhebliche Verschiebung in der Altersstruktur erkennen: Das Durchschnittsalter der weiblichen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen wird nach diesen Berechnungen von 44,0 Jahre (2008) auf 48,1 Jahre (2030) und das der männlichen Bevölkerung von 41,1 Jahre (2008) auf 45,8 Jahre (2030) ansteigen. Angaben aus einer Übersicht³³ (dort Abb. 2, S. 11) für die Entwicklung des Durchschnittsalters für die kreisfreien Städte und Kreise in Nordrhein-Westfalen wurden in die Übersichtstabellen im Anhang 14 eingearbeitet. Die Entwicklung in den kreisfreien Städten und Kreisen in Nordrhein-Westfalen zeigt deutliche Unterschiede.

Bevölkerungsentwicklung nach Verwaltungsbezirken 2008 bis 2030					
Verwaltungsbezirk	Bevölkerung				
			Veränderungen im Zeitraum 01.01.2008 bis 01.01.2030 ²⁾		
	01.01.2008 ¹⁾	01.01.2030 ²⁾	insgesamt	Überschuss der Geborenen (+) bzw. Gestorbenen (-)	Überschuss der Zu- (+) bzw. Fortgezogenen (-)
	1000				
Düsseldorf, krfr. Stadt	581,1	645,6	+11,1	+0,2	+10,9
Duisburg, krfr. Stadt	496,7	453,1	-8,8	-6,8	-2,0
Essen, krfr. Stadt	582,1	551,8	-5,2	-7,6	+2,4
Krefeld, krfr. Stadt	236,5	221,6	-6,3	-7,7	+1,4
Mönchengladbach, krfr. Stadt	260,0	246,8	-5,1	-6,0	+0,9
Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	168,9	158,8	-6,0	-11,1	+5,1
Oberhausen, krfr. Stadt	217,1	203,1	-6,4	-8,5	+2,1
Remscheid, krfr. Stadt	113,9	96,5	-15,3	-6,5	-8,8
Solingen, krfr. Stadt	162,6	151,3	-6,9	-8,3	+1,4
Wuppertal, krfr. Stadt	356,4	328,6	-7,8	-6,3	-1,5
Kleve, Kreis	308,9	316,6	+2,5	-7,2	+9,7
Mettmann, Kreis	502,0	471,9	-6,0	-8,9	+2,9
Rhein-Kreis Neuss	444,5	432,5	-2,7	-5,8	+3,1
Viersen, Kreis	303,3	288,5	-4,9	-8,3	+3,4
Wesel, Kreis	474,0	440,6	-7,1	-10,5	+3,4
Aachen, krfr. Stadt	259,0	265,6	+2,6	-1,7	+4,2
Bonn, krfr. Stadt	316,4	353,6	+11,8	+2,8	+9,0
Köln, krfr. Stadt	995,4	1 105,9	+11,1	+2,9	+8,2
Leverkusen, krfr. Stadt	161,3	161,0	-0,2	-4,1	+3,9
Aachen, Kreis	309,9	307,6	-0,8	-6,5	+5,7
Düren, Kreis	270,7	257,7	-4,8	-7,3	+2,5
Rhein-Erft-Kreis	464,2	478,5	+3,1	-5,8	+8,9
Euskirchen, Kreis	193,0	191,1	-1,0	-8,8	+7,8
Heinsberg, Kreis	256,9	250,3	-2,6	-8,2	+5,7
Oberbergischer Kreis	286,8	261,7	-8,7	-7,1	-1,6
Rheinisch-Bergischer Kreis	278,3	270,9	-2,7	-8,2	+5,5
Rhein-Sieg-Kreis	599,0	617,7	+3,1	-4,5	+7,6
Bottrop, krfr. Stadt	118,6	109,8	-7,4	-10,1	+2,6
Gelsenkirchen, krfr. Stadt	264,8	234,0	-11,6	-8,0	-3,6
Münster, krfr. Stadt	273,0	288,0	+5,5	+1,1	+4,5
Borken, Kreis	370,2	380,9	+2,9	-1,1	+4,0
Coesfeld, Kreis	221,4	216,7	-2,1	-5,9	+3,7
Recklinghausen, Kreis	639,8	568,7	-11,1	-10,8	-0,3
Steinfurt, Kreis	445,0	442,5	-0,6	-4,2	+3,6
Warendorf, Kreis	281,6	263,0	-6,6	-4,3	-2,4
Bielefeld, krfr. Stadt	324,9	308,9	-4,9	-2,3	-2,7
Gütersloh, Kreis	354,2	360,1	+1,6	-2,3	+3,9
Herford, Kreis	252,9	233,7	-7,6	-6,3	-1,4
Höxter, Kreis	151,3	128,4	-15,1	-8,1	-7,0
Lippe, Kreis	357,6	319,4	-10,7	-6,3	-4,4
Minden-Lübbecke, Kreis	319,4	289,9	-9,2	-7,0	-2,2
Paderborn, Kreis	298,8	303,8	+1,6	+0,9	+0,7
Bochum, krfr. Stadt	381,5	345,2	-9,5	-8,9	-0,6
Dortmund, krfr. Stadt	586,9	571,9	-2,6	-6,2	+3,6
Hagen, krfr. Stadt	193,7	163,8	-15,4	-8,2	-7,2
Hamm, krfr. Stadt	183,1	170,8	-6,7	-6,2	-0,5
Herne, krfr. Stadt	168,5	148,0	-12,2	-10,6	-1,6
Ennepe-Ruhr-Kreis	338,5	296,8	-12,3	-11,2	-1,1
Hochsauerlandkreis	273,9	237,2	-13,4	-8,0	-5,4
Märkischer Kreis	441,7	376,2	-14,8	-7,4	-7,5
Olpe, Kreis	141,0	131,7	-6,6	-4,8	-1,8
Siegen-Wittgenstein, Kreis	288,4	255,3	-11,5	-7,0	-4,5
Soest, Kreis	307,2	288,2	-6,2	-7,6	+1,5
Unna, Kreis	419,4	370,8	-11,6	-9,3	-2,3
Nordrhein-Westfalen	17 996,6	17 332,3	-3,7	-5,8	+2,1

Tabelle 4: Bevölkerungsentwicklung nach Verwaltungsbezirken 2008-2030 nach Cicholas U, Ströker K³³

Für die aktuelle und erwartete Entwicklung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen liegen folgende Zahlen vor³³ (dort Tab. 1):

Bevölkerung 2008 bis 2050 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen							
Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung (01.01.)						
	2008	2015	2020	2025	2030	2040	2050
	%						
Unter 3	2,5	2,5	2,5	2,5	2,4	2,2	2,2
3 – 6	2,7	2,5	2,5	2,6	2,5	2,3	2,2
6 – 10	3,9	3,4	3,3	3,4	3,5	3,2	3,0
10 – 16	6,5	5,7	5,2	5,1	5,2	5,1	4,7
16 – 19	3,5	3,2	2,8	2,6	2,6	2,7	2,5
19 – 25	6,9	7,1	6,6	5,9	5,5	5,7	5,6
25 – 40	18,9	18,1	18,9	18,9	18,1	15,9	16,3
40 – 60	30,0	30,6	28,8	26,6	24,8	26,1	25,1
60 – 80	20,2	21,3	22,1	24,4	27,3	26,3	23,9
80 und mehr	4,8	5,8	7,2	8,0	8,1	10,5	14,5
Insgesamt	100	100	100	100	100	100	100

*Fehlende Prozente sind Rundungen geschuldet

Tabelle 5: Bevölkerung 2008 bis 2050 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen

Je nach Altersgrundlage für die Bedarfsberechnung von Kinderhospizen könnten für den Bedarf an Hospizbetten für Erwachsene Bevölkerungsvariablen wie folgt in Betracht kommen:

- von 19 bis 80 Jahren, wenn Hochbetagte eher nicht in Hospizen aufgenommen werden und wenn die Altersgruppe für Kinderhospize bis 19 Jahre als sinnvoll erachtet wird - oder
- von 19 bis über 90 Jahre, wenn Hospize sich für die Aufnahme Hochbetagter gerüstet sehen und wenn die Altersgruppe für Kinderhospize bis 19 Jahre als sinnvoll erachtet wird - oder
- von 25 bis 80 Jahren, wenn Hochbetagte eher nicht in Hospizen aufgenommen werden und wenn die Altersgruppe für Kinderhospize bis 25 Jahre als sinnvoll erachtet wird - oder
- von 25 bis über 90 Jahren, wenn Hospize sich für die Aufnahme Hochbetagter gerüstet sehen und wenn die Altersgruppe für Kinderhospize bis 25 Jahre als sinnvoll erachtet wird.

Die prozentuale Verteilung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen 2008 bis 2050 ließ sich für die Gruppen von 19 bis 80 bzw. 19 bis über 80 Jahren der publizierten Datenlage nicht exakt entnehmen (siehe Tabelle 6) (die Gruppe der Jüngeren wird bis unter 19, also 18 Jahren, repräsentiert).

Bevölkerung 2008 bis 2050 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen							
Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung (01.01.)						
	2008	2015	2020	2025	2030	2040	2050
	%						
0 – 19	19,1	17,3	16,3	16,2	16,2	15,5	14,6
19 – 80	76	77,1	76,4	75,8	75,7	74	70,9
80 und mehr	4,8	5,8	7,2	8,0	8,1	10,5	14,5
Insgesamt*	100	100	100	100	100	100	100

*Fehlende Prozente sind Rundungen geschuldet

Tabelle 6: Bevölkerung 2008 bis 2050 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen (modifiziert nach ³³⁾)

Für die Bedarfsberechnung ist die Gruppe von 0 bis exakt 19 Jahre aber aus zwei Gründen von Bedeutung: 1. aufgrund der für den pädiatrischen Palliativbereich diskutierten Altersgruppen und 2. für eine passgenaue Berücksichtigung der epidemiologischen Daten. Die durch die statistischen Ämter bereitgestellten Daten variieren insofern, als Altersgruppen für die Darstellung demographischer Angaben die Klassifizierungen 16 bis unter 19 Jahren verwenden, bei der Darstellung epidemiologischer Daten jedoch die Klassifizierung 15 bis unter 20 Jahren verwendet wird.

Bevölkerung 2008 bis 2030 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen					
Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung (01.01.)				
	2008	2015	2020	2025	2030
	%				
0 – 20	20,4	18,3	17,4	17,1	17,1
20 – 80	74,7	76,1	75,3	74,9	74,8
80 und mehr	4,8	5,8	7,2	8,0	8,1
Insgesamt*	100	100	100	100	100

*Fehlende Prozente sind Rundungen geschuldet

Tabelle 7: Bevölkerung 2008 bis 2030 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen (modifiziert nach ³³⁾ und eigene Berechnungen)

Daher wurden auf Anfrage weitere Datenbanken von IT.NRW zur Verfügung gestellt, aus welchen sich eine passgenaue demographische Klassifizierung zusammenstellen ließ (siehe Tabelle 7). Im weiteren Verlauf werden zudem nur noch Daten bis 2030 berücksichtigt.

Bevölkerung 2008 bis 2030 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen					
Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung (01.01.)				
	2008	2015	2020	2025	2030
	%				
0 - 25	26	24,4	22,9	22,1	21,7
25 - 80	69,1	70	69,8	69,9	70,2
80 und mehr	4,8	5,8	7,2	8,0	8,1
Insgesamt	100	100	100	100	100

*Fehlende Prozente sind Rundungen geschuldet

Tabelle 8: Bevölkerung 2008 bis 2030 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen (modifiziert nach³³)

Tabelle 8 ist die Darstellung mit einer Klassifizierung der 0- bis unter 25jährigen und der weiteren hier relevanten Altersgruppen zu entnehmen; diese ließ sich aus dem öffentlich zugänglichen Material erstellen.

Gelegentlich wird für die Aufnahme in Kinderhospizen auch ein Alter bis um die 30 Jahre für sinnvoll erachtet; bei einer Favorisierung dieser Altersgruppengrundlage müssten im Zuge einer konkreten Bedarfsplanung genauere Daten eingeholt und vorausberechnet werden, um diese Altersgruppe von der Grundmenge der zu berücksichtigenden Erwachsenen zu subtrahieren.

Die Frage nach der Berücksichtigung Hochbetagter in stationären Hospizen bedarf der grundsätzlichen Erörterung. Die Untersuchung der ALPHA-Stellen zur Arbeit und zu Bewohnern der stationären Hospize hatte eine geringe Aufnahmezahl Hochbetagter gezeigt (siehe Kapitel 6.2); dies wurde auch in Gesprächen bei den Runden Tischen mit Hospizleitungen in Rahmen des Bedarfsprojekts im Juli 2010 bestätigt.

Einpersonenhaushalte

Bundesweit gibt es derzeit über 40 Millionen Haushalte. Den größten Anteil (39,4%) bilden dabei Einpersonenhaushalte, gefolgt von Mehrpersonenhaushalten mit zwei (34,1%) und drei Personen (13%).

Jahr	Insgesamt	Mehrpersonenhaushalte mit ... Personen					Durchschnittliche Haushaltsgröße
		1	2	3	4	5 und mehr	
1 000							
2010	40 034	15 782	13 670	5 218	3 955	1 408	2,05
2015	40 393	16 185	14 237	4 981	3 711	1 280	2,01
2020	40 541	16 455	14 722	4 720	3 485	1 159	1,98
2025	40 486	16 698	15 018	4 400	3 303	1 067	1,95
in Prozent							
2010	100	39,4	34,1	13	9,9	3,5	X
2015	100	40,1	35,2	12,3	9,2	3,2	X
2020	100	40,6	36,3	11,6	8,6	2,9	X
2025	100	41,2	37,1	10,9	8,2	2,6	X

X = Gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll ist.

Tabelle 9: Entwicklung der Privathaushalte bis 2025 in Deutschland, modifiziert nach³⁴

Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamts ist zukünftig mit einer Erhöhung des Anteils von Einpersonenhaushalten und Mehrpersonenhaushalten mit zwei Personen zu rechnen, während der Anteil von Mehrpersonenhaushalten mit drei oder mehr Personen abnehmen wird.

Detaillierte Analysen nach Alter und Geschlecht der Bewohner von Einpersonenhaushalten zeigen, dass im Jahr 2005 16,4% der Männer über 60 in einem Einpersonenhaushalt lebten, während der Anteil von Frauen bei 40,2% lag. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil von Einpersonenhaushalten bei beiden Geschlechtern nochmals an. Bei über 80-jährigen Frauen lag er im Jahr 2005 bei fast 70%, was den Anteil der hochbetagten Männer um das 2,4-fache übertrifft.³⁵

Im Land Nordrhein-Westfalen gab es im Jahr 2009 8.592.000 Haushalte mit durchschnittlich 2,08 Personen pro Haushalt. Gegenüber dem Jahr 2000 hat damit die absolute Zahl an

Haushalten um 271.000 zugenommen, während die durchschnittliche Anzahl an Bewohnern pro Haushalt um 0,08 abgenommen hat.³⁶

Privathaushalte in Nordrhein-Westfalen 1950 – 2009			
Jahr	Anteil der Einpersonenhaushalte in Prozent	Jahr	Anteil der Einpersonenhaushalte in Prozent
1950	16,9	2000	36
1961	18,6	2002	36,4
1970	23,5	2005	35,9
1980	28,8	2006	37,2
1985	32,8	2007	37,2
1990	33,5	2008	38,2
1995	34,8	2009	38,6

Tabelle 10: Privathaushalte in Nordrhein-Westfalen 1950-2009, nach³⁷

Der Anteil von Einpersonenhaushalten hat sich in Nordrhein-Westfalen im zeitlichen Verlauf stetig erhöht und liegt derzeit bei 38,6%. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich dieser Anteil, dem bundesweit prognostizierten Trend folgend, weiter steigern wird.

Migranten

Für das Jahr 2008 weist das Statistische Bundesamt für Nordrhein-Westfalen bei 17.933.064 Einwohnern eine Zahl von 1.886.864 Ausländern aus, was einem Anteil von 10,5% der Bevölkerung entspricht.³⁸ Als Ausländer werden hier alle Personen definiert, die keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Dies umfasst auch staatenlose Personen oder Personen mit ungeklärter Herkunft. Personen, die neben der deutschen noch eine weitere Staatsangehörigkeit besitzen, werden nicht zur Gruppe der Ausländer gezählt. Die zusätzliche Verwendung der Kategorie Migrationshintergrund ermöglicht eine differenzierte Sichtweise. Unter dieser Kategorie werden alle ausländischen Staatsbürger und Personen erfasst, die seit 1950 entweder selbst oder deren Eltern aus dem Ausland zugezogen sind. Einen Überblick für das Jahr 2008 gibt die nachfolgende Tabelle.

Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nach Migrationsstatus 2008			
	Zahl gesamt	darunter mit Migrationshintergrund*	in % mit Migrationshintergrund*
Gesamt	17 971 000	4 159 000	23,1
< 18	3 141 000	1 138 000	36,2
18-65	11 187 000	2 674 000	23,9
≥ 65	3 644 000	347 000	9,5

* ausländische Staatsbürger und Personen, die seit 1950 entweder selbst oder deren Eltern aus dem Ausland zugezogen sind

Tabelle 11: Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nach Migrationsstatus nach³⁹

Der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund insgesamt liegt mit 23,1% bei fast einem Viertel der Bevölkerung. In der Altersgruppe unter 18 Jahren hat mehr als ein Drittel einen Migrationshintergrund. In der Gruppe der über 65-Jährigen ist dies nur bei jeder zehnten Person der Fall.

4.1.2 Epidemiologische Entwicklung in Nordrhein-Westfalen

Im Zuge der Bedarfsplanung sind epidemiologische Daten zum aktuellen Stand und zu künftigen Entwicklungen der Bevölkerung zu berücksichtigen. Im vorhergehenden Kapitel wurden bereits Lage und Entwicklung der Demographie in Nordrhein-Westfalen vorgestellt. Ergänzend hierzu folgen nun Daten zu Lebenserwartung, Gestorbenen, Todesursachen und lebensverkürzenden Erkrankungen, die ebenfalls eine wichtige Rolle für die Abschätzung eines Bedarfs spielen. Bei der Darstellung von lebensverkürzenden Erkrankungen ist zwischen Inzidenz und Prävalenz lebensverkürzender Erkrankungen sowie der Mortalität zu unterscheiden.

Die Inzidenz ist die Anzahl von Personen, die in einer bestimmten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. über einen bestimmten Zeitraum mit einer lebensverkürzenden Erkrankung geboren werden oder neu erkranken.

Die Prävalenz beschreibt die Anzahl Personen mit einer lebensverkürzenden Erkrankung in einer bestimmten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. über einen bestimmten Zeitraum.

Die Mortalität gibt die Anzahl von Personen wieder, die in einer bestimmten Population über einen bestimmten Zeitraum hinweg an den Folgen einer lebensverkürzenden Erkrankung sterben.

Die bereits in Kapitel 4.1.1 abgebildeten und erläuterten Tabellen zur Bevölkerungsentwicklung in Nordrhein-Westfalen werden zur besseren Übersicht nochmals an dieser Stelle präsentiert.

Bevölkerung 2008 bis 2030 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen					
Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung (01.01.)				
	2008	2015	2020	2025	2030
	%				
0 – 20	20,4	18,3	17,4	17,1	17,1
20 – 80	74,7	76,1	75,3	74,9	74,8
80 und mehr	4,8	5,8	7,2	8,0	8,1
Insgesamt*	100	100	100	100	100

*Fehlende Prozente sind Rundungen geschuldet

Tabelle 7: Bevölkerung 2008 bis 2030 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen (modifiziert nach33 und eigene Berechnungen)

Bevölkerung 2008 bis 2030 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen					
Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung (01.01.)				
	2008	2015	2020	2025	2030
	%				
0 - 25	26	24,4	22,9	22,1	21,7
25 - 80	69,1	70	69,8	69,9	70,2
80 und mehr	4,8	5,8	7,2	8,0	8,1
Insgesamt	100	100	100	100	100

*Fehlende Prozente sind Rundungen geschuldet

Tabelle 8: Bevölkerung 2008 bis 2030 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen
(modifiziert nach33)

Anhand der Daten der Sterbetafel in Tabelle 12 lässt sich die durchschnittliche Lebenserwartung in NRW nach ausgewählten Lebensjahren ablesen.

Durchschnittliche Lebenserwartung NRW 2006/2008		
Alter (Jahre)	Weiblich	Männlich
Bei Geburt im Jahr 2009	81,85	76,71
In 2009 alt.....1	81,19	76,09
5	77,26	72,16
10	72,30	67,20
15	67,33	62,24
20	62,38	57,35
25	57,45	52,50
30	52,52	47,65
35	47,61	42,83
40	42,74	38,04
45	37,95	33,34
50	33,28	28,83
55	28,76	24,55
60	24,38	20,50
65	20,15	16,71
70	16,04	13,19
75	12,22	10,05
80	8,85	7,43
85	6,09	5,26
90	4,06	3,60

Tabelle 12: Durchschnittliche Lebenserwartung in NRW 2006/2008
(modifiziert nach⁴⁰)

Die Sterbetafel wurde anhand von Daten zu Bevölkerung und Gestorbenen im Zeitraum von 2006 bis 2008 durch IT.NRW berechnet. Die Auflistung wird aufgrund des unterschiedlichen

Sterberisikos von Männern und Frauen getrennt nach Geschlechtern dargestellt. Die Differenz der Lebenserwartungen bei beiden Gruppen liegt bei 5,14 Jahren. Ein neugeborenes Mädchen wird nach diesen Berechnungen 81 Jahre und 10 Monate alt, ein neugeborener Junge 76 Jahre und 9 Monate. Neugeborene Mädchen haben somit eine um 41 Monate höhere Lebenserwartung als noch vor 20 Jahren.⁴¹ Es kann davon ausgegangen werden, dass die Lebenserwartung zukünftig weiter ansteigen wird. Da Möglichkeiten zur Minimierung von Sterberisiken in weiten Teilen ausgeschöpft sind, bleibt abzuwarten, in welchem Maße dies geschehen wird. Die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung zeigen einen etwas schwächer ausgeprägten Anstieg der Lebenserwartung. Ein männlicher Neugeborener wird im Jahr 2030 eine um 4,3 Jahre höhere Lebenserwartung haben. Bei weiblichen Neugeborenen liegt diese um 3,6 Jahre höher. Die weitestgehenden veröffentlichten landesweiten Berechnungen gehen bis ins Jahr 2050 mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 83,3 Jahren bei männlichen und 87,5 Jahren bei weiblichen Neugeborenen. Die Lebenserwartung der Geschlechter gleicht sich nach diesen Berechnungen mehr an, wie die geringere Differenz von dann 4,2 Jahren im Vergleich zu aktuell 5,1 Jahren zeigt.³³

Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 2008 nach ausgewählten Todesursachen		Anteil in %
Bösartige Neubildungen	50758	26,8
Krankheiten des Kreislaufsystems	73952	39,0
Krankheiten des Atmungssystems	14165	7,5
Krankheiten des Verdauungssystems	9525	5,0
Sonstige	41186	21,7
Insgesamt	189586	100

Tabelle 13: Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 2008 nach ausgewählten Todesursachen; modifiziert nach⁴²

Betrachtet man sich die Zahl der Gestorbenen nach Todesursache, so werden für das Jahr 2008 Krankheiten des Kreislaufsystems als häufigste Todesursache aufgeführt. An zweiter Stelle stehen Patienten mit bösartigen Neubildungen, gefolgt von Krankheiten des Atmungs- und des Verdauungssystems. Weitere Erkrankungsarten wurden in der Kategorie Sonstige zusammengefasst.

Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 2008 nach ausgewählten Todesursachen und Altersgruppen						
	Bösartige Neubildungen	Krankheiten des Kreislaufsystems	Krankheiten des Atmungssystems	Krankheiten des Verdauungssystems	Sonstige	Insgesamt
unter 1 Jahr	8	13	6	7	610	644
1 bis unter 15 Jahre	79	37	9	5	177	307
15 bis unter 20 Jahre	28	20	10	2	191	251
20 bis unter 25 Jahre	43	36	4	7	267	357
25 bis unter 30 Jahre	44	45	7	14	305	415
30 bis unter 35 Jahre	114	78	12	20	352	576
35 bis unter 40 Jahre	238	158	26	51	571	1044
40 bis unter 45 Jahre	605	350	39	148	865	2007
45 bis unter 50 Jahre	1259	672	100	306	1237	3574
50 bis unter 55 Jahre	2110	1075	203	429	1469	5286
55 bis unter 60 Jahre	3286	1537	340	501	1724	7388
60 bis unter 65 Jahre	4107	2147	529	550	1779	9112
65 bis unter 70 Jahre	6809	4117	1114	861	2983	15884
70 bis unter 75 Jahre	8125	6939	1666	1084	4096	21910
75 bis unter 80 Jahre	8359	10292	2284	1250	5270	27455
80 bis unter 85 Jahre	7784	14996	3051	1664	6885	34380
85 bis unter 90 Jahre	5268	16306	2644	1563	6760	32541
90 Jahre und mehr	2492	15134	2121	1063	5645	26455
Insgesamt	50758	73952	14165	9525	41186	189586

Tabelle 14: Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 2008 nach ausgewählten Todesursachen und Altersgruppen; modifiziert nach⁴³

Die Aufschlüsselung ausgewählter Todesursachen nach Altersgruppen zeigt die höchsten absoluten Zahlen in den Gruppen 80 bis unter 85 Jahre, 85 bis unter 90 Jahre, 75 bis unter 80 Jahre und 90 Jahre und mehr. Betrachtet man speziell die Todesursache Bösartige Neubildungen, so verschiebt sich diese Reihenfolge. Die höchste absolute Zahl findet sich in der Gruppe 75 bis unter 80 Jahre, gefolgt von 70 bis unter 75 Jahre, 80 bis unter 85 Jahre und 65 bis unter 70 Jahre. Eine Auflistung von Todesursachen für alle Kreise und kreisfreien Städte in NRW findet sich im Anhang 14.

Der überwiegende Anteil an Hospizgästen leidet an Krebserkrankungen (siehe hierzu auch Kapitel 6.2). Krebsneuerkrankungen für das Land Nordrhein-Westfalen werden durch das epidemiologische Krebsregister Nordrhein-Westfalen erfasst, das seit 2005 flächendeckend ausgebaut wird. Die vorgelegten Datenberichte zur Krebsinzidenz umfassen bislang nur den Landesteil Westfalen-Lippe, da nur dort eine ausreichende Vollzähligkeit der Daten vorliegt.⁴⁴

Krebs-Inzidenz (Neuerkrankungen) im Landesteil Westfalen-Lippe		
	Männer	Frauen
Erkrankungsfälle in 2007	23.864	21.257
mittl. Erkrankungsalter	68	67
Inzidenzraten (100.000/Jahr)		
Rohe Rate	581,5	495,2
Europastandard	441	345,8
Weltstandard	308,1	252,1
10-Jahres-Erkrankungsrisiko		
mit 40 Jahren eine(r) von	52	30
mit 50 Jahren eine(r) von	15	15
mit 60 Jahren eine(r) von	6	9
mit 70 Jahren eine(r) von	4	7
Lebenszeitrisiko eine(r) von	2	3

Tabelle 15: Krebs-Inzidenz 2007 Westfalen-Lippe, eigene Darstellung nach⁴⁴

Im Jahr 2007 erkrankten 23.864 Männer und 21.257 Frauen im Landesteil Westfalen-Lippe an Krebs. Das mittlere Erkrankungsalter lag bei 68 bzw. 67 Jahren bei Männern und Frauen. Die rohe Rate (Verhältnis von in einem Jahr neu erkrankten Personen zur Gesamtbevölkerung einer bestimmten Region) lag bei 581,5: 100.000 (Männer) bzw. 495,2: 100.000 (Frauen).

Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen wurden umfangreiche Berechnungen zu zukünftigen Entwicklungen der Zahlen von Krebsneuerkrankungen gemacht. Basierend auf der Inzidenz verschiedener Krebslokalisationen aus dem Jahr 2004 wird geschätzt, dass sich die Zahl der Neuerkrankungsfälle bei Männern bis zum Jahre 2025 um 20% bis 45% steigern wird. Die höchsten Anstiege werden bei Magenkrebs (44%), Dickdarmkrebs (39%), Bauchspeicheldrüsenkrebs (35%) und Prostatakrebs (35%) erwartet. Bei Frauen bleibt nach diesen Berechnungen Brustkrebs die am häufigsten gestellte Diagnose. Abhängig von der Lokalisation, ist bei Frauen mit einem Anstieg von 10% bis 30% zu rechnen.⁴⁵

Bezogen auf alle Todesursachen wird es nach der Prognose von Murray und Lopez zukünftig Verschiebungen bezüglich der Rangfolge der Häufigkeiten geben.⁴⁶

Erkrankung	Für 2020 prognostizierte Rangfolge	Frühere Rangfolge 1990
Ischämische Herzerkrankungen	1	1
Zerebrovaskuläre Erkrankungen (einschließlich Schlaganfall)	2	2
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen	3	6
Infektionen der unteren Atemwege	4	3
Lungenerkrankungen, Tracheal- und Bronchialkrebs	5	10

Tabelle 16: Für 2020 prognostizierte häufigste Todesursachen und früheren Ursachen im Jahr 1990⁴⁶

Als häufigste Todesursachen für 2020 werden genannt: Ischämische Herzerkrankungen, Zerebrovaskuläre Erkrankungen (einschließlich Schlaganfall), Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Infektionen der unteren Atemwege und Lungenerkrankungen, Tracheal- und Bronchialkrebs.

4.1.3 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit Erwachsener in Nordrhein-Westfalen

Zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen liegen umfangreiche Daten und Hochrechnungen vor, welche teilweise veröffentlicht wurden.⁴⁷ Die Statistik über die Empfänger von Pflegegeldleistungen wird seit dem Jahr 1999 als Stichtagserhebung zum 31. Dezember durchgeführt und liefert im Abstand von zwei Jahren Grunddaten zu diesem Personenkreis. Die wesentlichen Daten werden im Folgenden zitiert:

Am 31.12.2007 gab es in Nordrhein-Westfalen 484.800 pflegebedürftige Personen; gegenüber dem Jahr 2003 bedeutet dies einen Anstieg um rd. 25 300 Personen (+5,5 %), nachdem im Jahr 2005 noch ein leichter Rückgang (–1 056 Personen gegenüber dem Jahr 2003) zu verzeichnen war. Betrachtet man die Zahl der Pflegebedürftigen getrennt nach Geschlecht, so ist festzustellen, dass die Relation von ca. einem Drittel Männer und etwa zwei Drittel Frauen im Zeitraum von 2003 bis 2007 nahezu unverändert bleibt.⁴⁷

Nordrhein-Westfalen		Pflegebedürftige 2003, 2005 und 2007 nach Altersgruppen und Geschlecht				
Jahr ----- a=männlich b=weiblich c=insgesamt	Leistungsempfänger / Leistungsempfängerinnen					
	insgesamt	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
		unter 60	60-70	70-80	80-90	90 und mehr
2003						
a	145 129	33 694	24 721	41 536	34 582	10 596
b	314 360	29 576	23 186	67 788	128 101	65 709
c	459 489	63 270	47 907	109 324	162 683	76 305
2005						
a	146 931	33 416	23 082	43 295	36 354	10 784
b	311 502	29 053	21 853	64 380	129 647	66 569
c	458 433	62 469	44 935	107 675	166 001	77 353
2007						
a	154 716	32 934	21 924	45 617	44 051	10 190
b	330 085	32 758	22 212	67 218	147 042	60 855
c	484 801	65 692	44 136	112 835	191 093	71 045

Tabelle 17: Pflegebedürftige in Nordrhein-Westfalen 2003, 2005 und 2007 nach Altersgruppen und Geschlecht (modifiziert nach⁴⁷; dort Tabelle 3.1)

Bezüglich der Altersstruktur der pflegebedürftigen Menschen in Nordrhein-Westfalen zeigt sich, dass die größte Gruppe bei den Empfängern von Pflegeleistungen die Personen im Alter von 80 bis unter 90 Jahren bilden. Ihre Zahl stieg im Zeitraum von 2003 bis 2007 von 162 700 auf 191 100 an und stellt im Jahr 2007 knapp 40 Prozent der gesamten Pflegebedürftigen dar. Danach folgt die Gruppe der 70- bis unter 80-Jährigen, ihr Anteil an den Pflegebedürftigen insgesamt ist im Zeitraum 2003 bis 2007 leicht gesunken und beträgt im

Jahr 2007 noch 23,3 Prozent. Der Personenkreis im Alter von 60 bis unter 70 Jahren bildet die kleinste Gruppe unter den Pflegebedürftigen.

Für die hier vorliegende Fragestellung war die Altersgruppierung der von IT.NRW herausgegebenen Tabellen nicht ganz ausreichend, da Daten über die Pflegebedürftigkeit (gemessen an Leistungsbeziehern und Antragstellern) keine Trennung von weiteren Altersgruppen zuließen, die für den Bereich der Hospize für Kinder und Jugendliche relevant sein könnten. Auf Anfrage wurde daher von IT.NRW die Pflegebedürftigkeitsdatenbank zur Verfügung gestellt, so dass eine entsprechende Unterteilung und Darstellung nach den für das Projekt relevanten Gruppen vorgenommen werden konnte. Demnach ergab sich folgendes Bild:

Nordrhein-Westfalen			
Pflegebedürftige 2007 nach Altersgruppen und Geschlecht			
	insgesamt	davon männlich	davon weiblich
unter 5 - 20	20 814	10 957	9 857
20-80	201 849	89 518	112 331
80 u. mehr	262 138	54 241	207 897
insgesamt	484 801	154 716	330 085
Insgesamt Erwachsene	463 987	143 759	320 228

Tabelle 18: Zusammenstellung nach möglichen Alterseinteilungen für die potenziellen Hospizpopulationen (modifiziert nach⁴⁷ und zur Verfügung gestellten weiteren Daten I)

Für den Bereich der Erwachsenen hospize wären insgesamt 463.987 Pflegebedürftige (davon 143.759 (31%) männlich und 320.228 (69%) weiblich) mit Pflegestufe in Abhängigkeit epidemiologischer und anderer Faktoren relevant, wenn für den Bereich der Hospize für Kinder Jugendliche eine Altersgruppe von unter 5 bis unter 20 Jahren in Abhängigkeit epidemiologischer und anderer Faktoren zugrunde gelegt wird.

Sollten für den Bereich der Erwachsenen hospize Hochaltrige (80 und mehr Jahre) nicht in Betracht kommen, so betrüge die entsprechende Population weit weniger als die Hälfte, nämlich 201.849 Personen/Leistungsbezieher (davon 89.518 männlich (44%) und 112.331 (56 %) weiblich).

Bei der Nichtberücksichtigung von Hochaltrigen ist die oben angeführte Geschlechterverteilung von etwa einem Drittel Männer zu zwei Dritteln Frauen nicht mehr gegeben; es zeigen sich deutlich andere Werte.

Nordrhein-Westfalen			
Pflegebedürftige 2007 nach Altersgruppen und Geschlecht			
	insgesamt	davon männlich	davon weiblich
unter 5 - 25	24 560	12 937	11 623
25-80	198 103	87 538	110 565
80 u. mehr	262 138	54 241	207 897
insgesamt	484 801	154 716	330 085
Insgesamt Erwachsene	460 241	141 779	318 462

Tabelle 19: Zusammenstellung nach möglichen Alterseinteilungen für die potenziellen Hospizpopulationen (modifiziert nach⁴⁷ und zur Verfügung gestellten weiteren Daten II)

Für den Bereich der Erwachsenenheime wären insgesamt 460.241 Pflegebedürftige (davon 141.779 (31%) männlich und 318.462 (69%) weiblich) mit Pflegestufe in Abhängigkeit epidemiologischer und anderer Faktoren relevant, wenn für den Bereich der Heime für Kinder Jugendliche eine Altersgruppe von unter 5 bis unter 25 Jahren in Abhängigkeit epidemiologischer und anderer Faktoren zugrunde gelegt wird.

Sollten für den Bereich der Erwachsenenheime Hochaltrige (80 und mehr Jahre) nicht in Betracht kommen, so betrüge die entsprechende Population weit weniger als die Hälfte, nämlich 198.103 Personen/Leistungsbezieher (davon 87.538 männlich (44%) und 110.565 (56 %) weiblich).

Bei der Nichtberücksichtigung von Hochaltrigen zeigt sich die gleiche Veränderung zur oben angeführten Geschlechterverteilung von etwa einem Drittel Männer zu zwei Dritteln Frauen wie bei der anderen Erwachsenenengruppe.

Weiter differenzierte Daten zu Leistungsbeziehern aus dem Jahre 2007 wurden aufbereitet und sind dem Anhang 12, Tabelle 47 bis Tabelle 52, zu entnehmen.

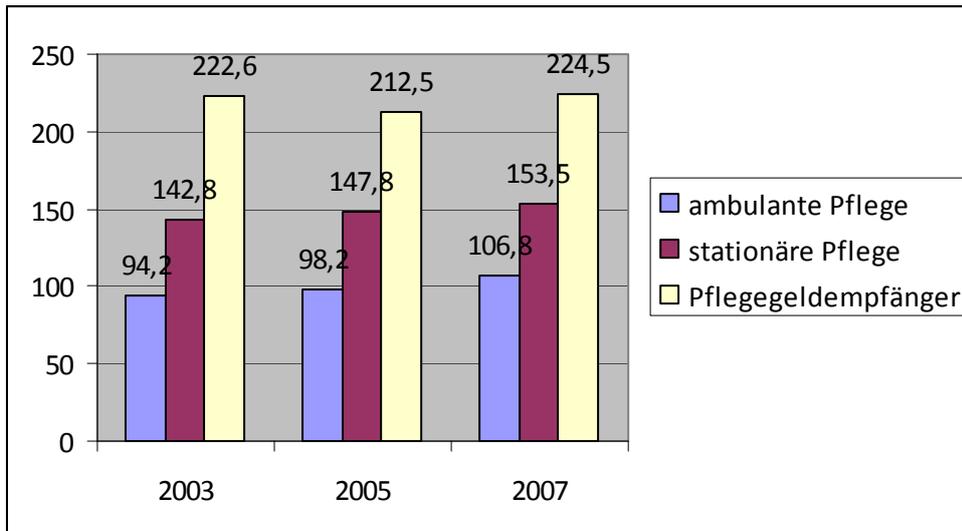


Abbildung 1: Pflegebedürftige in Nordrhein-Westfalen 2003, 2005 und 2006 in Tausend nach Pflegeformen (Quelle IT.NRW⁴⁷)

Für Nordrhein-Westfalen ist in den Jahren 2003 bis 2007 ein zunehmender Trend der Pflegebedürftigkeit im stationären und im ambulanten Bereich zu erkennen, gemessen an der Grundlage der Pflegegeldleistungen. Die Angaben für Pflegegeldempfänger beziehen sich auf Leistungsempfänger, die die Pflege Angehöriger übernommen haben.

Hochrechnungen von IT.NRW beruhen auf folgendem methodischen Vorgehen:⁴⁷

Die Modellrechnung zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bezieht alters- und geschlechtsspezifische Pflegehäufigkeiten (Pflegequoten) der Jahre 2003 bis 2007 ein, die über den Berechnungshorizont konstant gehalten werden. Diese Häufigkeiten werden im Berechnungsverfahren auf die von IT.NRW durchgeführte Bevölkerungsvorausberechnung mit Basis 2008 auf der Ebene der kreisfreien Städte und Kreise in Nordrhein-Westfalen^{33,48} angewendet. Bei diesem Verfahren handelt sich um eine Status-quo-Berechnung, da ein gleichbleibendes Pflegerisiko unterstellt wird. Der Fokus einer derartigen Modellrechnung ist somit ausschließlich auf die demografische Veränderung gerichtet. Die Berechnungen werden für die kreisfreien Städte und Kreise bis 2030, für die Landesebene bis zum Jahr 2050 ausgeführt. Neben Zahlen über Volumen und Altersstruktur der zukünftigen Pflegebedürftigen liefert die Modellrechnung auch Resultate zu Pflegestufen und Pflegeformen. Hinsichtlich der Berechnungen zu den Pflegestufen ist zu berücksichtigen,

dass die Pflegebedürftigen, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet sind, nicht einbezogen werden können.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass solche Modellrechnungen, als Schätzungen einzustufen sind, die keine präzisen Resultate für die Zukunft liefern können, sondern nur Orientierungsgrößen darstellen.

Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung 2007, 2030 und nach Geschlecht						
Jahr	Pflegebedürftige					
	insgesamt			darunter 60 Jahre und älter		
	insgesamt	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich
Anteil an der Bevölkerung in Prozent						
2007	2,7	1,8	3,6	9,3	6,3	11,7
2030	4,1	3,0	5,2	10,7	7,9	13,1
2050	5,9	4,3	7,5	14,7	11,0	17,8

Tabelle 20: Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung 2007, 2030 und nach Geschlecht; Quelle IT.NRW⁴⁷

Pflegebedürftige 2007 bis 2050 nach Altersgruppen und Geschlecht							
Jahr	a = männlich b = weiblich c = insgesamt	Pflegebedürftige					
		insgesamt	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
			unter 60	60 - 70	70 - 80	80 - 90	90 und mehr
Anzahl							
2007	a	154 716	32 934	21 924	45 617	44 051	10 190
	b	330 085	32 758	22 212	67 218	147 042	60 855
	c	484 801	65 692	44 136	112 835	191 093	71 045
1 000							
2010	a	166,9	32,7	21,1	50,6	52,7	9,8
	b	335,3	30,0	20,3	72,5	155,6	57,0
	c	502,2	62,6	41,4	123,1	208,3	66,8
2020	a	211,5	30,4	24,9	48,5	83,7	24,0
	b	403,0	28,0	23,7	67,9	187,4	96,0
	c	614,5	58,4	48,6	116,4	271,1	119,9
2030	a	250,8	27,1	30,5	60,6	87,0	45,5
	b	459,0	25,1	28,1	81,8	184,5	139,5
	c	709,7	52,2	58,6	142,4	271,5	185,0
2040	a	291,8	25,6	21,3	76,5	118,9	49,5
	b	521,6	23,7	20,3	98,8	238,2	140,6
	c	813,4	49,3	41,6	175,3	357,1	190,1
2050	a	331,4	23,7	22,4	53,9	157,1	74,4
	b	614,2	22,0	21,1	71,9	299,7	199,4
	c	945,6	45,7	43,5	125,8	456,8	273,8

Tabelle 21: Pflegebedürftige 2007 bis 2050 nach Altersgruppen und Geschlecht; Quelle IT.NRW⁴⁷

Im Jahr 2030 wird die Anzahl der pflegebedürftigen Personen in Nordrhein-Westfalen bereits um rund 224 900 (+46,4 Prozent) gegenüber 2007 angestiegen sein. Dabei wird der Anteil der pflegebedürftigen Frauen (2007: 68,1 Prozent) weithin bis 2050 (64,9 Prozent) deutlich höher sein als der der Männer. Es ist zu erwarten, dass sich die Anzahl der pflegebedürftigen Männer 2050 gegenüber 2007 mehr als verdoppeln wird. Im gleichen Zeitraum erhöht sich die Zahl der pflegebedürftigen Frauen um knapp 90 Prozent.

Für die Hochrechnungen wurden Analysen von IT.NRW komplett für die Altersgruppe bis unter 60 nicht weiter differenziert (telefonische Auskunft). Aussagen zur Population der Erwachsenen (je nach Berechnungsgrundlage für Kinder und Jugendliche von 0 bis unter 20 oder 0 bis unter 25 Jahren) sind daher leider nicht möglich.

Pflegebedürftige von 2007 bis 2050 nach Pflegestufen und Pflegeformen								
Pflegestufe	2007	2010	2020	2030	Veränderung 2030 gegenüber 2007	2040	2050	Veränderung 2050 gegenüber 2007
Pflegeform	Anzahl	1 000			%	1 000		%
Pflegestufe ¹⁾								
Pflegestufe I	257 476	263,5	318,7	364,3	+41,5	420,1	482,7	+87,5
Pflegestufe II	168 774	179,4	223,1	260,9	+54,6	298,2	351,2	+108,1
Pflegestufe III	57 869	58,4	71,6	83,2	+43,7	93,5	110,0	+90,1
Pflegeform								
Ambulante Pflege	106 832	109,4	138,2	161,5	+51,1	189,8	224,9	+110,5
Stationäre Pflege	153 462	158,3	204,1	242,4	+58,0	278,9	340,4	+121,8
Pflegegeldempfänger/-innen	224 507	234,5	272,2	305,8	+36,2	344,7	380,4	+69,4

1) Pflegebedürftige, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet sind, wurden nicht einbezogen

Tabelle 22: Pflegebedürftige von 2007 bis 2050 nach Pflegestufen und Pflegeformen; Quelle IT.NRW⁴⁷

Hochrechnungen für die einzelnen Kreise und kreisfreien Städte finden sich detailliert in der Broschüre von IT.NRW.⁴⁷ Zudem sind im Anhang 14 in Übersichtstabellen über die Kreise und kreisfreien Städte u.a. Entwicklungen für den Bereich der stationären Pflege (Veränderungen der Datenlage zu Pflegebedürftigen im Jahr 2030) eingepflegt.

Die Zahlen der Pflegegeldempfänger bzw. der Pflegebedürftigen, die auf den vorgestellten Statistiken über Pflegegeldbeantragung, Bewilligung und laufende Bewilligungsverfahren beruhen, sind jedoch nur bedingt für eine Bedarfsberechnung geeignet, da nicht für alle, die einer stationären Versorgung im Hospiz bedürften, auch Pflegegeldanträge vorliegen. Aus der Kerndokumentation HOPE ist bekannt, dass auch nicht für alle, die bereits in der stationären Versorgung durch ein Hospiz sind, Pflegeanträge gestellt sind.⁴⁹

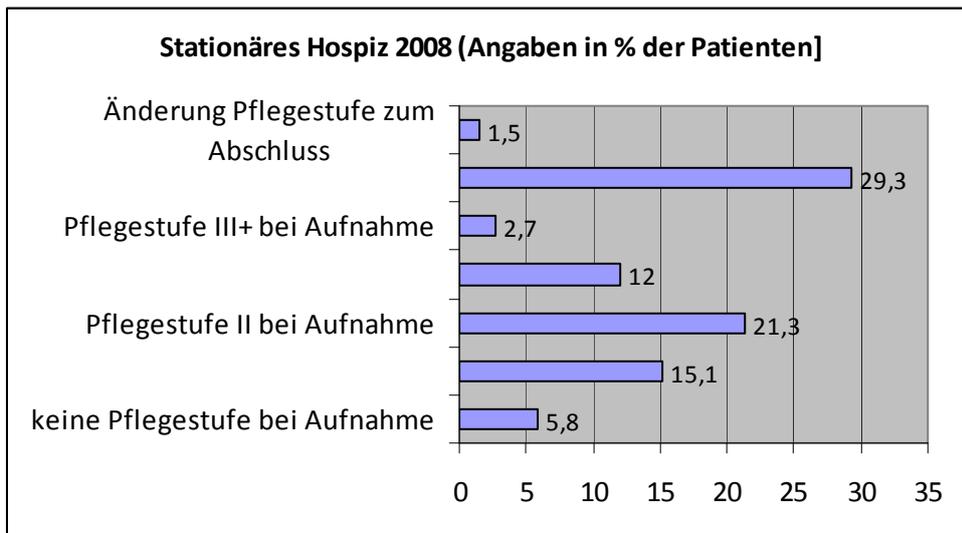


Abbildung 2: Pflegestufen von Bewohnern stationärer Hospize in Deutschland nach HOPE im Jahr 2008; Datenquelle⁴⁹

Der Anteil der Patienten mit einer hohen Pflegestufe ist, verglichen mit anderen Settings der Palliativversorgung, erwartungsgemäß bei den Hospizen am höchsten. Jedoch hatten von 83,4% der dokumentierten Patienten mit einem schlechten Funktionszustand (ECOG 3 und 4) in stationären Hospizen im Jahr 2008 4,4% keine Pflegestufe, im Jahr 2009 waren es 86,6% und 10,7% ohne Pflegestufe.

4.1.4 Netzwerke

Zu Netzwerken und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung liegt eine umfangreiche Publikation zu Fragen des Ansatzes (Kooperation, Kontaktsysteme, integrativ, komplementär u.a.) und mit theoretischen Überlegungen über die Netzwerklandschaft in Deutschland vor.⁸³ In Nordrhein-Westfalen existieren eine Vielzahl von Palliativnetzwerken, zum Teil mit Auftritt unter dem Namen Netzwerk (Palliativ Netzwerk Wuppertal e.V.⁵⁰, Palliativ Netzwerk im Kreis Mettmann (PN-ME)⁵¹, Palliativ Netzwerk Düsseldorf (PND)⁵², Palliativnetzwerk Duisburg (PanDu)⁵³, Palliativnetzwerk für die Region Herne.Wanne-Eickel.Castrop-Rauxel⁵⁴, Ambulantes Diakonisches Palliativnetzwerk Leverkusen⁵⁵, Palliativ-Hospiznetzwerk Recklinghausen⁵⁶, Palliativ Netzwerk in Krefeld⁵⁷, Palliativnetz Kreis Coesfeld⁵⁸, Palliativnetzwerk Dorsten⁵⁹ u.a.m.). Zum Teil finden sich aber auch Dienste und Einrichtungen als Netzwerk bzw. vernetzend arbeitend, ohne eine solche Bezeichnung eines Zusammenschlusses. Bei der Verschiedenheit der Ansätze und Formen von Netzwerken kann im Bereich Palliative Care am ehesten von Versorgungsnetzwerken gesprochen werden. Diese „...sind Versorgungsformen, die die Leistungen verschiedener Leistungserbringer in abgestimmter Form erbringen und so eine integrative und kontinuierliche Versorgung für Schwerkranken und ihre Angehörigen zur Verfügung stellen. Es geht demzufolge um die Form des Miteinanders derjenigen Dienste und Einrichtungen, die, ausgerichtet an den Bedürfnissen Schwerkranker, nicht nur isoliert nebeneinander, sondern miteinander die Versorgung erbringen“.⁸³ Dazu gehört auch die Integration von Anbietern aus dem eher kurativen Bereich wie z.B. Onkologischen Zentren.

Im ambulanten Bereich bedeuten die ersten Umsetzungen der Beschlüsse zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung in der jüngeren Vergangenheit einen Faktor, der zur Dynamik im Versorgungsnetzwerk beitragen wird. Im Rheinland wurden Verträge in Niederberg (SAPV Niederberg/Velbert), Aachen (Home Care Aachen), Bonn (Malteser Krankenhaus Bonn, Zentrum für Palliativmedizin), Düren (Ambulantes Hospiz- und Palliativzentrum Kreis Düren/Niederzier) und Troisdorf (Ambulanter Palliativdienst (SAPV) am St. Josef-Hospital) abgeschlossen; Köln (Uniklinik Köln, Klinik für Palliativmedizin) wird sehr wahrscheinlich in Kürze hinzukommen. In Westfalen-Lippe wurden nach einem Hausarzt-basierten Modell Verträge zur dieser Versorgungsform abgeschlossen.

Über die Auswirkungen dieser Neuerungen in der ambulanten Versorgungslandschaft auf das Gesamtgefüge der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden und eventuelle Veränderungen in Hinblick auf Versorgungs- und Sterbeorte der Patienten liegen derzeit noch keine gesicherten Erkenntnisse vor. Im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit kann weder für Nordrhein-Westfalen eine Netzwerkanalyse vorgenommen werden noch eine valide Aussage zu der Dynamik im Feld in Hinblick auf bedarfsrelevante Fragen für den Bereich der stationären Hospize. Dies solle prospektiv beforscht und nach drei Jahren evaluiert werden.

5 Bedarf stationäre Hospize für Kinder und Jugendliche

„In einem stationären Kinderhospiz kann die ganze Familie ab der Diagnosestellung einer lebensverkürzenden Erkrankung bei einem ihrer Kinder eine Atempause einlegen, um wieder Kraft zu schöpfen für ihren Alltag zu Hause. Weil von der Diagnosestellung bis zum Tod der Kinder in der Regel mehrere Jahre vergehen, sind die Aufenthalte in einem stationären Kinderhospiz zeitlich begrenzt. Nur in der Lebensendphase des Kindes kann die Familie unbegrenzt aufgenommen werden“, so der Deutsche Kinderhospizverein e.V. auf seiner Website.¹⁴

Über den Bestand stationärer Kinderhospize in Deutschland liegen zum Teil unterschiedliche Angaben vor (wie auch bereits für den Stand bei Erwachsenenhospizen in Kapitel 4.1 berichtet). Nach Recherche ist von folgenden Einrichtungen auszugehen:

Balthasar in Olpe (1998)⁶⁰

Bärenherz in Wiesbaden (2001)⁶¹

Bärenherz in Leipzig⁶²

Sonnenhof in Berlin (2002)⁶³

Löwenherz in Syke (2003)⁶⁴

Sternenbrücke in Hamburg (2003)⁶⁵

Regenbogenland in Düsseldorf (2004)⁶⁶

St. Nikolaus-süddeutsches Kinderhospiz in Bad Grönenbach⁶⁷

(Arche Noah in Gelsenkirchen, mit der Besonderheit des Anschlusses an eine Klinik⁶⁸) (nicht auf der Seite des Deutschen Kinderhospizvereins e.V. angegeben)

Als in Planung nennt der Deutsche Kinderhospizverein e.V. auf seiner Website: Mannheim und Schwerin.

In Nordrhein-Westfalen bestehen demnach drei Kinderhospize; Olpe, Düsseldorf und Gelsenkirchen – wobei Gelsenkirchen eine Besonderheit darstellt. Insgesamt verfügen diese Kinderhospize über 34 Betten.

Der Deutsche Kinderhospizverein e.V. hat seinen Schwerpunkt auf die ambulante Hospizarbeit verlagert. „Aufgrund vieler Rückmeldungen aus den stationären Einrichtungen und von Familien kommen wir jetzt aber zur Feststellung, dass es zurzeit in Deutschland keinen weiteren Bedarf an stationären Kinderhospizen gibt. Diese Aussage vertreten wir auch gegenüber der Politik. Wir sehen jedoch weiteren Bedarf an ambulanten Kinderhospizdiensten in Deutschland.“⁶⁹

Diese Meinung zum Bedarf wird auch durch die hier im Rahmen des Projekts durchgeführte Expertenbefragung gestützt und wurde ebenfalls von den eingeladenen Gästen der Runden Tische nahezu einstimmig geäußert (Vertreter in Aufbau befindlicher Organisationen ausgenommen).

Für eine Diskussion um den Bedarf an stationären Kinderhospizbetten sollte nach Expertenmeinung die Entwicklung in England nicht als Grundlage herangezogen werden. „Dort haben stationäre Kinderhospize viele Aufgaben wahrgenommen, für die es in Deutschland spezielle Versorgungsstrukturen gibt. Dies betrifft die Sozialpädiatrischen Zentren ebenso wie niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, Ambulante Kinderkrankenpflegedienste, Ambulante Kinderhospizdienste und Angebote der Jugend- und Sozialämter. Nicht zu vergessen, das Angebot der Sozialpädiatrischen Nachsorge (Bunte Kreise), die Verwaisten Eltern e.V. etc. D.h., die Anzahl an stationären Kinderhospizen in England sollte nicht dazu herangezogen werden, den Bedarf in Nordrhein-Westfalen zu berechnen. Es ist zudem in Großbritannien immer wieder vorgekommen, dass stationäre Kinderhospize, die mit einem enormen Aufwand an Spendengeldern gebaut wurden, wenige Jahre später ihre Türen schließen mussten, da in unmittelbarer Nachbarschaft eine andere Kinderhospizinitiative für den Bau eines neuen Kinderhospizes die Spenden akquirierte, die die anderen Kinderhospize zur Deckung ihrer Unterhaltungskosten dringend benötigen. (...) Der Bedarf der betroffenen Familien kann sicherlich nicht besser gedeckt werden, wenn

eines der etablierten und mit langjähriger Erfahrung arbeitenden Kinderhospize schließt und dafür andernorts ein stationäres Kinderhospiz seine Türen öffnet.“⁷⁰

Für eine Bedarfskalkulation ist daher in besonderer Weise ein Blick auf die spezifischen Gegebenheiten in Deutschland bzw. Nordrhein-Westfalen zu richten.

5.1 Aspekte für die Bedarfsplanung

Wie für die Zielgruppe der erwachsenen Schwerkranken und Sterbenden spielen auch hier demographische (Entwicklung der Bevölkerung insgesamt, Verteilung auf Altersgruppen, Lebenserwartung bei relevanten Erkrankungsgruppen), epidemiologische Entwicklungen (inklusive der Pflegebedürftigkeit) eine Rolle. Dabei ist jedoch zu beachten, dass

1. Unterschiede in Hinblick auf die Klassifizierungen von für die Palliativ- und Hospizversorgung relevanten Erkrankungen bestehen und 2. auch in Bezug auf die Einteilung der Altersgruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Abgrenzung zu den Erwachsenen. Gerade an der Schnittstelle junge Erwachsene/Erwachsene liegen zahlreiche Probleme der Abgrenzung und der Wahl der adäquaten Versorgungsform vor. Im Folgenden werden verfügbare Daten zu diesen Aspekten dargestellt.

5.1.1 Demographische Entwicklung in Nordrhein-Westfalen

Die demographische Entwicklung in Nordrhein-Westfalen insgesamt mit Stand vom 31.12.2008 und mit einer Hochrechnung für das Jahr 2030 ist im Kapitel 4.1.1 dargestellt; dort sind die Daten nach Kreisen und kreisfreien Städten präsentiert.

Für Nordrhein-Westfalen insgesamt zeigt sich eine demographische Entwicklung nach Altersgruppen wie folgt:

Bevölkerung 2008 bis 2050 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen					
Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung (01.01.)				
	2008	2015	2020	2025	2030
	%				
0 – 20	20,4	18,3	17,4	17,1	17,1
20 – 80	74,7	76,1	75,3	74,9	74,8
80 und mehr	4,8	5,8	7,2	8,0	8,1
Insgesamt*	100	100	100	100	100

*Fehlende Prozente sind Rundungen geschuldet

Tabelle 7: Bevölkerung 2008 bis 2030 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen
(modifiziert nach 33 und eigene Berechnungen)

Je nach Altersgruppe, die für eine Analyse der Population zugrunde gelegt wird, für welche ein Bedarf an pädiatrischer Palliativversorgung berechnet werden soll, kommt entweder die Gruppe der 0- bis unter 19-Jährigen (siehe Tabelle 7) oder der 0- bis 24-Jährigen (siehe Tabelle 8) in Betracht.

Bevölkerung 2008 bis 2050 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen					
Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung (01.01.)				
	2008	2015	2020	2025	2030
	%				
0 - 25	26	24,4	22,9	22,1	21,7
25 - 80	69,1	70	69,8	69,9	70,2
80 und mehr	4,8	5,8	7,2	8,0	8,1
Insgesamt	100	100	100	100	100

*Fehlende Prozente sind Rundungen geschuldet

Tabelle 8: Bevölkerung 2008 bis 2030 in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen (modifiziert nach33)

Dies wären 20,4 bis 17,1% für die erste bzw. 26 bis 21,7% für die zweite Grundgesamtheit auf der Basis der jeweiligen Bevölkerungszahl in Nordrhein-Westfalen.

Während die Hochrechnung für den Anteil der nach dieser Einteilung jungen Menschen sinkende Werte zeigt, bleibt der Anteil der Menschen, die vom Alter her zur (pflegenden) Elterngeneration schwerkranker Kinder gehören, ungefähr gleich und nur die Gruppe der Hochaltrigen über 80 Jahre wird zunehmen.

Die absolute Zahl der Menschen insgesamt und damit auch in diesen Altersgruppen wird abnehmen. Absolute Zahlen finden sich in Tabelle 23.

Jahr	bis unter 20	bis unter 25	Gesamte Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen
2008	3 662 949	4 696 980	17 996 621
2015	3 253 893	4 319 754	17 775 338
2020	3 074 921	4 055 657	17 668 201
2025	2 997 387	3 872 193	17 532 728
2030	2 955 320	3 757 019	17 332 322

Tabelle 23: Absolute Zahlen der Bevölkerungsentwicklung in Nordrhein-Westfalen (berechnet nach auf Anfrage übermittelten Zahlen von IT.NRW)

Bei Vorausberechnungen gilt es jedoch zu beachten, dass diese immer Schätzungen auf Grundlage aktuell vorhandener Parameter sind. Nicht vorhersehbare zukünftige Ereignisse

können diese obsolet machen. Auch können die demographischen Daten nicht unabhängig von der Berücksichtigung der epidemiologischen Daten bzw. Entwicklung gewertet werden.

5.1.2 Epidemiologische Entwicklung in Nordrhein-Westfalen

Im Rahmen einer umfangreichen Begleitforschungsarbeit zur ambulanten Palliativversorgung von Kinder und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen sind für das Jahr 2007 bereits Daten zur Mortalität und Epidemiologie von Kindern und Jugendlichen mit dem Ziel aufbereitet worden, „eine möglichst genaue Schätzung der Zahl derjenigen Kinder und Jugendlichen zu erhalten, die aufgrund einer Erkrankung oder eines Zustands gestorben sind, die eine Palliativversorgung erforderlich machen bzw. machen können“.⁷⁷

Die Autoren identifizierten bei der systematischen Untersuchung der bestehenden Literatur zu pädiatrischer Palliativversorgung auf unterschiedlichen Ebenen Probleme, die eine genaue Einschätzung der epidemiologischen Situation und des Bedarfs an Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche erschweren. Diese werden im Folgenden zitiert.

Hierzu gehören Probleme der Definition und Semantik. Die Begriffe lebensbedrohlich (life-threatening) und lebensverkürzend (life-limiting) werden in der palliativmedizinischen Literatur und in der Diskussion um den Bedarf nicht einheitlich verwendet und bleiben oft unklar definiert.^{71,72} Die Differenzierung ist häufig schwierig, wenn sich der Zustand im Krankheitsverlauf eventuell auch mehrfach ändert.⁷²

Bei Zernikow und Henkel fanden sich jedoch folgende Definitionen:⁷³

Für lebensbedrohliche Erkrankungen gibt es potenziell kurative Therapien, ein Therapieversagen ist jedoch nicht unwahrscheinlich. Pädiatrische Palliativversorgung kann während der Phase eines unklaren Therapieerfolges oder bei Therapieversagen notwendig werden.

Lebenslimitierende Erkrankungen sind definiert als Erkrankungen ohne realistische Hoffnung auf Heilung. Die betroffenen Kinder/Jugendlichen erkranken vor dem 18. Lebensjahr und werden mutmaßlich vor Erreichen ihres 40. Lebensjahrs versterben.

Ein weiteres Problemfeld sind unterschiedliche Einteilungen und Klassifikationen (z. B. ICD-9, ICD-10, Organsysteme, Erkrankungsgruppen nach ACT), was dazu führt, dass die epidemiologischen Schätzungen in der Literatur nicht eindeutig vergleichbar sind. Auch

werden unterschiedliche Altersgrenzen angegeben (0–19 Jahre, 1–19 Jahre, 0–17 Jahre, 0–16 Jahre, 1–15 Jahre). Zudem haben Kinder mit ein und derselben Diagnose nicht notwendigerweise die gleiche Prognose bzw. nimmt ihre Erkrankung nicht zwangsläufig einen ähnlich lebenslimitierenden Verlauf.⁷⁴ Schließlich besteht eine Überschneidung der Angebote und Inanspruchnahme von Diensten für Kinder und Jugendliche mit schweren Behinderungen und Diensten der Palliativversorgung.⁷⁵ Insgesamt zeigt sich also, dass die Population der Kinder und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen in der Fachwelt bisher nicht klar definiert und abgegrenzt werden kann.

Ein weiteres Problem sind Schätzgrößen zu Inzidenz und Prävalenz lebensverkürzender Erkrankungen.⁷⁷

Die Inzidenz ist die Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in einer bestimmten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. über einen bestimmten Zeitraum mit einer lebensverkürzenden Erkrankung geboren werden oder neu erkranken.

Die Prävalenz beschreibt die Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit einer lebensverkürzenden Erkrankung in einer bestimmten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. über einen bestimmten Zeitraum.

Die Mortalität gibt die Anzahl von Kindern und Jugendlichen wieder, die in einer bestimmten Population über einen bestimmten Zeitraum hinweg an den Folgen einer lebensverkürzenden Erkrankung sterben.

Hierzu gibt es keine akkuraten lokalen, nationalen oder internationalen Daten. Alle publizierten Inzidenz-/Prävalenzstudien basieren auf der Inzidenz von Todesfällen und nicht auf der Häufigkeit von Diagnosen, da bisher keine Informationssysteme existieren, die eindeutig und vollständig Kinder mit lebensbedrohlichen Erkrankungen zum Zeitpunkt der Diagnose identifizieren können. Schätzungen der Prävalenz können somit (a) entweder von der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und Diensten oder (b) von speziell hierzu konzipierten Bevölkerungsstudien abgeleitet werden.⁷¹ Die meisten Schätzungen basieren auf Todesurkunden. Diese geben jedoch nur eine einzelne Todesursache wieder, die darüber hinaus fehlerhaft oder ungenau sein kann.⁷⁶ Veränderungen in der jährlichen Anzahl von Todesursachen und Mortalitätsraten können außerdem zum Teil auf sich über die Zeit verändernde Trends bezüglich der Diagnosen zurückgehen, die nach aktuell vorherrschender

Meinung als Todesursache angegeben werden.⁷⁶ Die Inzidenz und Prävalenz von lebensverkürzenden Erkrankungen verändern sich über die Zeit hinweg aufgrund von (a) pränataler Diagnostik, (b) besseren Behandlungsmöglichkeiten, (c) der Diagnostik und Erkennung neuer Krankheitsbilder.⁷⁴ Die tatsächliche Fallzahl kann unterschätzt werden, da Patienten retrospektiv (a) nicht erinnert werden oder (b) nicht als lebenslimitierend erkrankt eingestuft werden.⁷⁴ Die Anzahl der Patienten mit lebenslimitierenden Krankheiten wird bei Kindern mit schweren Mehrfachbehinderungen vermutlich unterschätzt, da behandelnde Ärzte diesen Symptomkomplex selten als lebenslimitierend wahrnehmen oder benennen.⁷¹ Die Prävalenz kann nur dann aus der Inzidenz abgeleitet werden, wenn man die Lebenserwartung einschätzen kann.⁷¹ Oft wird jedoch erst Stunden oder Tage vor dem Tod eines Kindes definitiv festgehalten, dass die Erkrankung zum Tode führen wird.⁷⁴

Die Autoren der Begleitforschungsstudie um Saskia Jünger haben basierend auf der Todesursachenstatistik des Landes Nordrhein-Westfalen 2007 eine Übersicht zu Kindern und Jugendlichen zusammengestellt, bei welchen ein Bedarf an Palliativversorgung wahrscheinlich und bei welchen ein solcher Bedarf eher nicht wahrscheinlich ist. Im Sinne einer konservativen Schätzung der Mortalität aufgrund von lebenslimitierenden Erkrankungen wurden dabei die folgenden Ursachen ausgeschlossen: Verletzungen, Vergiftungen oder andere äußere Ursachen, Infektionen und parasitäre Krankheiten, Symptome und Laborbefunde, nicht andernorts klassifiziert (u. a. plötzlicher Kindstod), psychische und Verhaltensstörungen. Diese Entscheidung wurde getroffen, obwohl – wie die Autoren darlegen - einige Kinder und Jugendliche dieser Gruppe, zum Beispiel Überlebende von Unfällen, dennoch möglicherweise Palliativversorgung hätten benötigen können. (...) Jede einzelne Diagnose der den Autoren vorliegenden Daten wurde durch zwei erfahrene pädiatrische Palliativmedizinerinnen auf das Kriterium des wahrscheinlichen Palliativversorgungsbedarfs hin überprüft und einer der vier Krankheitsgruppen nach ACT (Association for Children with Life Threatening or Terminal Conditions and their Families) zugeordnet. Eine Erläuterung zu diesen Krankheitsgruppen findet sich in Anhang 13. Zusätzlich zu den Erkrankungsgruppen 1–4 wurde eine Gruppe von Todesursachen gebildet, bei denen eine eindeutige Zuordnung nicht möglich ist, sowie eine Gruppe von Todesursachen, bei denen der Bedarf an Palliativversorgung zu Lebzeiten des Kindes oder Jugendlichen mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann.⁷⁷

GRUPPE (nach ACT)	ANZAHL DIAGNOSEN (ICD-10 Codes)	ART DER DIAGNOSEN	ANZAHL ALTER 0 bis 19	ANZAHL ALTER 20 bis unter 25
1	56	Neubildungen (v. a. des Gehirns), Herzkrankheiten und angeborene Fehlbildungen des Herzens	213	56
2	37	Immundefekte, muskuläre Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, angeborene Fehlbildungen der Muskeln und Atemwege	157	15
3	18	Stoffwechselkrankheiten, angeborene Abweichungen (v. a. Edwards- und Patau-Syndrom)	48	8
4	28	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht (n = 275), Zerebralpareesen, Tetraplegien, Schädigungen der Feten und Neugeborenen, angeborene Abweichungen (v. a. Fehlbildungen des Gehirns)	373	11
gesamt 1-4	128	Kinder und Jugendliche, bei denen der Bedarf an Palliativversorgung wahrscheinlich ist	791	90
5	19	Entwicklungsstörungen, Epilepsie, bestimmte Herz- und Atemwegserkrankungen, bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	42	17
6	97	Infektiöse und parasitäre Erkrankungen, psychische und Verhaltensstörungen, bestimmte Herz- und Atemwegserkrankungen, unklare Todesursachen (z.B. Fieber, Schock, SIDS), Verletzungen, Vergiftungen und sonstige Folgen äußerer Ursachen	460	288
gesamt	88	Kinder und Jugendliche, bei denen der Bedarf an Palliativversorgung wahrscheinlich ausgeschlossen werden kann	502	305
gesamt	216	alle Todesursachen	1293	395

Tabelle 24: Todesursachen in NRW im Jahr 2007 nach Erkrankungs- und Altersgruppen, modifiziert nach⁷⁷

Die Tabelle 24 ist eine erweiterte Version einer Zusammenstellung zu Todesursachen, die von Jünger et al. im Rahmen des Abschlussberichts zur Begleitforschung der ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen in NRW erstellt wurde.⁷⁷ Umfangreiche Darstellungen zu Prävalenz und Inzidenz finden sich im Evaluationsbericht.⁷⁷

Ursprünglich enthielt die Tabelle nur eine Darstellung der Altersgruppe von 0-19 Jahren. Die Zielgruppe pädiatrischer Palliativversorgung wurde durch die Autoren aufgrund der bereits geschilderten theoretischen Überlegungen (siehe Kapitel 4.1.1 und 5.1.1) um Personen mit einem Alter von 20 bis unter 25 Jahren erweitert.

Frau Jünger stellte den Autoren zu diesem Zweck freundlicherweise eine unter Microsoft Excel erstellte Datentabelle zur Verfügung, die bereits zur Erstellung der ursprünglichen Tabelle genutzt wurde. Diese wurde durch zusätzliche Daten ergänzt, die vom Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) nach Anfrage zugänglich gemacht wurden (Todesursachen NRW 2007; Alter 20-unter 25 Jahre, ICD 10-Codes nach WHO).

Die Gesamtzahl von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Altersgruppe von 0 bis unter 25 Jahre betrug im Jahr 2007 4.696.980 (Stichtag 31.12.2007).⁷⁸

Aus dieser Gruppe verstarben 1.688 Personen.⁷⁹ Die Gesamtzahl der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Altersgruppe 0 bis unter 20 Jahre betrug zum gleichen Stichtag 3.662.949. Aus dieser Altergruppe verstarben 1.293 Personen.

Ergänzt durch die Gruppe der jungen Erwachsenen von 20 bis unter 25 Jahren, ergibt sich eine Zahl von 881 Verstorbenen (52,2% aller Todesfälle von 0 bis unter 25 Jahren), bei welchen für die Zeit der Erkrankung dauerhaft oder sporadisch ein Bedarf an Palliativversorgung angenommen werden muss.

Die Ergebnisse der Expertenanalyse der Todesursachen in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2007 durch Jünger et al. sowie die Nachberechnung für die weitere Altersgruppe legen nahe, dass die Mortalitätsschätzung anhand der Ergebnisse der Literaturrecherche die tatsächliche Mortalität eher unterschätzt. Hierzu führen Jünger et al. aus:⁷⁷

Fasst man die Schätzungen der internationalen Literatur zusammen, kommt man bezüglich der epidemiologischen Situation lebenslimitierender Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu folgenden Ergebnissen:

- Prävalenz/Morbidität: 10 bis 15 auf 10.000 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 19 Jahren
- Mortalität: 1 bis 3,6 auf 10.000 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 bzw. 19 Jahren
- Bedarf: 1 bis 10 auf 10.000 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 19 Jahren benötigen Palliativversorgung.

Rechnet man diese Zahlen auf Nordrhein-Westfalen um, so kommt man bei einer Population von 3.600.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 19 Jahren konservativ gerechnet zu folgenden Schätzungen:

- Prävalenz/Morbidität: 3.600 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 19 Jahren
- Mortalität: 360 Kinder und Jugendliche sterben im Jahr an den Folgen einer lebenslimitierenden Erkrankung.

- Bedarf: 360–3.600 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 19 Jahren benötigen zu jedem Zeitpunkt Palliativversorgung.

Dass es sich hierbei um eine konservative Schätzung anhand der unteren Grenze der Schätzwerte handelt, zeigt bereits die Todesursachenstatistik Nordrhein-Westfalen. Kommt noch die weitere Altersgruppe hinzu, muss von einer höheren Prävalenz sowie von einem höheren Bedarf ausgegangen werden.

5.1.3 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen

Zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen liegen umfangreiche Daten und Hochrechnungen vor, welche teilweise veröffentlicht wurden.⁴⁷ Grundsätzliches zur Berechnung findet sich in Kapitel 4.1.3 (Pflegebedürftigkeit Erwachsene).

Für den 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen konnte aus den von IT.NRW ergänzend zur Verfügung gestellten Daten Folgendes zur Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen berechnet werden:

Pflegebedürftige 2007 nach Altersgruppen und Geschlecht			
	insgesamt	davon männlich	davon weiblich
unter 5 - 20	20 814	10 957	9 857
unter 5 - 25	24 560	12 937	11 623

Tabelle 25: Zusammenstellung nach möglichen Alterseinteilungen für die potenziellen Hospizpopulationen von Kindern und Jugendlichen (modifiziert nach⁴⁷ und zur Verfügung gestellten weiteren Daten III)

Wird als Grundlage die Altersgruppe unter 5 bis unter 20 Jahren angenommen, so bedeutete eine Entscheidung für eine Erweiterung auf bis unter 25 Jahren eine Zunahme der Population (in Abhängigkeit epidemiologischer und anderer Faktoren) auf 118% dieser Grundgesamtheit.

In beiden Altersgruppen sind 53% männlich.

Weiter differenzierte Daten zu Leistungsbeziehern aus dem Jahre 2007 wurden aufbereitet und finden in sich Anhang 12.

5.1.4 Netzwerke

Anhand bisheriger Schätzungen kann davon ausgegangen werden, dass in Nordrhein-Westfalen circa 3.600 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 19 Jahren mit einer lebenslimitierenden Erkrankung leben. Konservativ geschätzt benötigen in NRW zu jedem Zeitpunkt etwa 360 Kinder und Jugendliche in dieser Altersspanne Palliativversorgung. Berücksichtigt man zudem noch die Altersgruppe bis unter 25 Jahren, erhöht sich dieser Anteil dementsprechend (siehe Tabelle 24).

Im Bereich der Palliativ- und Hospizversorgung sind unterschiedliche Dienste und Einrichtungen in die Versorgung der Betroffenen involviert. Hierzu gehören⁸:

- niedergelassene Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärzte
- Sozialpädiatrische Zentren
- ambulante Kinderkrankenpflegedienste
- ambulante Kinderhospizdienste
- Trauergruppen für Kinder und Eltern, Geschwistergruppen
- „Bunte Kreise“ (sozialpädiatrische Nachsorge)
- Kinderkliniken
- stationäre Kinderhospize oder
- stationäre Angebote der Kurzzeitpflege
- klinikgestützte, multiprofessionelle „Brückenteams“
- Palliativstation für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (eine, Datteln, Nordrhein-Westfalen)

Hinzu kommen vielfältige lokale Angebote der Organisation Verwaiste Eltern⁸⁰, der Kirchen oder der Jugendämter.

Wie im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung von Erwachsenen, ist auch hier wenig Valides über Qualität und Outcome von Netzwerkarbeit für den Gesamtbereich Nordrhein-Westfalen bekannt. Die Ergebnisse der Begleitforschung für den Teilaspekt der spezialisierten pädiatrischen Palliativversorgung im ambulanten Bereich von Jünger et al. haben bestätigt, dass zwei spezialisierte Teams für eine flächendeckende Versorgung in Nordrhein-Westfalen den Bedarf bei Weitem nicht decken. Gemäß den Maßstäben der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) für eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV sollte ein pädiatrisches Palliative-Care-Team 30–50 Kinder und Jugendliche pro Quartal versorgen; die maximale Entfernung für eine aufsuchende Bereitschaft sollte 120 Kilometer betragen.⁸¹ Für das Bundesland Bayern wurden sechs Teams zur flächendeckenden Versorgung vorgeschlagen.⁸² NRW ist flächenmäßig ziemlich genau halb so groß wie Bayern, die Einwohnerzahl ist jedoch um fünfeinhalb Millionen höher und die Bevölkerungsdichte nahezu dreimal so hoch. Der Anteil der unter 25-Jährigen ist für beide Bundesländer identisch (Stand: 31. Dezember 2008, Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung und Information und Technik Nordrhein-Westfalen; Geschäftsbereich Statistik, zitiert nach⁷⁷). Auf dieser Grundlage wurde der Bedarf an Teams für die spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV) für Nordrhein-Westfalen zur Zeit der Begleitforschung auf sechs bis acht Teams geschätzt, und zwar drei Teams für den Landesteil Westfalen-Lippe und weitere drei bis fünf Teams für den Landesteil Nordrhein.

Auswirkungen der Arbeit der bereits bestehenden und eventuell noch zu implementierenden SAPPV-Teams in Bezug auf versorgungsrelevante Veränderungen im gesamten Netzwerk der pädiatrischen Palliativversorgung sollten auch dahingehend beforscht und evaluiert werden, inwiefern die Änderung in der Versorgungslandschaft Nachhalleffekte auf den Bedarf an stationären Hospizen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene haben könnte.

Berichtet wurde bei den Runden Tischen zudem, dass junge Erwachsene mit Krankheitsbildern, die einer palliativmedizinischen und/oder hospizlichen Versorgung bedürfen, zum Teil (kurzzeitig oder dauerhaft) in Einrichtungen betreut werden, in welchen sie eine Minderheit darstellen und die nicht umfassend auf die Bedürfnisse dieser jungen

Menschen eingehen können. Hier scheint eine Versorgungssituation zu bestehen, die noch einer Optimierung bedarf.

6 Ergebnisse, Untersuchungen, Befragungen, Analysen

6.1 Runde Tische

Runder Tisch Institutionen/Dachverbände (31.05.2010, Bonn)

Um alle bedeutsamen Aspekte für eine Bedarfsplanung im Rahmen einer Experten-Fokusgruppe zu diskutieren, wurden zunächst Vertreter von relevanten Institutionen bzw. deren Dachverbänden zu einem Runden Tisch eingeladen (siehe Anhang 2 und Anhang 4). Die Auswahl der einzuladenden Vertreter erfolgte unter Rücksprache mit ALPHA Rheinland. Der Runde Tisch fand am 31.05. 2010 im Zentrum für Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus Bonn Rhein/Sieg statt. Insgesamt nahmen elf Vertreter am Runden Tisch teil.

Regionale Runde Tische (12.07.2010, Köln/ 14.07.2010, Münster)

Für die nachfolgenden regionalen Runden Tische wurden Vertreter aller stationären Hospize in NRW eingeladen, die sich an der Befragung „Bestand stationärer Hospize NRW 2009“ von ALPHA Rheinland und ALPHA Westfalen beteiligt hatten. Zusätzlich erfolgte auch eine Einladung an Vertreter relevanter Institutionen, die bereits am Runden Tisch in Bonn teilgenommen hatten. Die Vertreter der stationären Hospize wurden auf Grundlage eines von ALPHA Rheinland zur Verfügung gestellten Adressenverzeichnisses angeschrieben, das auf eigenen Angaben der stationären Hospize beruht (siehe Anhang 1). Zunächst wurden aufgrund der Zahl potentieller Teilnehmer jeweils zwei Termine für die Bereiche Rheinland und Westfalen in Köln und Münster angesetzt. Aufgrund einer geringen Rückmeldung wurden in Rücksprache mit den ALPHA-Stellen die Termine zusammengelegt, so dass pro Bereich jeweils nur noch ein Runder Tisch stattfand.

Der Runde Tisch für den Bereich Rheinland fand am 12.07.2010 im Dr. Mildred Scheel Haus in Köln statt. Es nahmen sieben Vertreter stationärer Hospize teil, die insgesamt sechs Einrichtungen repräsentierten. Vertreter von Institutionen/Dachverbänden waren nicht anwesend.

Der Runde Tisch für den Bereich Westfalen fand am 14.07.2010 im Stadtweinhaus in Münster statt. Es nahmen 13 Vertreter von stationären Hospizen teil, die insgesamt zehn

Einrichtungen repräsentierten. Zusätzlich nahmen noch jeweils ein Vertreter von Diakonie, Krankenkassen, ALPHA-Stellen und der Stadt Münster teil.

Ergebnisse

Im Rahmen der Runden Tische wurden folgende Elemente als relevant für eine Bedarfsplanung erachtet (für eine erweiterte Darstellung siehe die Protokolle im Anhang (Anhang 4 bis Anhang 6)):

- **Netzwerke:**
Die Wichtigkeit funktionierender Netzwerke wird allenthalben betont. Zu einem funktionierenden Netzwerk können u.a. gehören: Krankenhäuser (Palliativstationen), Arztpraxen, Altenheime, Sozialdienste, Ambulante Pflegedienste/SAPV, Apotheken etc.
- **Definition Hospizpatient:**
Aufgrund von Erfahrungen mit Patienten, die zu einem sehr späten Zeitpunkt ins Hospiz kommen und nicht über ihre Situation aufgeklärt sind, wäre es wichtig zu wissen, nach welchen Kriterien Krankenhäuser oder medizinische Dienste einen Hospizaufenthalt indizieren (medizinisch, pflegerisch, psychosozial) und wie sie ihre Einschätzungen den Patienten kommunizieren.
Gleichzeitig sollte beachtet werden, dass aufgrund des mittlerweile entstandenen Kostenvorteils gegenüber Altenheimen vermehrt Gäste ins Hospiz kommen, die eigentlich keiner Hospizbehandlung bedürfen und teilweise überdurchschnittlich lange im Hospiz verweilen.
- **Spezialisierung von Hospizen**
Bei einer Spezialisierung von Hospizen gilt es zu beachten, inwieweit die Wohnortnähe der Gäste noch gegeben ist. Gleichzeitig bleibt es fraglich, ob ein Hospiz sich bei entsprechender Spezialisierung überhaupt finanziell tragen kann. Bei allen Überlegungen sollte zudem der Hospizgedanke nicht vergessen werden, dem eine Spezialisierung im Grunde widerspricht.

- **Flexiblere bzw. erweiterte Nutzung**
Eine Kurzzeitpflege zur Entlastung von Angehörigen im Hospiz bei insgesamt derzeit sehr wenigen Kurzzeitpflegeplätzen wäre denkbar. Zudem sollte neben Tageshospizen auch die Einrichtung von Nachthospizen diskutiert werden.
- **Fallverantwortung**
Die Wichtigkeit einer klaren Fallverantwortung im ambulanten Bereich wird allenthalben betont.
- **Kinderhospize**
Es wird darauf hingewiesen, dass valide Zahlen zu betreuten Kindern nur schwer zu ermitteln sind, da sie in verschiedenen Einrichtungen des Netzwerks erfasst werden. Anders als im Erwachsenenbereich spielen Kurzzeitpflegeeinrichtungen eine wichtige Rolle.
- **Zukünftige Entwicklungen**
Als besonders wichtig für die zukünftige Entwicklung lassen sich folgende Fragen formulieren:
Inwieweit werden alle Personen, die eine palliative Versorgung benötigen, über die entsprechenden Angebote informiert?
Wie wird mit dem steigenden Bedarf bei nichtonkologischen Patienten umgegangen?
Welche Folgen hat die flächendeckende Einführung von SAPV?

Berücksichtigung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Diskussionen im Rahmen der Runden Tische wurden im weiteren Verlauf der Bedarfserhebung berücksichtigt. So wurde beispielsweise ein Fragebogen (siehe Anhang 8) zur Zusammenarbeit und zu möglichen Barrieren im Netzwerk erarbeitet, der an alle stationären Hospize gesandt wurde. Die Ergebnisse werden in Kapitel 6.3 dargestellt.

Über den Rahmen des Bedarfserhebungsauftrags hinaus zielte die Frage, wie Krankenhäuser oder medizinische Dienste Hospizpatienten definieren bzw. wie Einschätzungen kommuniziert werden. Hierzu bedarf es einer eigenständigen Befragung entsprechender Einrichtungen, die entsprechende zeitliche und finanzielle Ressourcen erfordert.

6.2 Ergänzende Analysen aus dem Bericht der ALPHA-Stellen

Die ALPHA-Stellen führten mit Unterstützung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW im Jahr 2009 eine schriftliche Befragung bei allen stationären Hospizen (n=58) in NRW durch. Für die hier vorliegende Auftragsarbeit wurden aus dem Datensatz zur Befragung weite Teile der Ergebnisse für die Analyse berücksichtigt.³

Bei den Fragen

- zu Alter (Frage 3: Durchschnittsalter der Hospizgäste in Jahren),
- Aufenthalt (Frage 18: Mittlere Aufenthaltsdauer in Tagen),
- Erkrankung (Frage 16: Krankheitsbilder der Patienten in %) und
- Pflegestufe (Frage 17: Pflegestufe der Patienten in %)

wurden die Daten nochmals mit dem Faktor Zahl der Gäste pro Jahr für das Jahr 2008 gewichtet. Dies gewährleistet, dass jedes Hospiz entsprechend seiner Gästezahl anteilig berücksichtigt wird, ein Hospiz mit vergleichsweise vielen Gästen also auch entsprechend stärker in die Berechnung einfließt als ein Hospiz mit nur wenigen Gästen und damit Verzerrungen beseitigt werden. Aufgrund der Gewichtung konnten in die Berechnungen nur vollständig ausgefüllte Items einfließen.

Es ergaben sich folgende Ergebnisse:

Alter der Bewohner von Hospizen für Erwachsene (n=42 Hospize): 68,4±4,97 Jahre (Range 56-76 Jahre)

Aufenthalt (n=40 Hospize): 23,7±8,88 (Range 10,75-64,2)

Art der Erkrankung	Anteil in % der Hospizgäste
Fortgeschrittene Krebserkrankung	93,39
Endzustand chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung	0,40
Erkrankungen des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen	2,70
Patienten mit dem Krankheitsvollbild AIDS	4,43
Patienten mit anderem Krankheitsbild	1,90
Gesamt	102,82

Tabelle 26: Erkrankungen Hospizgäste Nordrhein-Westfalen 2008 von n=43 Hospizen

Die Art der Erkrankungen ist Tabelle 26 zu entnehmen, die Pflegestufen Tabelle 27.

Pflegestufe	Anteil in %
1	21,9
2	59,7
3	14,8
ohne	5,0
Gesamt	101,5

Tabelle 27: Pflegestufen der Hospizgäste Nordrhein-Westfalen 2008 von n=35 Hospizen

Bei Betrachtung der von den Hospizen rückgemeldeten Daten ist nicht ersichtlich, ob die befragten Hospize exakt dokumentierte Angaben machen konnten oder es sich dabei um Schätzungen handelt. Die Angaben zu prozentualen Anteilen von Erkrankungen und Pflegestufen weisen zudem summiert Werte über 100% auf. Hierbei kann nicht verifiziert werden, ob etwaige mehrfach berücksichtigte Patienten zu diesen Ergebnissen führten oder ob Fehler bei der Dokumentation oder dem Ausfüllen des Fragebogens gemacht wurden. Es wird aber angenommen, dass z.T. mehrere Erkrankungen/pro Patient mit angegeben wurden.

6.3 Netzwerkbefragung

Zielsetzung der Netzwerkbefragung war es, den Ist-Zustand vorhandener Netzwerke bei stationären Hospizen abbilden zu können (zur Methode: siehe Kapitel 2.5). Funktionierenden Netzwerken kommt in der Hospiz- und Palliativversorgung eine besondere Bedeutung zu.

„Mit Versorgungsnetzwerken als abgestimmten, koordinierten Versorgungsformen verbindet sich die berechtigte Aussicht auf eine bessere Hospiz- und Palliativversorgung. Berechtigt deswegen, weil die Schwierigkeiten der sektoralen und differenzierten Versorgung überwunden werden können, weil unterschiedliche Institutionen und Professionen gemeinsam die Versorgung erbringen und weil dadurch eine dem individuellen Bedarf angemessene Versorgung, insbesondere hinsichtlich der kontinuierlichen Verfügbarkeit, der Integration verschiedenster Hilfen und der Abnahme unnötiger Krankenhausaufenthalte möglich erscheint.“⁸³

Im Rahmen der Runden Tische verwiesen außerdem verschiedene Vertreter von Institutionen/Verbänden und stationären Hospizen auf den Einfluss des Status quo der Netzwerke und der Qualifizierung der dort agieren Akteure auf den Bedarf an Hospizplätzen.

Derzeit liegen keine umfassenden empirischen Forschungsergebnisse zu Netzwerken im stationären Hospizbereich vor. Entsprechende Schwierigkeiten bei der Bestimmung von Definitionen, Qualitäts- und Outcomekriterien von Netzwerken werden in der Literatur diskutiert.⁸³ In der hier vorgestellten Netzwerkbefragung wurden aus diesem Grund nur subjektive Einschätzungen zu einzelnen Aspekten von Netzwerken eingeholt und versucht die Bandbreite der Kooperationen im Netzwerk abzubilden sowie bestimmte strukturelle oder andere Defizite zu erfragen, die auch bei den Runden Tischen thematisiert worden sind.

Durch offene und geschlossene Fragen zu den Themenbereichen (nicht) anfragende Einrichtungen/Dienste/Personen, Anfrageschwankungen, (nicht) kooperierende Einrichtungen/Dienste/Personen in der Versorgung, Versorgung durch Hausärzte im Hospiz, Barrieren im Netzwerk und Verbesserungsbedarf im Netzwerk sollten Hinweise auf den derzeitigen Zustand, mögliche Probleme und zukünftige Entwicklungen gegeben werden, die wichtig für eine Bedarfsplanung sind.

Die Befragung richtete sich inhaltlich vornehmlich an Erwachsenen hospize. Dennoch wurden auch alle Kinder hospize gebeten, an der Befragung teilzunehmen, da einige der Fragen auch

für diese Einrichtungen relevant waren und sich durch Kommentare zu nichtzutreffenden Fragen/Items Hinweise für zukünftige Befragungen ergeben könnten.

Von 59 angeschriebenen stationären Hospizen beteiligten sich insgesamt 26 Einrichtungen an der Befragung (24 Erwachsenen hospize, 2 Kinderhospize). Dies entspricht einer Rücklaufquote von 44,1%. Der letzte Bogen ging am 1. Oktober 2010 ein. Von den stationären Hospizen, die sich nicht an der Erhebung beteiligten, gab es bezüglich der Nichtteilnahme zum Teil Rückmeldungen (zu hoher Aufwand, Bedenken wegen einzelner Items). Ein erst kurz vor dem Befragungszeitpunkt gegründetes stationäres Hospiz, das nach eigener Aussage über noch nicht genügend Erfahrung verfügt, um den Bogen adäquat ausfüllen zu können, beteiligte sich aus diesem Grund ebenfalls nicht.

Die Fragebögen wurden vollständig mittels der Statistiksoftware PASW Statistics 18 (in früheren Versionen unter dem Namen SPSS vertrieben) erfasst und ausgewertet. Weitere Analysen erfolgten unter Verwendung der Programme Microsoft Word und Microsoft Excel.

In der folgenden Darstellung werden auszugsweise die wichtigsten Ergebnisse der Befragung vorgestellt. Wenn nicht anders angegeben, liegt die Zahl der analysierten Fragebögen jeweils bei n=26.

Anfrageschwankungen

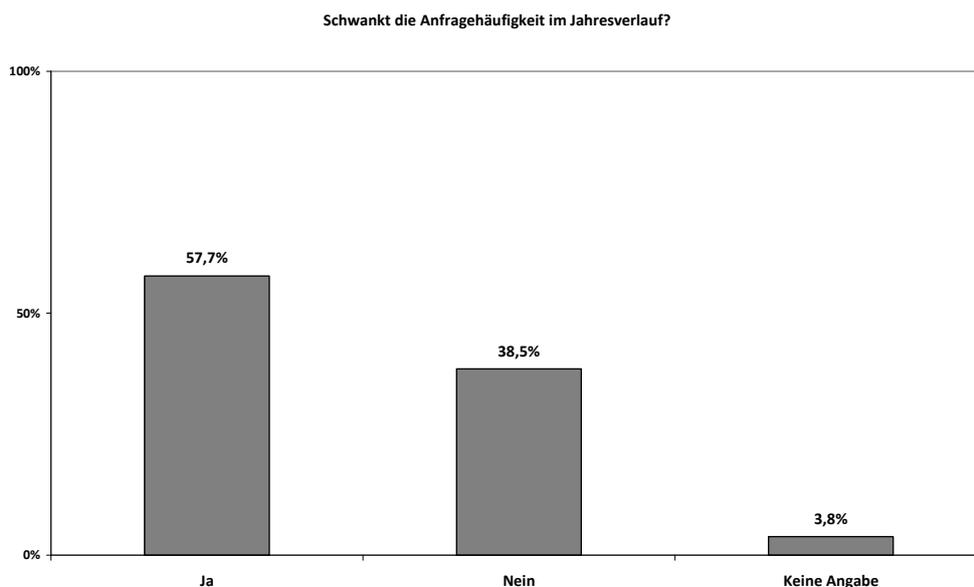


Abbildung 3: 2: Schwankt die Anfragehäufigkeit der Einrichtungen im Jahresverlauf?

Über die Hälfte der Befragten (15 von 26) gibt an, dass die Anfragen im Jahresverlauf schwanken. Von diesen 15 stationären Hospizen nennen fünf konkrete Einrichtungen/Dienste/Personen, deren Anfragen schwanken und machen Angaben zu Gründen/Anlässen (Frage 3: Falls Sie bei diesen Einrichtungen Anlässe und/oder Gründe für die Schwankungen der Anfragehäufigkeit angeben können (...), so vermerken Sie diese bitte in der folgenden Tabelle). Die offenen Antworten (Freitextfelder in Tabelle) wurden zusammengefasst und kategorisiert.

Art der Einrichtung	Anlass/Grund für Schwankung	Anzahl Nennungen
Krankenhaus	Abwesenheit Sozialarbeiter	4
Krankenhaus	Abwesenheit Oberarzt der Palliativstation	1
Krankenhaus	Ausbau des krankenhauseigenen Palliativangebots	4
Krankenhaus	Eröffnung eines näher gelegenen Hospizes	3

Tabelle 28: 3: Gründe für Anfrageschwankungen bei konkreten Einrichtungen (Mehrfachnennungen möglich)

Die Antworten beziehen sich alle auf kooperierende Krankenhäuser. Benannt werden bestimmte (abwesende) Funktionsträger (Sozialarbeiter, Oberarzt), krankenhauserinterne (Erweiterung eigenes Palliativangebot) und externe Gründe (Eröffnung näher gelegenes Hospiz).

Insgesamt 14 stationäre Hospize beantworten die Frage zu allgemeinen Gründen für Anfrageschwankungen (Frage 4: Können Sie unabhängig von bestimmten Einrichtungen Anlässe und/oder Gründe für Anfrageschwankungen nennen? Wenn ja, welche wären das?).

Die offenen (Freitextfelder) wurden zusammengefasst und kategorisiert.

Anlass/Grund für Schwankung	Anzahl Nennungen
(Schul)Ferien- und Weihnachtszeit	8
Platzmangel in Krankenhäusern	1
Reaktionen auf Akquise	1
Bevorzugung anderer Hospize	1
Schwankungen zwar feststellbar, Gründe aber nicht bestimmbar	5

Tabelle 29: 4: Allgemeine Gründe für Anfrageschwankungen (Mehrfachnennungen möglich)

Überwiegend werden Ferien- und Weihnachtszeit als ursächlich für Anfrageschwankungen benannt. Hier muss innerhalb der gebildeten Antwortkategorie zwischen Erwachsenen- und Kinderhospizen differenziert werden. Die Vertreter der Erwachsenenhospize können einen Nachfragerückgang während der Ferienzeiten feststellen. Das Kinderhospiz, das Angaben bei dieser Frage machte, berichtet von einem Anstieg der Nachfrage während der Ferienzeiten. Ein bestimmter Anteil der Befragten stellt zwar Schwankungen fest, kann aber keine bestimmten Gründe und/oder Anlässe angeben.

Allgemeine Einschätzung des lokalen Netzwerks

Frage 12 gab den Probanden die Möglichkeit, allgemeine Aspekte des Netzwerks zu bewerten. Hierzu wurden verschiedene Aussagen formuliert, deren Einschätzung anhand einer 5-stufigen Skala erfolgen sollte (1= stimme voll und ganz zu, 2= stimme weitgehend zu, 3= stimme teilweise zu, 4= stimme eher nicht zu, 5= stimme überhaupt nicht zu). Zudem erhielten die Befragten durch das Feld „keine Angabe“ die Möglichkeit, auf eine Antwort zu verzichten.

Anfragen

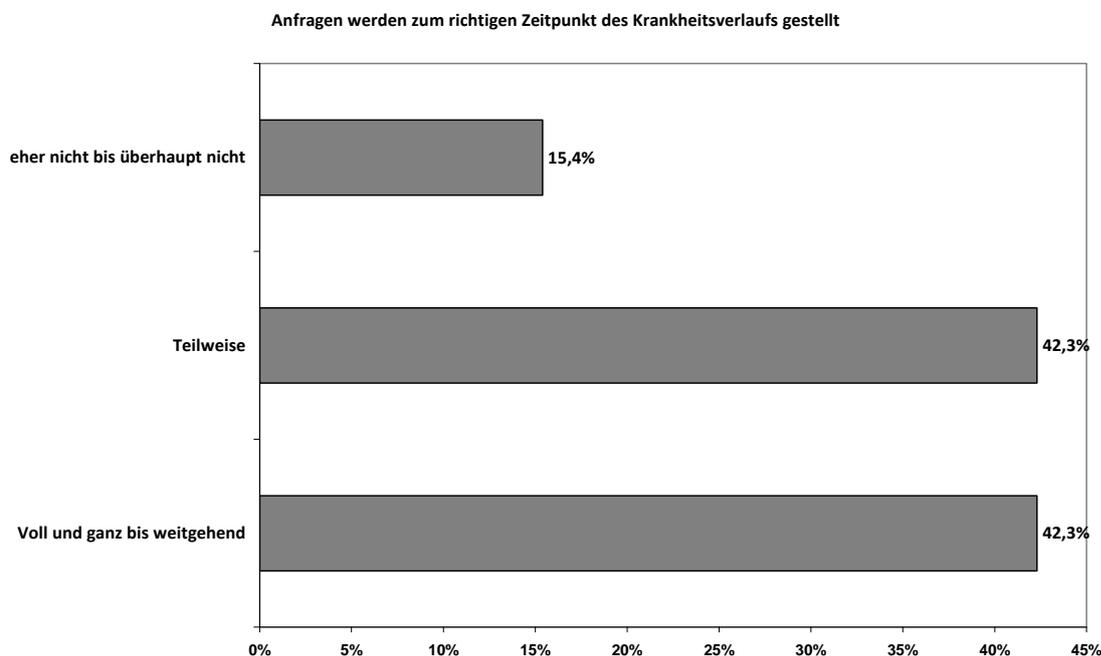


Abbildung 4: 12a: Die Anfragen werden zum richtigen Zeitpunkt im Krankheitsverlauf des Patienten gestellt.

Zur Analyse dieses und weiterer Items wurden die beiden Außenkategorien 1+2 (voll und ganz + weitgehend) und 4+5 (eher nicht + überhaupt nicht) zusammengefasst. Mehr als 40% der Befragten stimmen der Aussage voll und ganz bis weitgehend zu, dass Anfragen zum richtigen Zeitpunkt im Krankheitsverlauf des Patienten gestellt werden. Ein gleicher Anteil stimmt der Aussage teilweise zu.

Die Fragen 12 b und c (*b: Für die Patienten, für die ein Platz **angefragt** wird, wäre keine andere Möglichkeit der Versorgung angemessen; c: Für die Patienten, die in unserem Haus **versorgt** werden, wäre keine andere Möglichkeit der Versorgung angemessen*) beschäftigen sich mit anderen Möglichkeiten der Versorgung bei Patienten, für die ein Platz angefragt

wird, und Patienten, die bereits im stationären Hospiz versorgt werden. Sowohl im Bereich angefragte Patienten (voll und ganz bis weitgehend: 80,8%, teilweise: 15,4%, eher nicht bis überhaupt nicht: 3,8%) als auch bei aktuell behandelten Patienten (voll und ganz bis weitgehend: 84,6%, teilweise: 11,5, eher nicht bis überhaupt nicht: 3,8%) gibt die Mehrheit der Befragten an, dass sie keine andere Möglichkeit der Versorgung sehen.

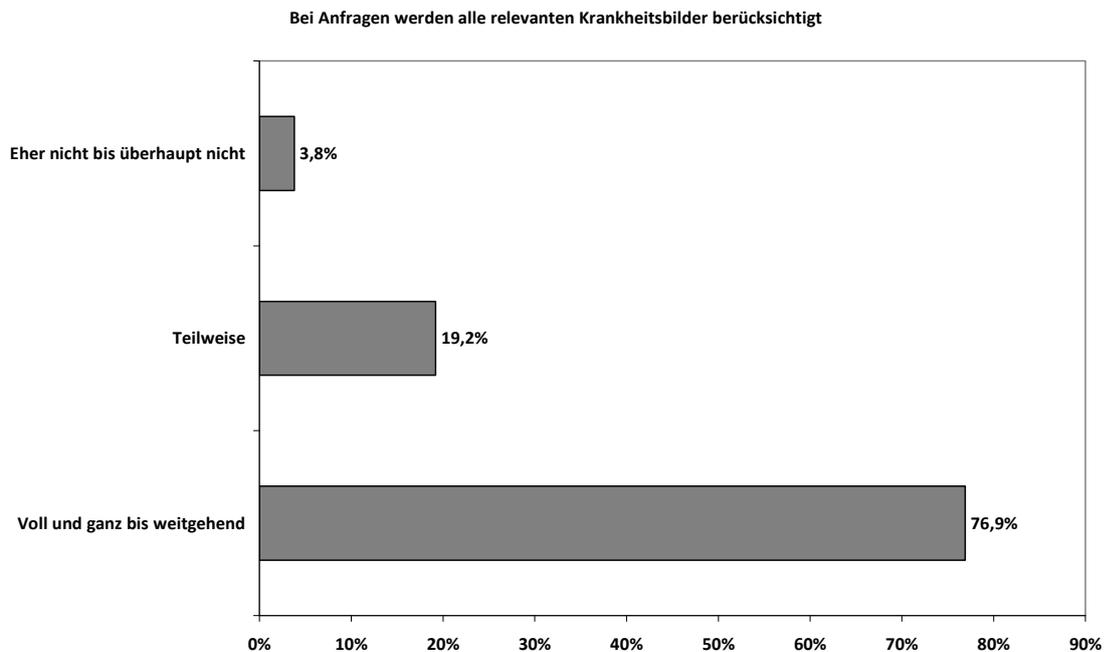


Abbildung 5: 12d: Bei Anfragen werden alle relevanten Krankheitsbilder für eine Versorgung im Hospiz durch die Anfragenden berücksichtigt

Etwa drei Viertel der Befragten geben an, dass alle relevanten Krankheitsbilder voll und ganz bis weitgehend durch die Anfragenden berücksichtigt werden. Ein Befragter (3,8%) kann sich dieser Aussage eher nicht bis überhaupt nicht anschließen.

Aufnahme

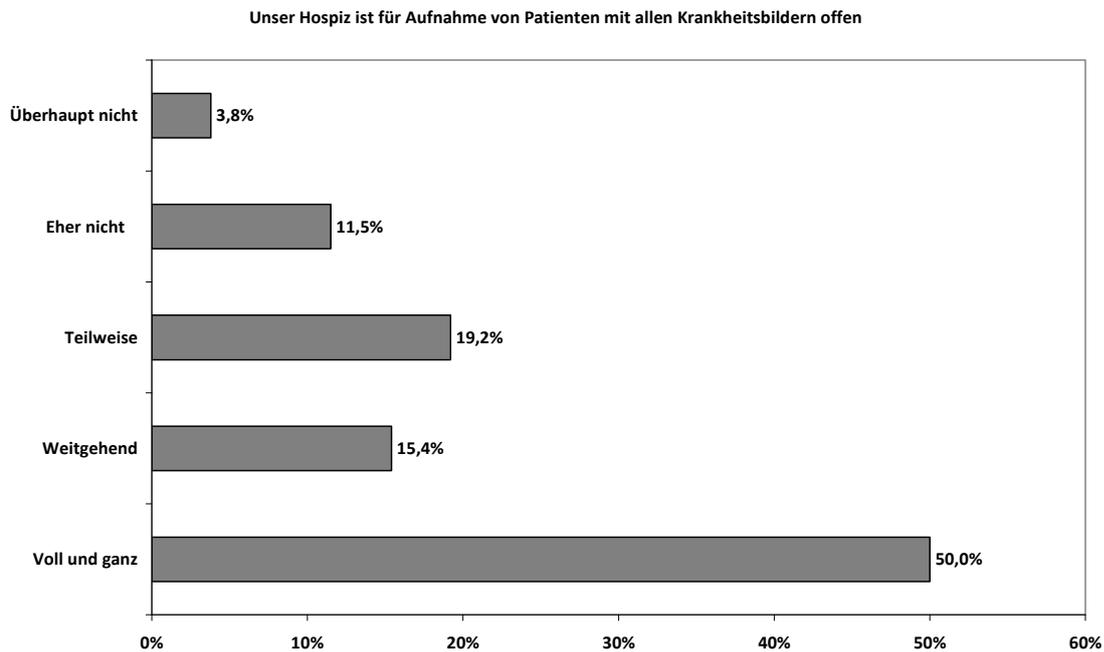


Abbildung 6: 12e: Unser Hospiz ist für die Aufnahme von Gästen mit allen Krankheitsbildern offen

Die Hälfte der Probanden stimmt voll und ganz der Aussage zu, dass ihr Hospiz für die Aufnahme von Gästen mit allen Krankheitsbildern offen ist. Etwa ein Drittel der Probanden gibt an, dass ihre Einrichtung teilweise bis überhaupt nicht Patienten mit allen Krankheitsbildern zur Verfügung steht (34,5%, Kategorien 3-5 zusammengefasst).

Bekanntheit

Zur Analyse der Einschätzung der Bekanntheit des eigenen Hospizangebots werden die Items 12 f-h gemeinsam dargestellt (*f: Unser Hospizangebot ist bei allen relevanten Versorgungsanbietern im Gesundheitswesen, wie Krankenhäusern, Arztpraxen etc. bekannt; g: Unser Hospizangebot ist bei der Zielgruppe der Patienten in unserer Region bekannt; i: Unser Hospizangebot ist bei der Zielgruppe der Angehörigen von schwerkranken Patienten in unserer Region bekannt*). Die Prozentwerte ergeben sich aus der Zusammenfassung der beiden Außenkategorien 1+2 (stimme voll und ganz zu; stimme weitgehend zu).

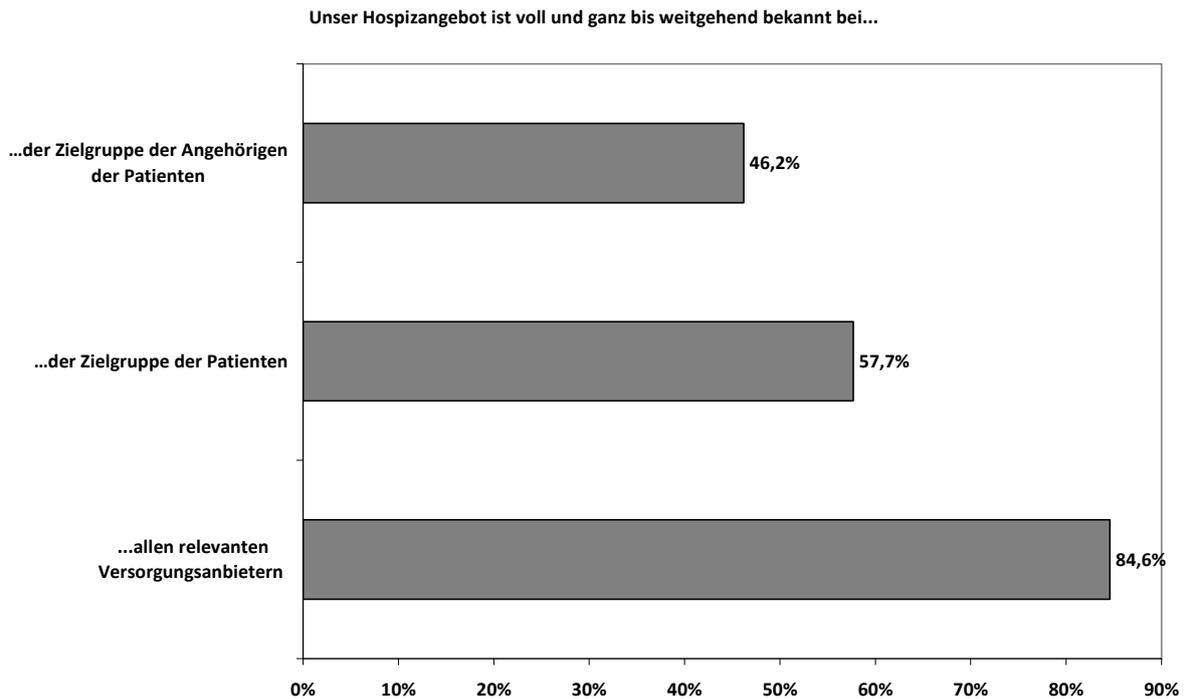


Abbildung 7: 12f-h: Bekanntheit des Hospizangebots

Die Probanden sehen ihre höchste Bekanntheit bei den relevanten Versorgungsanbietern, gefolgt von der Gruppe der Patienten. Bezogen auf die Gruppe der Angehörigen der Patienten schätzt die Hälfte der befragten Einrichtungen, dass ihr Angebot voll und ganz bis weitgehend bekannt ist.

Entlassung

Zur Möglichkeit, Patienten in andere Settings zu entlassen, konnten die Probanden bei den Items 12i und 12j Angaben machen (*12i: Für mögliche Entlassungen aus dem Hospiz in andere Settings sind Strukturen vorhanden.; 12j: Im regionalen Netzwerk kann unser Erwachsenen hospiz Bewohner, die keiner Hospizunterbringung mehr bedürfen, in andere Settings der Versorgung entlassen*).

Der überwiegende Anteil der Befragten bejaht sowohl das Vorhandensein entsprechender Strukturen (*12i: voll und ganz bis weitgehend: 88,5%, teilweise: 3,8%, eher nicht bis überhaupt nicht: 3,8%*), als auch die Möglichkeit der Entlassung im regionalen Netzwerk (*12j: voll und ganz bis weitgehend: 84,6%, teilweise: 3,8%, eher nicht bis überhaupt nicht: 3,8%, keine Angabe: 7,6%*).

Barrieren

Insgesamt sechs Befragte (23,1%) geben an, dass es Barrieren in ihrem Netzwerk gibt (13: *Gibt es konkrete Barrieren im Netzwerk?*). Eine Zahl von 16 Befragten (61,5%) sieht keine Barrieren. Weitere vier Probanden machen keine Angaben (15,4%) bei dieser Frage. Die sechs Befragten benennen im Zuge der Anschlussfrage (*Frage 14: Bitte benennen Sie diese Barrieren*) jeweils auch die aus ihrer Sicht bestehenden Barrieren.

Genannt werden folgende Aspekte, die hier in gekürzter Form aufgeführt werden:

Barrieren im Netzwerk	
Ausbau Netzwerk	Netzwerk muss ausgebaut werden; örtlicher Mangel an Palliativmedizinern und Palliativpflegediensten (genannt von zwei Befragten)
Koordination der Anmeldung	Schlechte Koordination bei Anmeldungen von Patienten; Anmeldung durch Sozialarbeiter trotz noch andauernder Therapie oder durch Angehörige ohne Wissen des Krankenhauses
Einschätzung der Situation des Patienten	Falsche Einschätzung der Situation von Patienten durch Ärzte/Sozialarbeiter/Angehörige aufgrund mangelnder Auseinandersetzung mit Thema Tod und Sterben. Dies behindert Möglichkeiten zur angemessene Versorgung des Patienten.
Einschätzung der Situation des Patienten	Therapien werden zu lange durchgeführt.
Kostenfreiheit	Gesetzesänderung zur Finanzierung stationäre Hospize führt zu vermehrten Anfragen, die nicht in die Personengruppe laut Rahmenvereinbarung fallen. Die Bearbeitung der Anfragen fordert einen hohen Zeitaufwand.

Tabelle 30: 14: Bitte benennen Sie diese Barrieren (Mehrfachnennungen möglich)

Verbesserungsbedarf

Bei Frage 15 (*Wo sehen Sie noch Verbesserungsbedarf im Netzwerk*) machten 16 von 26 (61,5%) Probanden Angaben, die hier in gekürzter Form aufgeführt werden.

Verbesserungsbedarf	Anzahl Nennungen
Verbesserung Kommunikation mit anderen Einrichtungen über Patient	3
Verbesserung Übergang kurativ zu palliativ	3
Ausbau der nächtlichen Versorgung	3
Grundsätzlicher Ausbau der hospizlich-palliativen Versorgung	3
Verstärkung der Aufklärung über hospizlich-palliative Angebote bei Patienten und Angehörigen	2
Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Dienste/SAPV	2
Verstärkung der Aufklärung über Angebote der Kinderhospizarbeit	1
Einrichtung regelmäßiger Treffen der Akteure im Netzwerk	1
Einrichtung eines funktionierenden Case-Managements	1
Künftige Aufnahme von Beatmungspatienten	1
Stärkere Bekanntmachung eines existierenden Beratungstelefons	1

Tabelle 31: 15: Wo sehen Sie noch Verbesserungsbedarf im Netzwerk? (Mehrfachnennungen möglich)

Zusammenfassung:

Die Ergebnisse der Netzwerkbefragung weisen auf Aspekte hin, die für eine Bedarfsplanung berücksichtigt werden sollten. So berichtet mehr als die Hälfte der Befragten über Anfrageschwankungen im Jahresverlauf, die, wenn nähere Angaben gemacht werden, auch auf die Nichtanwesenheit bestimmter Funktionsträger (Sozialarbeiter/Arzt) zurückzuführen sind. Eine Stabilisierung und damit Erhöhung von Anfragen könnte sich durch entsprechende Vertretungsregelungen ergeben. Gleichzeitig wird auf den Ausbau eigener palliativmedizinischer Angebote der Krankenhäuser hingewiesen, der sich wiederum negativ auf die Anfragen bei stationären Hospizen auswirkt. Ferner scheint der Bekanntheitsgrad der hospizlich-palliativen Angebote noch ausbaufähig, gerade in Bezug auf Patienten und Angehörige. Weiter zu berücksichtigen ist inwieweit sich stationäre Hospize zukünftig für weitere Patientengruppen öffnen. Verbesserungsfähig scheint zudem die Kommunikation zwischen den Akteuren bezüglich der Patienten und damit einhergehend ein besserer Übergang von kurativen zu palliativen Maßnahmen, verbunden mit einer rechtzeitigen Überweisung der Patienten ins Hospiz.

Aufgrund einer Rücklaufquote von 44,1%, teilweise unvollständiger Angaben und eines nicht vorhandenen Zeitfensters für eine Fortführung der Befragung wurde keine Netzwerkkarte der kooperierenden Akteure in Nordrhein-Westfalen im Bereich der stationären Hospize erstellt.

Städtisches Hospiz Herne

Zur exemplarischen Beschreibung der Zusammenarbeit eines stationären Hospizes mit anderen Einrichtungen/Anbietern/Diensten wurde das Lukas Hospiz in Herne ausgewählt. Die Darstellung beruht auf Daten der amtlichen Statistik sowie Ergebnissen der Netzwerkbefragung und der ALPHA-Befragung.

Einen Überblick über Einwohnerzahlen und Gestorbene nach Altersgruppen in der kreisfreien Stadt Herne für das Jahr 2008 gibt die folgende Tabelle:

Herne, krfr. Stadt		Davon > 80 Jahre	Davon < 20 Jahre	Davon < 25 Jahre	Ø Alter 2008	Ø Alter 2030	Pflegebedürftige 2030 in 1000	7,1
Einwohner gesamt	166 924	9 747	30 757	39 940	43,9	48,2	Davon stationär in 1000	2,1
Gestorbene insgesamt	2 110	1 042	20	24			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	29,6
Bösartige Neubildungen	557	189	1	1				
Krankheiten des Kreislaufsystems	797	496	2	2				
Krankheiten des Atmungssystems	161	91	0	0				
Krankheiten des Verdauungssystems	121	52	0	0				
Sonstige	474	214	17	21				

Tabelle 32: Herne 2008 Einwohner und Gestorbene nach Altersgruppen

Das Lukas Hospiz in Herne wurde im Jahr 2007 eröffnet. Für das Jahr 2008 machte das stationäre Hospiz in Herne im Rahmen der ALPHA-Befragung folgende statistische Angaben:

Anzahl Betten	10
Anzahl Gäste	143
Durchschnittsalter der Gäste in Jahren	73
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	24
Auslastung in %	92
Anzahl abgewiesener Patienten	219
Gründe für Abweisung in %	
a) Auslastung	98
b) Kostenzusage abgelehnt	2
Krankheitsbilder der Gäste in %	
a) Fortgeschrittene Krebserkrankung	93
b) Vollbild der Infektionskrankheit AIDS	3
c) Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen	2
d) Endzustand einer chronischen Nieren-, Herz, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung	2
Pflegestufe in %	
Pflegestufe 1	25
Pflegestufe 2	55
Pflegestufe 3	19

Tabelle 33: Statistik stationäres Hospiz Herne 2008

Durch die ausführliche Bearbeitung des im Rahmen der Netzwerkbefragung versendeten Fragebogens lässt sich die Zusammenarbeit mit anderen Anbietern in der Region detailliert abbilden. Alle Angaben in der Netzwerkbefragung beziehen sich auf das Jahr 2009.

Das stationäre Hospiz in Herne erhielt im Jahr 2009 Anfragen zu freien Plätzen von insgesamt 26 Krankenhäusern aus der Region (Herne, Castrop-Rauxel, Wanne-Eickel, Bochum, Gelsenkirchen, Witten, Essen, Waltrop, Marl). Diese sind durchschnittlich 11±5,97 km

[Range: unter 1 km – 26 km] entfernt. Weitere Anfragen wurden von Zuhause gestellt, kamen von einem Hausarzt, einer Sozialstation und anderen Einrichtungen/Personen, die nicht genauer benannt werden. In der folgenden Tabelle ist die Zahl der Anfragen pro Einrichtung aufgelistet.

Anfragende Einrichtung/Person	Anzahl Anfragen
Krankenhäuser	317
Zuhause	56
Hausarzt (nur eine Praxis)	13
Sozialstation	1
Andere	9
Gesamt	396

Tabelle 34: Anfragende Einrichtungen/Personen 2009 Lukas Hospiz Herne

Insgesamt konnten im Jahr 2009 171 Gäste aufgenommen werden.

Herkunft Gast	Anzahl	Entfernung in km
Herne	60	0
Gelsenkirchen	56	7
Bochum	29	9
Castrop-Rauxel	9	14
Essen	4	19
Herten	3	7
Recklinghausen	2	15
Gladbeck	1	20
Dortmund	1	30
Andere	6	-
Gesamt	171	

Tabelle 35: Herkunft Hospizgäste Herne 2009

Die höchste Zahl der Gäste kommt direkt aus Herne. Eine fast gleich große Anzahl kommt aus dem benachbarten Gelsenkirchen, weitere 29 aus Bochum. Die Herkunft der anderen Gäste verteilt sich auf andere Städte in der Region.

Art Einrichtung/Dienst/Person	Entfernung in km	Grund
Apotheke	3	Nähe
Palliativmediziner a	3	Gewachsene Zusammenarbeit
Palliativmediziner b	1	Gewachsene Zusammenarbeit
Physiotherapie a	3	Empfehlung Palliativmediziner a
Physiotherapie b	1	Empfehlung Palliativmediziner b
Sanitätshaus	10	Gewachsene Zusammenarbeit
Homecare-Unternehmen	5	Über Netzwerk Pall.
Seelsorger	7,5	Über Trägerkrankenhaus

Tabelle 36: Kooperierende Dienste bei Versorgung der Hospizgäste Herne

Bei der Versorgung der Angehörigen der Hospizgäste gibt das Hospiz an, mit dem auch in der Versorgung der Hospizgäste tätigen Seelsorger zusammenzuarbeiten.

In unmittelbarer Nachbarschaft des stationären Hospizes in Herne befinden sich die stationären Hospize in:

Recklinghausen, Hospiz zum Hl. Franziskus, Entfernung: 7 km

Gelsenkirchen, Emmaus-Hospiz St. Hedwig Resse, Entfernung: 7 km (Eröffnung 2010)

Bochum, Hospiz St. Hildegard, Entfernung: 14 km

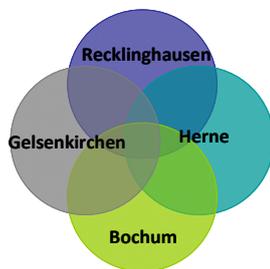


Abbildung 8: Einzugsgebiete stationärer Hospize in der Region

Das Hospiz St. Hildegard in Bochum hat sich ebenfalls mit einem ausführlich ausgefüllten Fragebogen an der Netzwerkbefragung beteiligt. Um etwaige Verbindungen bzw. Überschneidungen zwischen den nahegelegenen Hospizen zu überprüfen, wurden die Angaben der Hospize bezüglich anfragender Einrichtungen/Dienste/Personen verglichen. Von den 25 Krankenhäusern, die nach Angaben des Herner Hospizes Anfragen zur Aufnahme von Patienten stellten, werden 16 auch vom Bochumer Hospiz als anfragende Einrichtungen benannt. Keine Überschneidungen lassen sich bei den Einrichtungen/Diensten/Personen feststellen, die bei der Versorgung der Patienten unmittelbar mit den Hospizen zusammenarbeiten.

6.4 Befragung Experten für den Bereich Hospize für Erwachsene

Die Rückmeldungen der Experten zu Aspekten für die Bedarfsplanung werden im Folgenden zusammengefasst:

Kriterien für die Bedarfsplanung

- **Faktor 1: epidemiologische und demographische Daten**

Begründung: Eine Bedarfsplanung sollte prospektiv ausgerichtet sein und den demographischen Wandel mit weiter zunehmenden Anteilen älteren und hochaltrigen Menschen absolut und in Relation zu jüngeren Altersgruppen berücksichtigen. Daraus ergibt sich ein steigender Bedarf an Palliative Care für alte Menschen mit onkologischen und nicht-onkologischen Erkrankungen (Herz-Kreislauf, Demenz, Frailty u.a.), die zudem häufig unter instabilen sozialen Verhältnissen leiden (z.B. Verlust des Lebenspartners, berufliche Situation der (pflegenden?) Angehörigen).

- **Faktor 2: Patientenpräferenzen**

Begründung: Auch wenn die Patienten-(und Angehörigen-)Zufriedenheit mit einem Hospizaufenthalt insgesamt hoch zu sein scheint, sind noch mehr patientenzentrierte Bedarfsstudien vor Einweisung in ein Hospiz und an den Schnittstellen nötig.

- **Faktor 3: Wohnortnähe**

Begründung: Diese misst sich nicht nur in räumlicher Entfernung, sondern auch in Erreichbarkeit z.B. für Angehörige. Besonders wenn die Hospize Aufgabenerweiterungen erfahren, ist dies ein wichtiges Kriterium. Der Begriff Wohnortnähe lässt sich schwerlich pauschal definieren, sondern sollte regionsspezifisch betrachtet werden (Stadt/Land).

- **Faktor 4: Verweildauer in Krankenhäusern:**

Begründung: Eine Bedarfsplanung für Hospize ist im Zusammenhang mit der Entwicklung der Krankenhäuser zu sehen – verkürzte Verweildauern können zu früheren und häufigeren Hospizeinweisungen führen und den Bedarf erhöhen.

Erwartete Auswirkungen der SAPV auf den Bedarf an stationären Hospizen für Erwachsene

- **Einschätzung: Richtung der Veränderungen nicht einschätzbar.**

Von Veränderungen kann ausgegangen werden, die Richtung ist hingegen nicht einschätzbar. Es könnte sich eine Verringerung des Bedarfs an Hospizbetten ergeben, weil mehr Palliativpatienten qualifiziert zu Hause versorgt werden können (dies wäre die zunächst nahe liegende Vermutung). Allerdings kann auch der gegenteilige Effekt eintreten: SAPV erhöht die Sensibilität für Palliativ- und Hospizversorgung insgesamt und den Bekanntheitsgrad, baut Barrieren zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen und unterschiedlichen Trägern ab. Eine unabhängige Begleitforschung zu den Auswirkungen der SAPV wird empfohlen und eine Berücksichtigung des Faktors SAPV ohne belastbare Daten sollte vermieden werden.

Erweiterung des Aufgabenspektrums

- **Einschätzung: Die Aufgabenerweiterungen** zu Diensten als Tages- und Nachhospiz wie erweiterte Möglichkeiten von Respite Care, um pflegende Angehörige zu entlasten, **werden als sinnvoll erachtet**. Von diesen Optionen, die zu einer abgestuften, patientenzentrierten Palliativversorgung beitragen können, wird in Deutschland im Vergleich zu Großbritannien noch wenig Gebrauch gemacht.

Spezialisierung

- eine **Schaffung spezialisierter Hospize** wird als **eher nicht notwendig und wenig sinnvoll** erachtet.

Begründungen: Die Experten raten ab oder sind zumindest sehr skeptisch. Die Frage sei, wie viel Sub-Spezialisierung innerhalb der spezialisierten Palliativversorgung notwendig und sinnvoll ist. Wenn überhaupt, wären derartige Hospize nur an sehr wenigen Standorten sinnvoll, z.B. angegliedert an Kliniken mit entsprechendem Versorgungsschwerpunkt. Dies könnte z.B. im Rahmen eines Modellprojekts erprobt werden; insgesamt wird sich aus jetziger Sicht eher gegen eine zu feine Fragmentierung hospizlicher Angebote ausgesprochen. Dagegen wird als notwendiger betont, die ärztlich-medizinische Versorgung in den Hospizen

weiterzuentwickeln. Beispielsweise sei zu erwarten, dass sich unter den spezialisierten Palliativmedizinerinnen auch zunehmend ausgewiesene Experten mit Schwerpunkten bei bestimmten Erkrankungen befinden, vor allem unter den stationär arbeitenden Beschäftigten. Hier böten sich Kooperationen von Hospizen und Krankenhäusern an. Weiterhin könnte eine insgesamt stärkere ärztliche Präsenz in Hospizen (angestellte Ärzte?, Ärzte aus SAPV-Teams, die regelmäßig Visiten bei Patienten im Hospiz durchführen) die Versorgungsqualität gerade auch für seltenere Patientengruppen erhöhen.

Persönliche Standpunkte

Nordrhein-Westfalen steht bezogen auf die Zahl der Hospizbetten pro Einwohner im Bundesvergleich überdurchschnittlich gut dar. Dieses Kriterium alleine sagt aber nicht hinreichend etwas über die Flächendeckung aus, weil eine relative Überversorgung in Ballungszentren und eine Unterversorgung in ländlichen Regionen denkbar ist. Deshalb müsste man die Verteilung der Hospizbetten betrachten und in Bezug zu regionalen Faktoren bringen.

6.5 Befragung Experten für den Bereich Hospize für Kinder und Jugendliche

Die Rückmeldungen der Experten zu Aspekten für die Bedarfsplanung werden im Folgenden zusammengefasst:

Kriterien für die Bedarfsplanung

- **Faktor 1: epidemiologische Daten** zu lebenslimitierenden Erkrankungen:
mit Verweis auf die umfangreiche Begleitforschung zur nordrhein-westfälischen Landesinitiative Ambulante Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen⁷⁷ wird von ca. 3.600 Kindern mit lebenslimitierenden Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen ausgegangen (Altersgruppe 0-19 Jahre)
berücksichtigt werden sollten die Dynamiken und Versorgungsbedürfnisse im Verlauf der Erkrankungen
- **Faktor 2: Einschätzung des Bedarfs**
Hierzu liegen unterschiedliche Meinungen vor:
 - a) Davon werden nur für einen Teil der Kinder stationäre Betten im Kinderhospiz benötigt. Für den Anteil der Kinder und Jugendlichen, die ein solches Hospizbett benötigen, liegen keine Anhaltszahlen vor. Der Anteil wird aber auf 10% eingeschätzt, die im Verlauf stationär versorgt werden müssen, sei es zur Kontrolle von Symptomen oder komplexen Problemen, oder als Respite Care zur temporären Entlastung der pflegenden Angehörigen. Demnach würden bis zu 360 Kinder und Jugendliche ein Hospizbett benötigen.
 - b) Wie viele von ihnen stationärer kinderhospizlicher Versorgung bedürfen, kann momentan nicht beantwortet werden. Dies hat mehrere Gründe. Zum einen, können laut nationalen und internationalen Publikationen 4 Gruppen von Kindern mit lebenslimitierenden Erkrankungen unterschieden werden. Der stationäre kinderhospizliche Bedarf ergibt sich vor allen Dingen im Rahmen eines Respite Care bei den Kindern, die an einer lang dauernden lebenslimitierenden Erkrankung leiden (Gruppen 3 und 4). Weniger häufig kommt es im Kindes- und Jugendalter zu einer stationär kinderhospizlichen Versorgung direkt am Lebensende bei Kindern mit Krebs (Gruppe 1). D.h., wenn nach dem Bedarf an stationärer, kinderhospizlicher Versorgung gefragt wird, muss spezifiziert werden, ob der Bedarf der Versorgung am Lebensende oder der Bedarf an Respite Care (Entlastungspflege, Kurzzeitpflege)

gefragt wird. Zum anderen muss die Jahreszeit betrachtet werden. So ergibt sich sicherlich in Zeiten der Sommerferien ein Versorgungsengpass in den bundesdeutschen Kinderhospizen für den Bedarf an Respite Care.

- **Faktor 3: Liegedauer:**

auch hier gibt es demnach unterschiedliche Aussagen:

a) (Annahmebasiert) Wird (bei deutlich längeren Erkrankungsverläufen und Behandlungsdauer) angenommen, dass bei 360 Kindern eine stationäre Aufnahme im Schnitt einmal im Jahr erforderlich wird, und in Mittel 14 Tage dauert, so ergibt dies 5040 Behandlungstage. Bei einer durchschnittlichen Belegung von 70% wäre dies mit 20 Hospizbetten für Kinder und Jugendliche abgedeckt. Da eine wohnortnahe Versorgung zu bevorzugen ist, wären z.B. 5 Einrichtungen mit 4 Betten ausreichend, um eine flächendeckende Versorgung in stationären Hospizen für Kinder und Jugendliche zu erreichen.

b) Erfahrungsbasiert: Anhand der Publikation des Kinderhospizes Olpe kann der Bedarf berechnet werden. Im Jahre 2005 wies das Kinderhospiz Balthasar in Olpe 218 Aufnahmen mit 2084 Belegungstagen auf. Im täglichen Durchschnitt war das Kinderhospiz mit 5,8 Kindern, 7,1 Eltern und 3,0 Geschwistern belegt. 27 Kinder verstarben während des Aufenthaltes. Weiterhin sollten die Erfahrungen der Kinderhospize in Düsseldorf und Gelsenkirchen Olpe herangezogen werden sowie die bisherigen Erfahrungen der Anbieter von Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die sich in einer Arbeitsgruppe zusammen geschlossen haben. Im Gegensatz zu den Kinderhospizen bieten hier die Kurzzeitwohnheime in NRW ein Zuhause auf Zeit ausschließlich für die kranken Kinder und Jugendlichen an, ohne dass Geschwister oder Eltern mit aufgenommen werden.

Erwartete Auswirkungen der SAPPV auf den Bedarf an stationären Hospizen für Kinder Jugendliche

- **Einschätzung 1:** Die Aufnahme in einem stationären Hospiz erfolgt oft aus anderen Gründen als zur Symptomkontrolle. Erwartet werden deshalb nur **geringe Änderungen im Bedarf an Hospizbetten.**

- **Einschätzung 2: Bedarf an stationärer Pflege am Lebensende wird sinken, an Respite Care wird steigen:**

Begründung: Durch flächendeckende Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV), zumindest in Westfalen-Lippe, wird es möglich sein, dass die allermeisten Kinder und deren Familien den Sterbeort frei wählen können und in diesem Falle unter einer gut strukturierten ambulanten Versorgung das häusliche Umfeld als gewünschten Sterbeort wählen werden. Der Bedarf an stationärer kinderhospizlicher Hilfe am direkten Lebensende wird hierdurch sicherlich reduziert werden. Andererseits bringen die SAPPV Teams sowie die ambulanten Kinderhospizdienste den Familien häufig die Möglichkeit einer Entlastungspflege zur Prävention von Burnout und chronischem Erschöpfungszustand bei der ganzen Familie erst nah. Viele Familien kannten das Angebot der stationären Kinderhospize bis dato gar nicht oder wollten es aus Schuldgefühlen ihrem kranken Kind gegenüber nicht in Anspruch nehmen, da es noch häufig nur als ein Ort zum Sterben betrachtet wird.

- **Einschätzung 3: Der Bedarf stationärer Hospizbetten wird als gedeckt eingeschätzt.** Der Einfluss von SAPPV führt dennoch zu Veränderungen in der gesamten Versorgungslandschaft. Es kann erwartet werden, dass eine konsequente Umsetzung der SAPPV zu einer besseren regionalen Versorgungssituation führen wird und sich die betroffenen Familien besser aufgehoben fühlen. Allerdings ist der Ausbau SAPPV in diesem Zusammenhang nicht als isolierter Faktor zu betrachten – die Teams können nur in einem Umfeld effektiv sein, in dem ein funktionierendes Kooperationsnetz mit Anbietern der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung besteht. Die aktuellen politischen, fachlichen und wissenschaftlichen Diskussionen deuten auf einen Paradigmenwechsel der Versorgungsansätze hin, in dem die SAPPV zwar eine zentrale Rolle spielt, aber nur ein Bestandteil neben Veränderungen auf weiteren Ebenen ist – beispielsweise einer erhöhten Aufmerksamkeit gegenüber der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung durch Primärversorger.

Erweiterung des Aufgabenspektrums

- Wird als **nicht notwendig** erachtet. **Stattdessen** sollten Möglichkeiten der kurzfristigen Unterbringung zur Kurzzeitpflege aufgestockt werden und deren

Kapazitäten in Hinblick auf die Aufnahme von Kindern mit lebenslimitierenden Erkrankungen erweitert werden.

Spezialisierung

- eine **Schaffung spezialisierter Kinderhospize** wird als **eher nicht notwendig und wenig sinnvoll** erachtet.

Begründungen: Dies ist insofern problematisch zu bewerten, als eine weitere Spezialisierung - vor dem Hintergrund der eher geringen Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit einem Bedarf nach spezialisierten Angeboten – einer flächendeckenden Versorgung eher nicht zuträglich wäre. Es würden damit neue Spezialzentren geschaffen, die die betroffenen Familien möglicherweise vor weitreichende existenzielle Entscheidungen stellen, um in der Nähe ihres Kindes sein zu können.

Jedoch gibt es bereits Einrichtungen mit (Teil-)Spezialisierungen. Das Kinder- und Jugendhospiz in Olpe kann bereits langzeitbeatmete Kinder versorgen und weist dort eine große Expertise aus. Die Erweiterung des Kinderhospiz Olpe zum Jugendhospiz hatte auch die Patientengruppe der Kinder mit Muskeldystrophie Duchenne im Fokus, die in der Regel langzeitbeatmet sind. Auch ein weiterer Ausbau des Kinderhospizes in Olpe könnte in dieser Hinsicht günstig sein, wenn mit dem Jugendhospiz positive Erfahrungen gesammelt wurden. Wohngruppen bzw. Plätze für Respite Care, die Kinder mit Langzeitbeatmung fokussieren, existieren in Münster und Siegen.

- Es besteht in Nordrhein-Westfalen sicherlich zuerst einmal ein großer Bedarf, die **ambulante Versorgung von langzeitbeatmeten Kindern zu optimieren**. Dies könnte über die jetzt eingerichtete SAPPV Teams in Zusammenarbeit mit den Sozialpädiatrischen Zentren geschehen und einen großen Fortschritt für die betroffenen Patienten bedeuten. **Respite Care Plätze** für beatmete Kinder sind am einfachsten und sinnvollsten in den beiden Einrichtungen André-Steitenberger-Haus (Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln) und Kinderinsel (DRK Kinderklinik Siegen) zu schaffen, bzw. in einer Einrichtung für junge Erwachsene, da die betroffenen Kinder in der Regel Jugendliche sind, die in das Erwachsenenalter herein wachsen. Die Versorgung von langzeitbeatmeten

Patienten ist eine große Herausforderung für das ganze Team und sollte nicht an zu vielen Stellen in Nordrhein-Westfalen angeboten werden. Dies würde sich negativ auf die Qualität der Versorgung auswirken. Auch die Kinderpalliativstation in Datteln ist komplett darauf eingerichtet, Patienten mit Langzeitbeatmung in Krisensituationen aufzunehmen und zu versorgen. Meist jedoch werden diese langzeitbeatmeten Patienten in lebensbedrohlichen Krisensituationen auch weiterhin auf Pädiatrischen Intensivstationen behandelt werden, da sie gute Chancen haben, nach einer pädiatrisch-intensivmedizinischen Behandlung ihr bisheriges Leben weiter zu führen.

- Weiterhin sollte eher palliativmedizinische/hospizliche Expertise in andere Einrichtungen und Einrichtungsformen eingebracht werden, z.B. in Einrichtungen für Schwerstbehinderte.

Persönliche Standpunkte

Die Experten halten den Bedarf an stationären Kinderhospizen für gedeckt.

Es wird einhellig betont, dass eine Erweiterung der Angebote der Kurzzeitpflege – ausgestattet mit qualifiziertem Personal – den Bedürfnissen der Familien mit einem lebenslimitierend erkrankten Kind oder Jugendlichen in höherem Maße gerecht werden würde als ein Ausbau der Hospize im bisherigen / traditionellen Sinne. Zum Teil wird ein großer und noch steigender Bedarf an stationären Plätzen der Entlastungspflege auch für langzeitbeatmete Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene betont.

Eine Schaffung von „Kinderhospizbetten“ in Hospizen für Erwachsene wird in der Literatur kontrovers diskutiert, würde zwar u.U. größere Wohnortnähe in der Kurzzeitpflege bedeuten, wird aber von den Experten, die sich hierzu geäußert haben, eher abgelehnt.

Neueinrichtungen (geplant oder im Bau) sollten sich daher am Schwerpunkt der Entlastungspflege, Kurzzeitpflege und Respite Care orientieren.

7 Kritische Diskussion (Datenlage und Faktoren für eine Berechnung)

Daten über den Ist-Zustand der Versorgung

Die Datenlage über den Ist-Zustand, zum Teil auch über den Bestand an Einrichtungen und Bettenzahlen ist nicht einheitlich und unterliegt zudem einer hohen Dynamik. Jedoch werden regelmäßig Daten erhoben (z.B. vom Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V., von den Hospizen selbst, über die Kerndokumentation HOPE (siehe unten) oder auch über die ALPHA-Stellen). Für eine Berücksichtigung der jeweiligen Daten ist daher eine kritische Beurteilung von Methoden und Zeiträumen der Erhebungen notwendig.

Kerndokumentation

Zur Erfassung von Daten über Hospizgäste wird auch die Hospiz- und Palliativerhebung (HOPE) genutzt, ein Instrument der Kerndokumentation, das von einer Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) entwickelt wurde.^{84,85,86,87,88} Kernstück der Dokumentation ist der so genannte Basisbogen, in dem personen-, krankheits- und therapiebezogene Daten zum Aufnahmezeitpunkt und bei Behandlungsende eingetragen werden können. An den jährlichen Erhebungsphasen beteiligen sich auch Hospize. Allerdings ist die Stichprobe der teilnehmenden Hospize sowie der dokumentierten Bewohner zu gering, um verlässliche bzw. repräsentative Aussagen über Hospizpatienten treffen zu können. Im Jahr 2005 haben 45,5% (von n=116), im Jahr 2006 43,3% (von n=134) aller Palliativstationen in Deutschland an HOPE teilgenommen; von den vorhandenen Hospizen waren dies nur 9,2% (von n=131) bzw. 15,6% (von 141).⁸⁹ In weiteren Jahren lag die Rate ähnlich niedrig. Insofern konnten diese Daten für die hier vorliegende Arbeit nicht berücksichtigt werden.

Epidemiologische und demographische Datenlage

Wie die epidemiologischen Daten zeigen, ist kurz- und mittelfristig mit einem Anstieg der Lebenserwartung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen zu rechnen. Damit einhergehend ist ein Anstieg der Zahl von Personen zu rechnen, die an einer chronischen Erkrankung leiden. Gleichzeitig wird sich die Rangfolge der Häufigkeiten bestimmter Erkrankungen

verschieben, so werden chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen sowie Tracheal- und Bronchialkrebs vergleichsweise häufiger auftreten. Insgesamt wird ein Anstieg von Krebserkrankungen erwartet. Jedoch lässt die im August 2010 publizierte Studie im New England Journal of Medicine von Temel et al. Schlüsse auf einen Outcome palliativer/hospizlicher Behandlung und Begleitung zu, der wiederum Einfluss auf Faktoren hat, welche für die Bedarfsanalyse von Einrichtungen und Diensten relevant sind.⁹⁰ Patienten mit weit fortgeschrittenem Bronchialkarzinom erhielten entweder eine Standardtherapie oder wurden (randomisiert) zusätzlich von einem Palliative-Care-Team betreut. Die Ergebnisse zeigen nicht nur eine bessere Lebensqualität und weniger aggressive Therapie in der Palliative-Care-Gruppe, sondern auch ein signifikant höheres Überleben von 8 auf 11 Monate, wenn Palliativmedizin früh begonnen wurde und konsequent die Patienten begleitete. Palliativmedizin kann also offensichtlich Leben verlängern, obwohl das palliativmedizinische Konzept in der letzten Lebensphase eine bestmögliche Lebensqualität in den Fokus stellt und dafür eine Lebensverkürzung durch Nichtanwendung einzelner medizinischer Maßnahmen in Kauf nimmt. Eine weitere umfangreiche mit über 10.000 an kolorektalem Karzinom Verstorbenen in Irland zeigt einen deutlichen Einfluss der Verfügbarkeit von stationären Hospizen auf den Sterbeort dieser Patienten.⁹¹ Auch wenn diese Ergebnisse nicht direkt mit dem deutschen Versorgungssystem in Verbindung gebracht werden können, so zeigt das Abnehmen der Rate mit Sterbeort Krankenhaus gegenüber einem stationären Hospiz (bei entsprechender Verfügbarkeit in der Region) doch insgesamt einen Zuwachs an Lebensqualität am Ende des Lebens, da das Setting des stationären Hospizes dazu andere Voraussetzungen als ein Krankenhaus bietet. Interessant wäre in diesem Zusammenhang die zusätzliche Beforschung der möglichen Veränderung der Sterbeorte (steigender Anteil im häuslichen Bereich) bei gleichzeitig vorhandenen spezialisierten ambulanten Palliativteams. In Deutschland haben Modellprojekte ambulanter Home Care in der Vergangenheit hierzu beeindruckende Ergebnisse gezeigt.

Angaben zu Prävalenzen und Inzidenzen von Erkrankungen beruhen in vielen Fällen nur auf Schätzungen, da die vollständige Erfassung von Populationen mit einem hohen Aufwand verbunden ist. Dies zeigt sich beispielsweise auch an den in diesem Bericht abgebildeten Daten zur Krebsinzidenz in Nordrhein-Westfalen, die nach derzeitiger Datenlage nur vollständig für den Landesteil Westfalen-Lippe vorliegen und deshalb nicht für das komplette Bundesland angegeben werden können. Die Daten zu Todesursachen beruhen auf den

Angaben auf dem Totenschein und werden vollständig erfasst. Auch hier gilt es geschilderte Probleme bei der Gewinnung der Angaben aus den Totenscheinen (schlechte Lesbarkeit, unvollständige und ungenaue Diagnosen, kreative Wortschöpfungen bei Diagnosen) bei der Beurteilung der Daten zu berücksichtigen.⁹²

Epidemiologische Daten zu Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, für die ein palliativmedizinischer/hospizlicher Bedarf angenommen werden kann, bedürfen zum Teil der intensiven Aufbereitung und einer Entscheidung über zu inkludierende Altersgruppen. Angaben zu Lebenserwartungen sind aufgrund vieler Probleme der Einschätzung und Einflussfaktoren sowie der nicht sichergestellten einheitlichen Dokumentation von Todesursachen nicht unproblematisch (siehe Kapitel 4.1.2). Auch kann die Gruppe der jungen Erwachsenen mit Tumor- und bestimmten chronischen Erkrankungen nicht als eindeutige Zielgruppe für die Versorgung in Einrichtungen und Diensten für Erwachsene oder eher pädiatrisch ausgerichtete Settings beschrieben werden. Hier ist sicher im Einzelfall eine Beurteilung über die angemessene Versorgungsform notwendig.

Auf den Sachverhalt einer älter werdenden Bevölkerung und der damit einhergehenden größeren Zahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen wird auch in einer umfangreichen Broschüre der WHO (World Health Organization) hingewiesen. Aus der Zunahme der Anzahl von Personen mit chronischen Erkrankungen erfolgt letztlich eine Zunahme an Personen, die am Ende des Lebens Hilfe benötigen. Die bereits beschriebenen Änderungen der Sozialstruktur (kleinere Familien, mehr Single-Haushalte, höhere Scheidungsraten, Migration etc., siehe Kapitel 4.1.1) bewirken, dass solche Hilfen zunehmend durch professionell Pflegende übernommen werden müssen.⁹³

Bei Vorausberechnungen gilt es jedoch zu beachten, dass diese immer Schätzungen auf Grundlage aktuell vorhandener Parameter sind. Nicht vorhersehbare zukünftige Ereignisse können diese obsolet machen.

Migranten

Bislang sind Migranten bzw. Menschen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme palliativer Versorgungsangebote im Erwachsenenbereich stark unterrepräsentiert. Dies betrifft insbesondere die Nutzung von Angeboten aus dem Hospizbereich.⁹⁴ Es kann deshalb von einem höheren Bedarf in dieser Personengruppe ausgegangen werden. Als mögliche

Hemmschwellen werden in der Literatur mangelnde Sprachkenntnisse auf Seiten der Migranten oder negative Erfahrungen im Umgang mit Personal bei Behörden benannt. Gleichzeitig wird auf die höhere Bedeutung des familiären Umfeld und der familiären Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit verwiesen. Als weitere Faktoren gelten strukturelle Zugangsbarrieren, wie etwa ein Öffentlichkeitsbild der Einrichtungen, das primär deutschsprachige Zielgruppen anspricht oder das Fehlen von Kontaktpersonen mit entsprechenden Sprachkenntnissen. Weitere Rollen könnten die religiöse Trägerschaft von Einrichtungen oder aber Kontaktschwierigkeiten auf Seiten der Mitarbeiter der Einrichtungen und Dienste spielen.⁹⁵

Pflegebedürftigkeit

Die Datenlage zur Pflegebedürftigkeit beruht auf Erhebungen zu bewilligten und bereits beantragten, aber noch nicht abschließend beschiedenen Anträgen zu Leistungen aus der Pflegeversicherung. Auf dieser Basis werden unter Berücksichtigung weiterer Faktoren auch Hochrechnungen zur Pflegebedürftigkeit vorgenommen (siehe Kapitel 4.1.3 und Kapitel 5.1.3). Die erhobenen Daten stammen aus dem Jahr 2007; für 2008 lagen zum Zeitpunkt dieser Untersuchung noch keine Daten vor.

Unterteilt werden erhobene Angaben wie Hochrechnungen nach Geschlechtern und nach Altersgruppen sowie nach Pflegesettings.

Die Kenntnis dieser Zahlen stellt für Bedarfsberechnungen eine zu berücksichtigende Variable dar. Die Daten haben aber keine valide Aussagekraft in Hinblick auf die tatsächliche Pflegebedürftigkeit von Menschen in Nordrhein-Westfalen, da nur Leistungsbezieher inkludiert und Antragsteller zahlenmäßig benannt sind. Daher bieten die Daten Annäherungswerte. Der tatsächliche Stand der Pflegebedürftigen kann jedoch mit diesen Daten nicht abgebildet werden.

Es kann angenommen werden, dass für den ambulanten Bereich möglicherweise anteilmäßig weniger Pflegegeldleistungen beantragt werden als für den stationären.

Für eine Bedarfsberechnung stationärer Hospize sind sowohl Daten zur stationären als auch zur ambulanten Pflegebedürftigkeit interessant, da anzunehmen ist, dass Faktoren der palliativmedizinischen Entwicklung wie etwa gut funktionierende Netzwerke und

spezialisierte ambulante Versorgung eine Auswirkung auf das Verhältnis ambulant zu stationär haben.

Zudem unterliegt bei der Einbeziehung der hier vorliegenden Daten zur Pflegebedürftigkeit die Definition der Pflegebedürftigkeit letztlich der Bewilligung eines Antrags auf Pflegegeldleistungen bei entsprechend Versicherten. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen weist eindrücklich auf die aufsteigende Rate der Pflegebedürftigkeit vor dem Hintergrund von Multimorbidität und demographischem Wandel hin. Er betont dabei auch, dass die Definition zur Bemessung von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI einer Erweiterung bedarf und dass derzeitige Prognosen über die Pflegebedürftigkeit einer Anpassung bedürfen, wenn die Empfehlungen des Sachverständigenrats zur Überprüfung des Pflegebegriffs umgesetzt werden und der Begriff eine Erweiterung erfährt. In diesem Zusammenhang wird auch der Bedarf pflegender Angehöriger an Entlastungsmöglichkeiten erwähnt und eine Stärkung der Angehörigen empfohlen, wobei allerdings stationäre Hospize nicht benannt werden.⁹⁶

8 Bedarfsberechnungen

8.1 Allgemeine Vorüberlegungen

Eine jüngere Untersuchung von Allert hat frühere Forschungsergebnisse bestätigt, dass in der Versorgung mit Hospizplätzen in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Region nach Größenklassen bzw. ländlicher, städtischer bzw. großstädtischer Prägung Unterschiede bestehen. In ländlichen oder kleinstädtischen Gegenden (Einwohnerzahl bis 50.000) leben 60,7% der Wohnbevölkerung, sind aber nur 33,8% der Hospize. In großstädtischen Gegenden (Einwohnerzahl mehr als 100.000) sind 53,9% der Hospize bei vergleichbarer Größenordnung der einzelnen Hospize. Diese ungleiche Verteilung kann bedeuten, so Allert, dass in ländlichen und städtischen Gebieten frühere Versorgungsstrukturen durch die Familie unverändert noch stärker intakt sind und dementsprechend der Bedarf geringer ist. Dies kann aber auch auf einen größeren Mangel an Hospizplätzen in ländlichen Gegenden hinweisen. Allert empfiehlt daher Forschung zur differenzierten Bedarfsermittlung unter Berücksichtigung regionaler Faktoren.⁹⁷ Gleiches wurde auch von Buser et al. im Rahmen eines umfassenden Gutachtens für Niedersachsen umgesetzt.¹⁷ Auch bei den für diese Arbeit durchgeführten Runden Tischen und Expertenbefragungen wurde dieser Aspekt einhellig genannt.

In der Expertenbefragung bestätigt Priv. Doz. Dr. Nils Schneider (aus dem Team um Buser) die Wichtigkeit eines regionalspezifischen Ansatzes. Zu diesem gehörten die Kriterien Anzahl Ein-Personen-Haushalte, Anteile älterer Menschen, Bevölkerungsdichte und Krebsmortalität auf Landkreisebene. Als Erweiterungen könnte z.B. die Berücksichtigung auch nicht onkologischer Todesfälle in Betracht gezogen werden.

Der Faktor Bevölkerungsdichte ist für die Bedarfskalkulation eines gesamten Palliativversorgungskonzeptes sicher von großer Wichtigkeit. Für den stationären Bereich spielt dieser Aspekt jedoch eine untergeordnete Rolle. Eine geringe Bevölkerungsdichte bedeutet in der Regel größere Entfernungen, die von ambulanten Diensten zu den Patienten zu bewältigen sind, und größere Entfernungen stationärer Einrichtungen zu den Wohnorten von Patienten (es sei denn, ein großer Teil der Pflegebedürftigen lebt in Pflegeeinrichtungen und nicht im familiären Umfeld). Bei den Runden Tischen wurde jedoch im Hinblick auf die Beurteilung der Bevölkerungsdichte und damit die Wohnortnähe von Hospizen betont, dass

weniger die Distanz, als die Erreichbarkeit eines Hospizes (für Familie und Besucher von Hospizgästen) eine Rolle spielen. Die Bevölkerungsdichte ist eine bedeutsame Größe für die Struktur und die Anforderungen an ein Netzwerk und kann nicht isoliert als Größe für die Bedarfsberechnung stationärer Hospize herangezogen werden. Dennoch kann bei einer prospektiven Versorgungsforschung möglicherweise eine wissenschaftlich fundierte Grundlage für die Berücksichtigung dieser Größe als Teil der vielen sich gegenseitig bedingenden Einflussgrößen auf den Bedarf an stationären Hospizen identifiziert werden. Zurzeit lässt sich der Einfluss dieser Größe auf den Bedarf stationärer Hospizbetten nicht quantifizieren.

Durch SAPV könnten sich Raten der Patienten, die zu Hause sterben können, deutlich erhöhen; auch eine Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung kann einen Einflussfaktor auf den Bedarf an stationären Einrichtungen darstellen. Durch eine größere Nutzung von SAPV-Diensten und eine ggf. veränderte Kommunikationsstruktur bei einer verbesserten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung kann sich der Bekanntheitsgrad von Palliative Care erhöhen, woraufhin entweder bisher versteckter oder neuer (Wunsch-)Bedarf zu Tage kommen könnte. Möglicherweise könnte sich durch eine verbesserte ambulante Palliativversorgung der Anteil an Fehlbelegungen in den Hospizen verringern; andererseits könnten Patienten auch z.B. zur Neueinstellung medikamentöser Behandlung kurzfristig in Hospizen aufgenommen werden, wenn keine Palliativstation in der Nähe ist und Hospize vor Ort in größerem Umfang für medizinische Anforderungen zur Verfügung stehen.

Zudem muss man davon ausgehen, dass die stationäre Hospizversorgung sich weiter dem Bereich der Nichttumor Erkrankungen öffnet (wie auch Entwicklungen im ambulanten Bereich und auf den Palliativstationen zeigen). Dies kann Nachhalleffekte auf die Nachfrage von/für Nichttumorpatienten auf stationäre Hospize haben.

Inwieweit gleichzeitig zu einer zunehmenden Berücksichtigung dieser Patientengruppe eventuell die Nachfrage von Tumorpatienten abnimmt, z.B. durch bessere Integration von Palliative Care in Pflegeeinrichtungen oder eine veränderte ambulante Versorgungslandschaft, muss prospektiv beobachtet werden.

Insgesamt kann für die dynamischen Veränderungen in den Netzwerkstrukturen keine zuverlässige Einschätzung darüber abgegeben werden, in welcher Form sie sich auf den Bedarf stationärer Hospize auswirken werden.

Sollten Hospize weitere, neue Aufgaben übernehmen, wie Kurzzeitpflege, Respite Care, Dienste als Nacht- oder Tageshospiz, wird auch dies Auswirkungen auf den Bedarf haben.

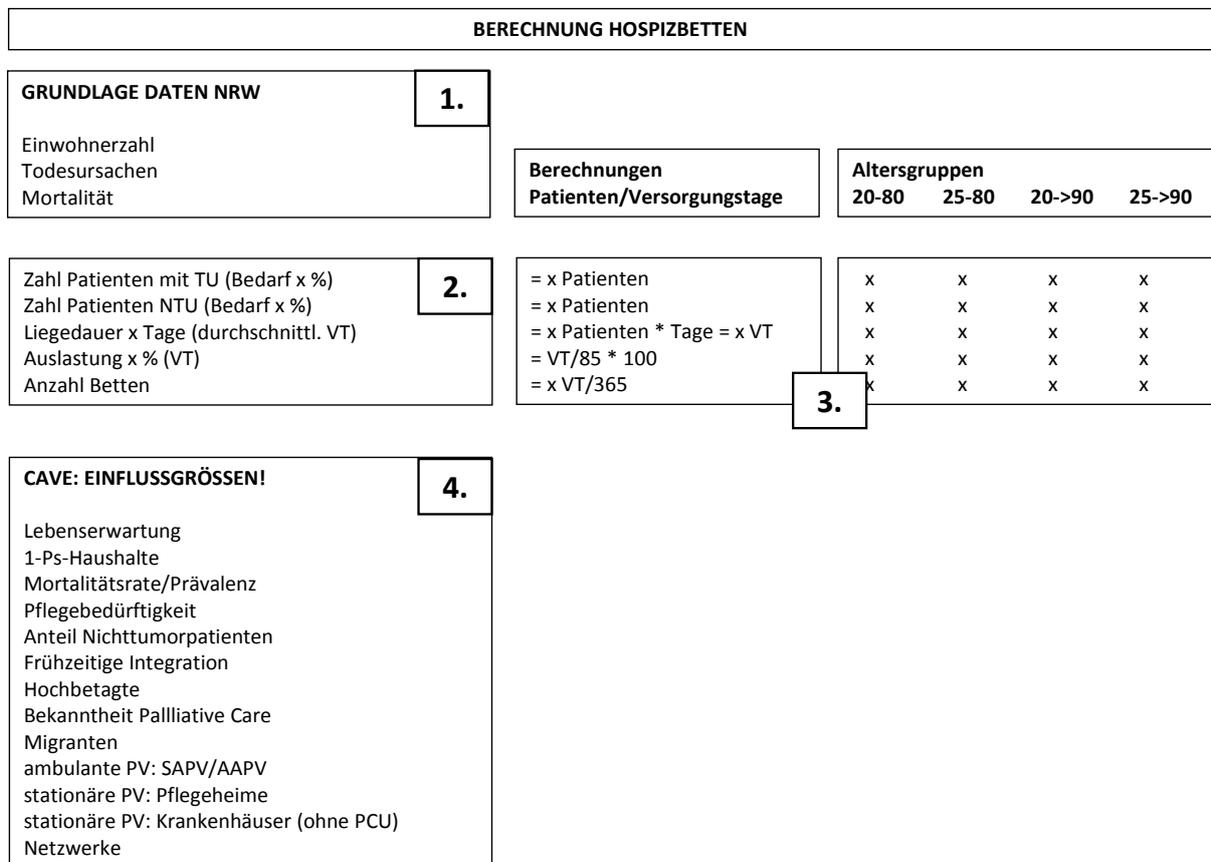
Wird entsprechend der WHO Definition aus dem Jahre 2002 zunehmend eine frühzeitige Integration von Palliative Care in die Versorgung von Menschen mit malignen und nicht-malignen chronischen Erkrankungen umgesetzt, wird sich eine Bedarfsänderung ergeben. Inwieweit sich diese auf den stationären Bereich auswirkt, kann nicht eingeschätzt, sollte aber auch nicht isoliert von den Auswirkungen auf die gesamte entsprechende Versorgungslandschaft betrachtet werden.

Zudem ergeben sich nach heutigen Berechnungen nicht unerhebliche demographische und epidemiologische Veränderungen. Isoliert betrachtet, nur auf diesen Faktoren basierend, Aussagen im Hinblick auf Bedarfsänderungen zu treffen, würde sowohl die (noch nicht einschätzbaren) Auswirkungen der dynamischen Netzwerkveränderungen als auch den Wandel medizinischer Möglichkeiten, gerade im Bereich der Nichttumor Erkrankungen, z.B. bei chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen, außer Acht lassen. Auch dies sind Aspekte, die regelmäßig einer Neubeurteilung unterliegen sollten.

Jedoch wurde vor dem Hintergrund des demographischen Wandels eine moderate Steigerung und vor dem Hintergrund eines höheren zu berücksichtigenden Anteils von Nichttumorpatienten (nicht nur) in stationären Hospizeinrichtungen eine geringe Anhebung des zurzeit versorgten Patientenguts in diesen Gruppen vorgenommen. Je nach Entwicklung können sich diese Werte in Zukunft verschieben.

Eine Bedarfsberechnung allein sagt aber noch nichts über die ökonomische Machbarkeit zur Deckung des Bedarfs aus.

8.2 Berechnung Erwachsene



TU= Tumorerkrankung; NTU=Nichttumorerkrankung; VT=Versorgungstage; *=mal; Ps=Personen; PCU=Palliativstation; PV=Palliativversorgung; SAPV/AAPV=spezialisierte/allgemeine ambulante PV

Abbildung 9: Berechnung Hospizbetten anhand eines Algorithmus

1. Für die Berechnung des Bedarfs von Hospizbetten wird vorgeschlagen, die Daten für Nordrhein-Westfalen zu Einwohnerzahl, Todesursachen und Mortalität anhand amtlicher Statistiken zu berücksichtigen.

2. Der zu berücksichtigende Prozentsatz von Patienten mit Tumorerkrankungen und Nichttumorerkrankungen muss festgelegt werden. Die durchschnittliche Liegedauer in stationären Hospizen und die Auslastung der Hospize müssen ermittelt werden.

Alle zu berücksichtigenden Daten sollten wegen der Dynamik im Bereich Palliative Care möglichst nicht älter als 2 Jahre sein und die Daten sollten gemäß der in den entsprechenden

Kapiteln zur Datenlage dargelegten und für eine Bedarfsberechnung dienlichen Weise erhoben werden.

3. Es muss eine Entscheidung getroffen werden, welche Altersgruppen für das Setting der stationären Hospize für Erwachsene zu berücksichtigen sind. Es werden vier verschiedene Gruppen präsentiert, über die mit den entsprechenden Akteuren in der Versorgung zu diskutieren ist.

4. Es wurden verschiedene Einflussgrößen auf den Bedarf an Hospizbetten identifiziert. Diese Einflussgrößen können sich nach oben oder unten oder auch neutral auswirken. Zudem bedingen sich verschiedene Einflussgrößen gegenseitig; sie können daher zum großen Teil nicht isoliert betrachtet werden.

Für einige dieser Einflussgrößen liegen Daten vor bzw. werden Daten erhoben, die regelmäßig zur Betrachtung mit herangezogen werden können (Einwohnerdichte, Ein-Personen-Haushalte, Pflegebedürftigkeit). Jedoch muss kritisch geprüft werden, auf welcher Basis diese Daten erhoben werden (siehe z. B. Pflegebedürftigkeit in Kapitel 4.1.3).

CAVE: EINFLUSSGRÖSSEN!	4.
↑ Lebenserwartung	
↑ 1-Ps-Haushalte	
↑ Mortalitätsrate/Prävalenz	
↑ Pflegebedürftigkeit	
↑ Anteil Nichttumorpatienten	
↑ Frühzeitige Integration	
↑ Hochbetagte	
↑ Bekanntheit Palliative Care	
↑ Migranten	
↓ ↑ ambulante PV: SAPV/AAPV	
↓ ↑ stationäre PV: Pflegeheime	
↓ ↑ stationäre PV: Krankenhäuser (ohne PCU)	
↓ ↑ Netzwerke	

Ps=Personen; PCU=Palliativstation; PV=Palliativversorgung; SAPV/AAPV=spezialisierte/allgemeine ambulante PV

Abbildung 10: Einflussgrößen auf den tatsächlichen Bedarf

Für andere Einflussgrößen gibt es Trends, die jedoch prospektiv zu beobachten sind. Beispiel: steigende Lebenserwartung oder höherer Einschluss von Migranten in die Palliativversorgung.

Wiederum andere Einflussgrößen können nicht eindeutig in Hinblick auf ihre Auswirkung eingeschätzt werden. Beispiel: Ambulante Palliativversorgung:

Die Auswirkungen der allgemeinen wie auch der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung können nicht eindeutig vorausgesagt werden. Es ist möglich, dass durch eine verbesserte ambulante Versorgung ein geringerer Prozentsatz der Tumor- und Nichttumorpatienten einen stationären Aufenthalt am Lebensende im Hospiz benötigt. Jedoch kann eine Erweiterung der ambulanten Palliativversorgung auch zu einer größeren Bekanntheit dieser Versorgungsmöglichkeit führen und somit einen Bedarf wecken bzw. bisher versteckten Bedarf erkennen lassen.

Die Entwicklung der ambulanten Palliativversorgung kann u.a. auch Einfluss auf den Grad der Pflegebedürftigkeit, die Lebenserwartung sowie den Anteil von Menschen, die in anderen Settings eine gute Palliativversorgung erhalten können (z.B. Pflege- oder Altenheime) haben.

Für viele der Einflussgrößen gilt, dass sie nicht isoliert, sondern wiederum auf andere hier benannte Einflussgrößen wirken.

Einfluss von auf → → →	LE	1P	M/P	PB	NTU	FI	HB	BPC	MI	APV	SPV-P	SPV-K	NW
LE (Lebenserwartung)		x	x	x	x	?	x	?	?	x	x	x	?
1P (1-Ps-Haushalte)			?	?	?	?				x	x	x	?
M/P (Mortalitätsrate/Prävalenz)	x			x	x		x			x	x	x	?
PB (Pflegebedürftigkeit)	x	?	x			?	x			x	x	x	?
NTU (Anteil Nichttumorpatienten)	x	?		x		?	x			x	x	x	?
FI (Frühzeitige Integration)	x	?	?	x	x		?	x	?	x	x	x	x
HB (Hochbetagte)		x	x	x	x	?				x	x	x	x
BPC (Bekanntheit Palliative Care)	?	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
MI (Migranten)		x	?	?	?	x	?	x		x	x	x	x
APV (ambulante PV: SAPV/AAPV)	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
SPV-P (stationäre PV: Pflegeheime)	x	x	x	x	x	x	x	x	?	x		x	x
SPV-K (stationäre PV: Krankenhäuser (ohne PCU))	x	x	x	x	x	x	x	x	?	x	x		x
NW (Netzwerke)	?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

x=Einfluss auf...wird angenommen; Richtung nicht angegeben; ?=Einfluss fraglich; kein Eintrag=kein Einfluss angenommen

Tabelle 37: Mögliche Interrelativität von Einflussgrößen

Im Folgenden wird anhand des vorliegenden Datenmaterials eine Darstellung der Ausgangslage in Nordrhein-Westfalen vorgenommen:

Ausgangslage Nordrhein-Westfalen

Nordrhein-Westfalen 2008		Davon > 80 Jahre	Davon < 20 Jahre	Davon < 25 Jahre
Einwohner gesamt	17 933 064	888 060	3 597 966	4 646 388
Gestorbene insgesamt	189 586	93 376	1 202	1 559
Bösartige Neubildungen	50 758	15 544	115	158
Krankheiten des Kreislaufsystems	73 952	46 436	70	106
Krankheiten des Atmungssystems	14 165	7 816	25	29
Krankheiten des Verdauungssystems	9 525	4 290	14	21
Sonstige	41 186	19 290	978	1 245

Tabelle 38: Einwohner und Gestorbene nach Altersgruppen Nordrhein-Westfalen 2008a

Nordrhein-Westfalen 2008	Davon ≥ 20 Jahre	Davon ≥ 25 Jahre	Davon 20-80 Jahre	Davon 25–80 Jahre
Einwohner gesamt	14 335 098	13 286 676	13 447 038	12 398 616
Gestorbene insgesamt	188 384	188 027	95 008	94 651
Bösartige Neubildungen	50 643	50 600	35 099	35 056
Krankheiten des Kreislaufsystems	73 882	73 846	27 446	27 410
Krankheiten des Atmungssystems	14 140	14 136	6 324	6 320
Krankheiten des Verdauungssystems	9 511	9 504	5 221	5 214
Sonstige	20 208	39 941	20 918	20 651
Nichttumor insgesamt	137 741	137 427	59 909	59 595

Tabelle 39: Einwohner und Gestorbene nach Altersgruppen Nordrhein-Westfalen 2008b

Die Tabelle 38 und Tabelle 39 geben einen Überblick über die wichtigsten Todesursachen, unterteilt nach verschiedenen Altersgruppen, die für eine Bedarfsberechnung berücksichtigt werden können.

Zunächst muss dargelegt werden, wie hoch anteilig Tumorpatienten und Nichttumorpatienten in den stationären Hospizen für Erwachsene repräsentiert sind. Wie die von den ALPHA-Stellen durchgeführte Befragung stationärer Hospize aufzeigt, wurden im Jahr 2008 durchschnittlich 117 Gäste pro stationäres Hospiz aufgenommen. Geht man aktuell von einem gleichen Jahresdurchschnitt pro Hospiz aus, so werden jährlich in den 57 stationären Hospizen (zur Zeit der Erhebung waren es 55) 6.669 Gäste aufgenommen ($117 \cdot 57 = 6.669$). Nach Angaben der stationären Hospize sind 93% dieser Gäste Tumorpatienten, was einer Zahl von 6.202 Tumorpatienten entspricht. Bezogen auf die Gesamtzahl an verstorbenen Tumorpatienten in der Altersgruppe 20+ (50.643), sind dies 12,2% aller Tumorpatienten. (Die Datenlage über die Hospizgäste lässt aufgrund der Erhebung keine weitere Differenzierung von Altersgruppen und Epidemiologie zu, da das Durchschnittsalter der Patienten angegeben wurde und aus den Runden Tischen sowie den HOPE-Erhebungen bekannt ist, dass Hochaltrige, wenn auch nicht in hoher Anzahl, als Patienten in den Hospizen vertreten sind). Von den jährlich 6.669 Gästen sind 467 in die Gruppe der Nicht-Tumorpatienten einzuordnen ($6.669 - 6.202$). Bei einer Zahl von 137.741 gestorbenen Nicht-Tumorpatienten in der Gruppe 20+ ergibt dies einen Anteil von 0,3% an Nichttumorpatienten, die in einem stationären Hospiz aufgenommen werden.

Die Werte zu durchschnittlicher Aufenthaltsdauer im stationären Hospiz und durchschnittlicher Belegungsquote ergaben anhand der Ergebnisse der ALPHA-Befragung eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 24 Tagen und eine Auslastung von 85%.

Die Auswertung des Ist-Zustands zeigt, dass ein sehr geringer Teil der Nichttumorpatienten derzeit in den Hospizen berücksichtigt wird, hingegen ein nicht unerheblicher Anteil der Tumorpatienten. Da die Experten und auch die Praktiker mit Expertise im Bereich der stationären Hospize für Erwachsene den Bedarf insgesamt als im Grunde gedeckt angenommen haben, aber den Einschluss von Nichttumorpatienten auch als gering bewerteten, wird eine sehr konservative höhere Bedarfseinschätzung für den jetzigen Zeitpunkt vorgenommen. Danach wären 13% der Tumorpatienten und 1% der Nichttumorpatienten zu berücksichtigen. Diese Einschätzung berücksichtigt den z.T. niedrigen Bekanntheitsgrad der Versorgungsmöglichkeit von Nichttumorpatienten in den stationären Einrichtungen und die derzeitigen noch nicht ausgereiften Strukturen im Netzwerk, vor allem im ambulanten Bereich. Vor diesem Hintergrund ergibt sich ein Bedarf für 2010 wie folgt, wobei die weiteren Berechnungen anhand variierender Altersgruppen vorgenommen werden. Datengrundlage bilden die amtlichen Zahlen aus dem Jahr 2008.

Berechnung 1: Altersgruppe 20->90

13% aller Todesfälle Tumorpatienten (50.643) = 6.584 Gäste

1% aller Todesfälle Nicht-Tumorpatienten (137.741) = 1.377 Gäste

Zahl Gäste pro Jahr = 6.584 Gäste + 1.377 Gäste = 7.961 Gäste pro Jahr

Kalkulation Aufenthalt 24 Tage: 24 Tage * 7.961 Gäste = 191.064 Versorgungstage pro Jahr

Kalkulation Belegung 85%: 224.781 Versorgungstage pro Jahr

Anzahl Betten: 224.781 Versorgungstage/365 Tage = 616 Betten

Für die verkürzte Abbildung weiterer Berechnungen wird folgendes Schema verwendet, das hier nochmals beispielhaft die Zahlen aus Berechnung 1 enthält.

Berechnung 1: Altersgruppe 20->90

Verstorbene Tumor gesamt	50.643
Verstorbene Nichttumor gesamt	137.741
Verst. Tumorpatienten (13%)	6.584
Verst. Nicht-Tumorpatienten (1%)	1.377
Gäste/Jahr	7.961
Versorgungstage/Jahr (*24)	191.064
Belegung (85%)	224.781
Anzahl Betten (/365)	616

Berechnungen Patienten/Versorgungstage		Altersgruppen			
		20-80	25-80	20->90	25->90
Zahl Patienten mit TU 50 643 (Bed. 13 %)	2.	x	x	6 584	x
Zahl Patienten NTU 137 741 (Bed. 1 %)		x	x	1 377	x
Liegedauer 24 Tage (durchschnittl. VT)	3.	x	x	191 064	x
Auslastung 85% (VT)		x	x	224 781	x
Anzahl Betten				616	

TU= Tumorerkrankung; NTU=Nichttumorerkrankung; VT=Versorgungstage; *=mal

Tabelle 40: Aktueller Bedarf an Hospizbetten in Nordrhein-Westfalen für die Altersgruppe 20 bis über 90 Jahre

Bewertung:

Bei Berücksichtigung dieser Altersgruppe und des zugrunde gelegten Zahlenmaterials ergibt sich ein Bedarf von 616 Hospizbetten für Erwachsene auf Landesebene.

Dies sind: 43 Betten/eine Million Einwohner in der Gruppe ab 20 Jahre;

nach der Aufschlüsselung der allgemeinen Empfehlungen (Betten/pro eine Million Einwohner insgesamt) wären dies: 34 Betten/eine Million Einwohner.

Berechnung 2: Altersgruppe 25->90

Verstorbene Tumor gesamt	50.600
Verstorbene Nichttumor gesamt	137.427
Verst. Tumorpatienten (13%)	6.578
Verst. Nicht-Tumorpatienten (1%)	1.363
Gäste/Jahr	7.952
Versorgungstage/Jahr (*24)	190.848
Belegung (85%)	224.527
Anzahl Betten (/365)	615

	Berechnungen Patienten/Versorgungstage	Altersgruppen			
		20-80	25-80	20->90	25->90
Zahl Patienten mit TU 50 600 (Bed. 13 %)	2. = 6 578 Patienten = 1 363 Patienten = 7 952 Patienten x 24 Tage =VT/85 x 100 =VT/365	x	x	x	6 578
Zahl Patienten NTU 137 427 (Bed. 1 %)		x	x	x	1 363
Liegedauer 24 Tage (durchschnittl. VT)		x	x	x	190 848
Auslastung 85% (VT)		x	x	x	224 527
Anzahl Betten		3.			

TU= Tumorerkrankung; NTU=Nichttumorerkrankung; VT=Versorgungstage; *=mal

Tabelle 41: Aktueller Bedarf an Hospizbetten in Nordrhein-Westfalen für die Altersgruppe 25 bis über 90 Jahre

Bewertung:

Bei Berücksichtigung dieser Altersgruppe und des zugrunde gelegten Zahlenmaterials ergibt sich ein Bedarf von 615 Hospizbetten für Erwachsene auf Landesebene.

Dies sind: 46 Betten/eine Million Einwohner in der Gruppe ab 25 Jahre;

nach der Aufschlüsselung der allgemeinen Empfehlungen (Betten/pro eine Million Einwohner insgesamt) wären dies ebenso: 34 Betten/eine Million Einwohner.

Berechnung 3: Altersgruppe 20-80

Verstorbene Tumor gesamt	35.099
Verstorbene Nichttumor gesamt	59.909
Verst. Tumorpatienten (13%)	4.563
Verst. Nicht-Tumorpatienten (1%)	599
Gäste/Jahr	5.162
Versorgungstage/Jahr (*24)	123.888
Belegung (85%)	145.751
Anzahl Betten (/365)	399

	Berechnungen Patienten/Versorgungstage	Altersgruppen			
		20-80	25-80	20->90	25->90
Zahl Patienten mit TU 35 099 (Bed. 13 %)	2. = 4 563 Patienten = 599 Patienten = 5 162 Patienten x 24 Tage =VT/85 x 100 =VT/365	4 563	x	x	x
Zahl Patienten NTU 59 909 (Bed. 1 %)		599	x	x	x
Liegedauer 24 Tage (durchschnittl. VT)		123 888	x	x	x
Auslastung 85% (VT)		145 751	x	x	x
Anzahl Betten		399			
		3.			

TU= Tumorerkrankung; NTU=Nichttumorerkrankung; VT=Versorgungstage; *=mal

Tabelle 42: Aktueller Bedarf an Hospizbetten in Nordrhein-Westfalen für die Altersgruppe 20 bis 80 Jahre

Bewertung:

Bei Berücksichtigung dieser Altersgruppe und des zugrunde gelegten Zahlenmaterials ergibt sich ein Bedarf von 399 Hospizbetten für Erwachsene auf Landesebene.

Dies sind: 30 Betten/eine Million Einwohner in der Gruppe 20 bis 80 Jahre;

nach der Aufschlüsselung der allgemeinen Empfehlungen (Betten/pro eine Million Einwohner insgesamt) wären dies ebenso: 22 Betten/eine Million Einwohner.

Berechnung 4: Altersgruppe 25-80

Verstorbene Tumor gesamt	35.056
Verstorbene Nichttumor gesamt	59.595
Verst. Tumorkpatienten (13%)	4.557
Verst. Nicht-Tumorkpatienten (1%)	596
Gäste/Jahr	5.153
Versorgungstage/Jahr (*24)	123.672
Belegung (85%)	145.496
Anzahl Betten (/365)	399

Berechnungen Patienten/Versorgungstage		Altersgruppen			
		20-80	25-80	20->90	25->90
Zahl Patienten mit TU 35 056 (Bed. 13 %)	2.	x	4 557	x	x
Zahl Patienten NTU 59 595 (Bed. 1 %)		x	596	x	x
Liegedauer 24 Tage (durchschnittl. VT)		x	123 672	x	x
Auslastung 85% (VT)		x	145 496	x	x
Anzahl Betten			399		
= 4 557 Patienten	3.				
= 596 Patienten					
= 5 153 Patienten x 24 Tage					
=VT/85 x 100					
=VT/365					

TU= Tumorerkrankung; NTU=Nichttumorerkrankung; VT=Versorgungstage; *=mal

Tabelle 43: Aktueller Bedarf an Hospizbetten in Nordrhein-Westfalen für die Altersgruppe 25 bis 80 Jahre

Bewertung:

Bei Berücksichtigung dieser Altersgruppe und des zugrunde gelegten Zahlenmaterials ergibt sich ein Bedarf von 399 Hospizbetten für Erwachsene auf Landesebene.

Dies sind: 32 Betten/eine Million Einwohner in der Gruppe 25 bis 80 Jahre;

nach der Aufschlüsselung der allgemeinen Empfehlungen (Betten/pro eine Million Einwohner insgesamt) wären dies ebenso: 22 Betten/eine Million Einwohner.

Zusammenfassende Bewertung

Die Entscheidung, für die Berechnung des Bedarfs von Hospizbetten für Erwachsene die Verstorbenen ≥ 20 Jahre oder ≥ 25 Jahre zu berücksichtigen, macht keinen relevanten Unterschied in Bezug auf die Gesamtzahl der benötigten Betten nach der hier vorgestellten Formel (32/30), wenn keine Hochbetagten (> 80 Jahre) in die Zielgruppe eingeschlossen werden.

Wird aber die Entscheidung getroffen, dass Hochbetagte in die Zielgruppe für die Bereitstellung stationärer Hospizbetten zu inkludieren sind, ergeben sich nach der hier vorgestellten Formel relevante Unterschiede. Statt 30 bzw. 32 Betten sind dann 43 bzw. 46 Betten notwendig.

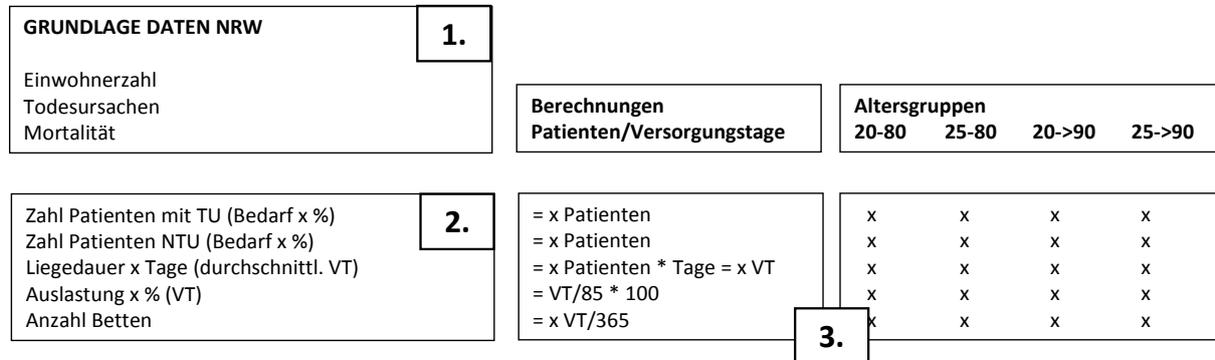
Bei der zurzeit inkludierten Altersgruppe von ≥ 20 Jahre bis > 90 Jahre und dem Bestand von 496 Betten für Erwachsene sind dies bezogen auf die Einwohnerzahl in dieser Altersgruppe 35 Betten/eine Million Einwohner; nach der allgemeinen Formel 28 Betten.

Gemessen an dem Bedarf, der mit einer konservativ eingeschätzten Bedarfslücke für diese Altersgruppe nach dem hier vorliegenden Modell berechnet wurde, ergäbe sich somit ein potenzieller zusätzlicher Bedarf von 6 Betten/eine Million Einwohner nach der allgemeinen Formel (28 Betten des Ist-Zustandes plus Differenz zur Berechnung 1 (34 Betten)).

Dies kann trotz der Einschätzung vieler Experten und Praktiker, dass der Bedarf gedeckt sei, mögliches nicht erreichtes Patientenpotenzial berücksichtigen. So gibt es beispielsweise keine validen Daten zu Wartelisten; dies müsste beforscht werden. Es ist nicht ausreichend bekannt, wie viele Patienten versterben, bevor sie in einem Hospiz aufgenommen werden können oder für welche aus Befürchtung oder Kenntnis einer Wartezeit von Seiten der Zuweiser keine Anfrage erfolgte. Auch kann aus Rückmeldungen der Praktiker zu geringfügigen Raten der Abweisungen nicht zwingend auf den Bedarf geschlossen werden. Zudem hat die Netzwerkbefragung ergeben, dass strukturelle Engpässe bei den Zuweisern zu bestimmten Zeiten auch zu geringeren Anmeldungen führen. Weiterhin sind keine validen Daten darüber erhältlich, inwiefern betroffene Patienten/Angehörige Barrieren für eine

Anfrage im Hospiz erfahren, z.B. aus Mangel an Unterstützung im Vorfeld einer Anfrage. Eine quantitativ und qualitativ aussagekräftige Beforschung zu diesen Fragestellungen war im Rahmen des Projekts nicht möglich; auf die Einholung nicht repräsentativer Aussagen wurde dementsprechend verzichtet.

Die Berechnung lässt sich anhand folgender Schritte variabel auf alle Kreise und kreisfreien Städte anwenden



Um dies zu ermöglichen, wurden für Schritt 1 aufwändig alle relevanten Daten für Kreise und kreisfreie Städte aufbereitet. Diese können den Tabellen Anhang 14 entnommen werden.

Schritt 2 hat für die Bedarfsberechnung 2010 die angegebenen Größen 13% aller Tumorfälle + 1% aller Nichttumorfälle sowie 24 Tage Verweildauer bei 85% Auslastung.

Nach Auswahl der Altersgruppe sind dann (Schritt 3) folgende Berechnungen vorzunehmen:

13% aller Tumorfälle + 1% aller Nichttumorfälle aus Altersgruppe = x Gäste pro Jahr

24 Tage * x Gäste pro Jahr = x Versorgungstage pro Jahr

(Durchschnittlicher Aufenthalt von 24 Tagen berücksichtigt)

x Versorgungstage pro Jahr/85 * 100 = x Versorgungstage pro Jahr

(85% Auslastung berücksichtigt)

x Versorgungstage pro Jahr/365 Tage = Anzahl Betten

8.3 Städtisch

Berechnung Herne

Herne, krfr. Stadt		Davon > 80 Jahre	Davon < 20 Jahre	Davon < 25 Jahre	Ø Alter 2008	Ø Alter 2030	Pflegebedürftige 2030 in 1000	7,1
Einwohner gesamt	166 924	9 747	30 757	39 940	43,9	48,2	Davon stationär in 1000	2,1
Gestorbene insgesamt	2 110	1 042	20	24			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	29,6
Bösartige Neubildungen	557	189	1	1				
Krankheiten des Kreislaufsystems	797	496	2	2				
Krankheiten des Atmungssystems	161	91	0	0				
Krankheiten des Verdauungssystems	121	52	0	0				
Sonstige	474	214	17	21				

Tabelle 44: Herne 2008 Einwohner und Gestorbene nach Altersgruppen a

Herne, krfr. Stadt	Davon ≥ 20 Jahre	Davon ≥ 25 Jahre	Davon 20-80 Jahre	Davon 25-80 Jahre
Einwohner gesamt	136 167	126 984	126 420	117 237
Gestorbene insgesamt	2 090	2 086	1 048	1 044
Bösartige Neubildungen	556	556	367	367
Krankheiten des Kreislaufsystems	795	795	299	299
Krankheiten des Atmungssystems	161	161	70	70
Krankheiten des Verdauungssystems	121	121	69	69
Sonstige	457	453	242	238
Nichttumor insgesamt	1 534	1 530	681	677

Tabelle 45: Herne 2008 Einwohner und Gestorbene nach Altersgruppen b

Zur Berechnung des Bedarfs an stationären Hospizbetten in Herne wurden regionale Daten der amtlichen Statistik und eigene Angaben aus der ALPHA-Befragung 2008 berücksichtigt. Die durchschnittliche angegebene Verweildauer der Hospizgäste entspricht mit 24 Tagen dem landesweiten Mittelwert. Für die Berücksichtigung der Auslastungsquote wurde auf die Angabe des stationären Hospizes (92%) zurückgegriffen, die höher liegt als der Landesdurchschnitt.

		Berechnungen Patienten/Versorgungstage	Altersgruppen			
			20-80	25-80	20->90	25->90
2. Zahl Patienten mit TU 556 (Bed. 13 %) Zahl Patienten NTU 1 534 (Bed. 1 %) Liegedauer 24 Tage (durchschnittl. VT) Auslastung 92% (VT) Anzahl Betten	3. = 72 Patienten = 15 Patienten = 87 Patienten x 24 Tage =VT/92 x 100 =VT/365	x	x	72	x	
		x	x	15	x	
		x	x	2 088	x	
		x	x	2 270	x	
				6		

TU= Tumorerkrankung; NTU=Nichttumorerkrankung; VT=Versorgungstage; *=mal

Abbildung 11: Aktueller Bedarf in Herne für die Altersgruppe 20 bis über 90 Jahre

		Berechnungen Patienten/Versorgungstage	Altersgruppen			
			20-80	25-80	20->90	25->90
2. Zahl Patienten mit TU 556 (Bed. 13 %) Zahl Patienten NTU 1 511 (Bed. 1 %) Liegedauer 24 Tage (durchschnittl. VT) Auslastung 92% (VT) Anzahl Betten	3. = 72 Patienten = 15 Patienten = 87 Patienten x 24 Tage =VT/92 x 100 =VT/365	x	x	x	72	
		x	x	x	15	
		x	x	x	2 088	
		x	x	x	2 270	
					6	

TU= Tumorerkrankung; NTU=Nichttumorerkrankung; VT=Versorgungstage; *=mal

Abbildung 12: Aktueller Bedarf in Herne für die Altersgruppe 25 bis über 90 Jahre

		Berechnungen Patienten/Versorgungstage	Altersgruppen			
			20-80	25-80	20->90	25->90
2. Zahl Patienten mit TU 367 (Bed. 13 %) Zahl Patienten NTU 681 (Bed. 1 %) Liegedauer 24 Tage (durchschnittl. VT) Auslastung 92% (VT) Anzahl Betten	3. = 48 Patienten = 7 Patienten = 55 Patienten x 24 Tage =VT/92 x 100 =VT/365	48	x	x	x	
		7	x	x	x	
		1 320	x	x	x	
		1 435	x	x	x	
					4	

TU= Tumorerkrankung; NTU=Nichttumorerkrankung; VT=Versorgungstage; *=mal

Abbildung 13: Aktueller Bedarf in Herne für die Altersgruppe 20 bis 80 Jahre

		Berechnungen Patienten/Versorgungstage		Altersgruppen			
				20-80	25-80	20->90	25->90
Zahl Patienten mit TU 367 (Bed. 13 %) Zahl Patienten NTU 677 (Bed. 1 %) Liegedauer 24 Tage (durchschnittl. VT) Auslastung 92% (VT) Anzahl Betten	2.	= 48 Patienten	x	48	x	x	
		= 7 Patienten	x	7	x	x	
		= 55 Patienten x 24 Tage	x	1 320	x	x	
		=VT/92 x 100	x	1 435	x	x	
		=VT/365		4			
			3.				

TU= Tumorerkrankung; NTU=Nichttumorerkrankung; VT=Versorgungstage; *=mal

Abbildung 14: Aktueller Bedarf in Herne für die Altersgruppe 25 bis 80 Jahre

Bewertung

Auf Grundlage der Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen wird ein Bedarf an 6 bzw. 4 stationären Hospizbetten für die kreisfreie Stadt Herne ausgewiesen. Das stationäre Hospiz in Herne hält derzeit 10 Betten vor. Bei der Interpretation der Ergebnisse gibt es mehrere Einschränkungen zu beachten. Wie die Ergebnisse der Netzwerkbefragung zeigen (Kapitel 6.3), kommen mit 60 von 171 Patienten im Jahr 2009 nur etwa 35% der Hospizgäste aus Herne selbst. Die Herkunft der anderen Gäste verteilt sich auf andere Städte in der Region. Das Einzugsgebiet reicht also über die Grenzen des eigenen Stadtgebiets hinaus, obwohl (oder weil) es in unmittelbarer Umgebung weitere stationäre Hospize gibt. Die Statistiken aus dem Jahr 2008 weisen mit 219 abgewiesenen Anfragen zudem auf einen noch höheren Bedarf an Betten hin, wobei keine Aussage darüber getroffen werden kann, inwieweit die nicht aufgenommenen Personen in anderen Einrichtungen unterkamen.

Das Beispiel Herne gibt aufgrund der genannten Einschränkungen bei der Bewertung der Bedarfsberechnung wichtige Hinweise. Für eine Bedarfsplanung kann ein stationäres Hospiz nie isoliert betrachtet werden. Es gilt den Ist-Zustand auf Grundlage der hier und weiter oben ausführlich benannten Faktoren zu erheben und zu berücksichtigen. Dabei sind immer angrenzende Kreise und kreisfreie Städte in die Überlegungen mit einzubeziehen. Ein Dialog mit regionalen Akteuren und anderen Anbietern in der engeren Region sowie die gemeinsame Beratung über vorhandene oder zu erhebende Daten sind empfehlenswert.

8.4 Regierungsbezirk

Um beispielhaft einen größeren regionalen Bereich darzustellen, wird eine Bedarfsberechnung für den Regierungsbezirk Düsseldorf vorgenommen.

Der Regierungsbezirk Düsseldorf besteht aus 15 Kreisen und kreisfreien Städten (Düsseldorf, Duisburg, Essen, Krefeld, Mönchengladbach, Mülheim an der Ruhr, Oberhausen, Remscheid, Solingen, Wuppertal, Kreis Kleve, Kreis Neuss, Kreis Viersen, Kreis Wesel).

Im Jahr 2008 lebten 5.191.042 Personen im Regierungsbezirk Düsseldorf. Die relevanten Zahlen zu Sterbefällen für die Bedarfsberechnung finden sich in der folgenden Tabelle.

Regierungsbezirk Düsseldorf 2008		Davon > 80 Jahre	Davon < 20 Jahre	Davon < 25 Jahre
Einwohner gesamt	5 191 042	262 711	996 767	1 284 187
Gestorbene insgesamt	57 755	27 701	348	452
Bösartige Neubildungen	15 732	4 648	40	51
Nichttumor	45 337	23 053	308	401

Tabelle 46: Einwohner und Gestorbene nach Altersgruppen im Regierungsbezirk Düsseldorf 2008

Im Regierungsbezirk Düsseldorf gibt es derzeit 17 stationäre Hospize für Erwachsene mit insgesamt 165 Betten. Ein weiteres stationäres Hospiz wird im Laufe des Jahres 2010 in Essen eröffnet werden.

Die Berechnung des Bedarfs an stationären Hospizbetten auf Basis der Altersgruppe 20 - >90 Jahre ergibt eine Zahl von 193 Betten für den Regierungsbezirk Düsseldorf. Auf Grundlage der Altersgruppe 20-80 Jahre ergäbe sich eine Zahl von 128 Betten.

Da die Bedarfsberechnung anhand der Beispiele Nordrhein-Westfalen gesamt und Herne bereits exemplarisch in allen Schritten durchgeführt wurde, wird hier auf eine detaillierte Beschreibung verzichtet.

Bewertung

Beim Vergleich des Ist-Zustandes (165 Betten) mit dem errechneten Bedarf der ersten Zielgruppenvariante 20 - >90 (193 Betten) scheint zunächst ein weiterer Bedarf an 28 Betten zu bestehen. Die Beschränkung auf die Zielgruppe der 20-80-jährigen Personen suggeriert einen bereits mehr als abgedeckten Bedarf (+37). Wie die Ergebnisse der ALPHA-Erhebung zeigen, werden Hochbetagte zwar in stationären Hospizen durchaus aufgenommen, bei

einem Altersdurchschnitt der Hospizgäste von $68,4 \pm 4,97$ Jahren bilden sie aber nur einen zahlenmäßig beschränkten Anteil. Jedoch können zu den aus der Mortalitätsstatistik des Gebiets berechneten Patientenzahlen auch Patienten aus wiederum angrenzenden Gebieten hinzugerechnet werden. Hier müsste durch eine umfassende Ist-Erhebung der tatsächlichen Patientenherkunft und Zahl (diese Angaben lagen nicht vollständig vor) eine Analyse des derzeit in der Praxis gespiegelten Bedarfs vorgenommen werden. Veränderungen in der Aufgabenstruktur stationärer Hospize könnten ebenfalls Schwankungen ergeben.

Durch die geplante und kurz bevorstehende Eröffnung eines weiteren Hospizes im Regierungsbezirk Düsseldorf (Essen) wird die Zahl der stationären Hospizbetten weiter steigen.

8.5 Ländlich

Eine auf reine Einwohnerzahlen beschränkte Fokussierung als Indikator für die Klassifizierung eines Gebietes als ländlich ist nur bedingt sinnvoll. Je nach thematischem Zusammenhang wird der Begriff ländlicher Raum unterschiedlich definiert; eine einheitliche Definition liegt nicht vor. Die geographische Einbettung in andere Gebiete oder die Entfernungen zu stationären Hospizen außerhalb eher ländlicher Räume sollten daher in die Bedarfsberechnung mit einbezogen werden. Viele der in Nordrhein-Westfalen bestehenden Hospize haben ein größeres Einzugsgebiet als die direkte Umgebung ihrer Einrichtung angegeben.

Aufgrund der grundsätzlich gegebenen größeren Entfernungen in ländlichen Gebieten ist die für Angehörige oder Besucher zu bewältigende Wegstrecke mehr an die Frage der Erreichbarkeit als an die der tatsächlichen Entfernung gebunden.

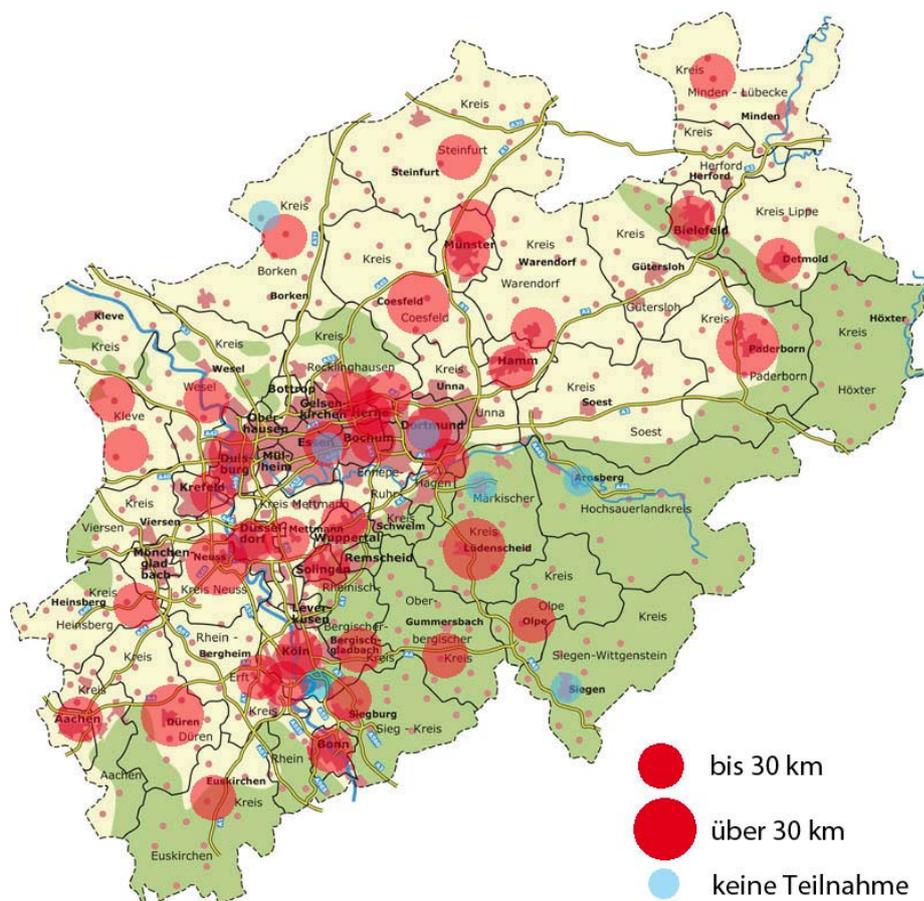


Abbildung 15: Karte der Hospizverteilung im Land Nordrhein-Westfalen mit durchschnittlichem Einzugsgebiet der Gäste nach³

Tatsächlich gibt es nur in wenigen Gebieten kein stationäres Hospiz (Regierungsbezirk Düsseldorf: Mülheim an der Ruhr, Remscheid; Regierungsbezirk Köln: Leverkusen; Regierungsbezirk Münster: Bottrop; Regierungsbezirk Detmold: Kreis Herford, Kreis Höxter; Regierungsbezirk Arnsberg: Hagen, Ennepe-Ruhrkreis, Kreis Soest). Die meisten dieser Gebiete liegen sehr nahe an städtischen Umgebungen mit einer hohen Hospizdichte. Ausnahmen sind die Landkreise Soest, Herford und Höxter ohne eigenes Hospiz. Jedoch liegen die nächsten Hospize für Soest (Ausgangspunkt Stadt Soest) in folgenden Entfernungen:

Paderborn rund 60 km

Hamm rund 30 km

Arnsberg rund 30 km

Ahlen rund 40 km

Die Entfernungen von Höxter (Ausgangspunkt Stadt Höxter) zu den nächstgelegenen Hospizen:

Paderborn rund 60 km

Detmold rund 50 km

Die Entfernungen von Herford (Ausgangspunkt Stadt Herford):

Bielefeld rund 20 km

Lübbecke rund 25 km

Wir schlagen vor, für die Berechnung dieser Gebiete so wie im Kapitel 8.4 Regierungsbezirk dargestellt vorzugehen, indem die umliegenden Gebiete mit zur Grundlage der Berechnungen hinzugezogen werden. Eine alleinige Berechnung für einen ländlichen Raum

erscheint aufgrund der Verteilung der stationären Hospize in Nordrhein-Westfalen nicht sinnvoll.

Bei einer wie empfohlen regelmäßig neu vorzunehmenden Bedarfsberechnung sollte eine Evaluierung der umfassend dargestellten Einflussgrößen mit einfließen.

8.6 Kinder

Wie die in dieser Arbeit diskutierten und vorgestellten Aspekte gezeigt haben, kann eine Bedarfserschätzung für stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene nicht auf der gleichen Grundlage wie für Erwachsene erfolgen. Ein Grund hierfür ist, dass die palliativmedizinische/hospizliche (Begleit-)Versorgung für diese Zielgruppe nicht nur hauptsächlich am Lebensende relevant ist, sondern ggf. lebenslang durchgehend oder in Intervallen vonnöten ist und sich während dieser gesamten Zeit auch auf Angebote für Eltern und Geschwisterkinder erstreckt.

Dennoch spielen bei aller geschilderten Schwierigkeit der Einschätzung Daten der Epidemiologie und Prävalenz eine Rolle für die Bedarfsermittlung. Wie z.B. in der Begleitforschungsarbeit von Jünger et al. dargelegt⁷⁷, wird in Nordrhein-Westfalen nach den letzten Berechnungen und Schätzungen in der Altersgruppe 0 bis 19 Jahre von einer Prävalenz von 3.600 Kindern und Jugendlichen mit lebenslimitierenden Erkrankungen ausgegangen. Auch wenn für viele dieser Kinder und Jugendlichen eine hospizliche/palliativmedizinische Versorgung vonnöten ist, so kann diese in den unterschiedlichsten Settings erfolgen. Ein Bedarf an stationären Hospizbetten für diese Gruppe wird für etwa 10% der Erkrankten angenommen. Für diese wurde in der Expertenbefragung der Bedarf an Hospizbetten auf 20 im Land Nordrhein-Westfalen eingeschätzt (Kapitel 6.5).

Wird noch die Rate der Prävalenz für eine Erweiterung der Altersgruppe um die 20- bis unter 25-Jährigen berücksichtigt, wird sich eine nicht dramatische Steigerung ergeben, wie auch die Berechnungen zur Mortalität zeigen. Zu den für die Gruppe der 0- bis 19-jährigen verstorbenen 791 Personen, für die ein Bedarf an Palliativversorgung als wahrscheinlich angenommen wurde, würden aus der erweiterten Altersgruppe noch 90 Personen hinzukommen (plus 11%).

Zurzeit bestehen in Nordrhein-Westfalen drei Kinderhospize mit insgesamt 34 Betten (davon 4 explizit für Jugendliche). Dies sind 14 Betten, d.h. 70% mehr als in der Expertenschätzung für eine sicher nicht um den gleichen Prozentsatz ansteigende Population, sollte man die einzubeziehende Altersgruppe auf bis unter 25 Jahre erweitern.

Nach der ALPHA-Befragung kommen aber z.T. auch Gäste aus dem gesamten Bundesgebiet. Der durchschnittliche Entfernungsradius der Gäste betrug 80-130 km. Alle Anbieter halten das Angebot in der Region für ausreichend; die Auslastung bewegte sich im Jahr 2008 zwischen 60 und 92%. Ein Hospiz gab an, keine Aufnahmen abgelehnt zu haben, die beiden anderen schätzten die Ablehnungsfälle auf zehn im Jahr 2008. Als Grund wurde Überbelegung bzw. Überbelegung in den Ferienzeiten angegeben.

Erwartet werden von den Experten für Nordrhein-Westfalen nur geringe Änderungen am Bedarf von Hospizbetten bzw. ein dem jetzigen gleichbleibender Bedarf, der allerdings einem Wandel in Bezug auf weniger stationäre Aufenthalte und mehr Inanspruchnahme von Respite Care unterliegen wird. Entlastungsaufenthalte und Kurzzeitpflege kann aber auch in anderen Settings angeboten werden – hier wurde eine Aufstockung empfohlen. Es wird einhellig betont, dass eine Erweiterung der Angebote der Kurzzeitpflege – ausgestattet mit qualifiziertem Personal – den Bedürfnissen der Familien mit einem lebenslimitierend erkrankten Kind oder Jugendlichen in höherem Maße gerecht werden würde als ein Ausbau der Hospize im bisherigen/traditionellen Sinne. Zum Teil wird ein großer und noch steigender Bedarf an stationären Plätzen der Entlastungspflege auch für langzeitbeatmete Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene betont, für welche bereits bestehende Einrichtungen der Erweiterung bedürften.

Wegen der geringen Prävalenz bei gleichzeitiger Vielfältigkeit der Krankheitsbilder, für die in den stationären Hospizen entsprechende Expertise verfügbar sein muss, könnte ein wohnortnäheres Angebot stationärer Hospize nur durch sehr viel kleinere Einrichtungen geleistet werden als üblich. Die Wohnortnähe scheint jedoch für die stationäre Hospizlandschaft dieser Zielgruppe keine Rolle zu spielen und ist kein Ausschlussfaktor für Akzeptanz oder Aufsuchen dieses Settings.

Eine weitere Steigerung des Angebots in Nordrhein-Westfalen sollte vor dem Hintergrund der bestehenden Bettenzahlen, Auslastungs- und anderer Daten (Demographie) kritisch betrachtet werden.

Auf der Basis der hier diskutierten und analysierten Aspekte kann keine Formel für eine Bedarfsberechnung angeboten werden, nach der zuverlässig der Bedarf anders als durch die abgebildeten Expertenmeinungen einzuschätzen wäre.

Jedoch gibt es einige Hinweise auf Einflussfaktoren, die die Bedarfseinschätzung langfristig verändern könnten. Regelmäßig überprüft und evaluiert werden sollten daher

- demographische und epidemiologische Entwicklungen
- Nachhalleffekte der SAPPV
- Einfluss einer möglichen steigenden Inkludierung von Migranten und
- Einfluss der Entwicklung in den Settings der Kurzzeitpflege.

Ergänzend hierzu sollte eine harmonisierte Selbstevaluation der bestehenden Hospize herangezogen werden.

9 Empfehlungen

- Anhand eines entsprechenden Forschungsansatzes sollte geklärt werden, wie Zuweiser oder Anfragende aus dem Gesundheitsbereich Hospizpatienten definieren bzw. identifizieren.
Ziel: Eine solche Untersuchung könnte dazu dienen zu ermitteln, welche Kriterien in der Praxis für die Auswahl der Population potenzieller Hospizbewohner herangezogen werden und ob diese Kriterien zu einer Minderberücksichtigung von Menschen mit Bedarf für einen Hospizplatz führen können oder zu einer Überschätzung beitragen.
- Eine Expertenrunde für pädiatrische Palliativversorgung sollte Empfehlungen für eine einheitliche Einteilung und Klassifikation (z. B. ICD-9, ICD-10, Organsysteme, Erkrankungsgruppen nach ACT) der Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen erarbeiten sowie Empfehlungen für die in der Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche zu berücksichtigenden Altersgruppe.
Hierbei sollte eine konsens-gestützte Definition für die Termini lebensbedrohlich und lebensverkürzend, z.B. durch ein Delphi-Verfahren, erarbeitet werden.
- Eine Expertenrunde für pädiatrische Palliativversorgung sollte Empfehlungen für eine nationale (oder andere, repräsentative) Datensammlung zur Inzidenz und Prävalenz lebenslimitierender Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen erarbeiten.
- Datenerhebungen durch statistische Institute und/oder Landesämter bzw. die öffentlich zugänglichen, aufbereiteten Daten sollten die Klassifizierungen der Altersgruppen demographischer und epidemiologischer nach einheitlichen Kriterien vornehmen, sodass keine aufwändigen Nachberechnungen für eine vernetzte Nutzung dieser Daten zu Untersuchungen bzw. Darstellungen notwendig werden.
Ziel: Erleichterung der Forschung im Gesundheitswesen durch Harmonisierung der Daten.
- Eine unabhängige Begleitforschung zu den Auswirkungen der SAPV und SAPPV auf mögliche Veränderungen des stationären Bedarfs wird empfohlen.

- Sollten stationäre Hospize für Erwachsene strukturell andere Aufgaben übernehmen (Angebote des Nachthospizes, Respite Care, Tageshospiz etc.), sollte dies von der Implementierung an begleitend beforscht werden.
Ziel: Evaluation der Auswirkungen auf Faktoren für eine Bedarfsberechnung wie z.B. durchschnittliche Liegedauer und Anfragen
- Potenzielle Patienten und deren Angehörige sollten zu Barrieren des Zugangs oder der Anfrage mit einem quantitativen und qualitativen Ansatz beforscht werden.
Ziel: Ermittlung der Bedeutung von Einflussfaktoren auf den Bedarf.
- Eine Beforschung zu Fragen von Wartezeiten ist empfehlenswert.
- Eine Beforschung zu Präferenzen von (potenziellen) Patienten und deren Angehörigen in Hinblick auf eine stationäre Hospizversorgung ist empfehlenswert.

10 Zusammenfassung

Die im Rahmen der Auftragsarbeit eingesetzten Methoden (Literatur- und Datenanalyse, Runde Tische, Experten- und Netzwerkbefragung) ermöglichten es, eine Vielzahl an relevanten Faktoren zu ermitteln, die für eine Bedarfsermittlung zu berücksichtigen sind.

Ein Algorithmus zur Berechnung des Bedarfs an stationären Hospizbetten bei einer gegebenen Population wurde erstellt.

Die unterschiedlichen Ergebnisse der Bedarfsberechnungen unter Variation der eingeschlossenen Altersgruppen weisen auf die wichtige Bedeutung der definierten Zielgruppe für eine Bedarfsplanung hin. Neben dem Alter potentieller Hospizgäste ist der Anteil von Nichttumorpatienten ein entscheidendes Kriterium.

Bei der Interpretation der Ergebnisse einer Bedarfsberechnung sollte immer ein regionaler Bezug hergestellt werden unter der Beachtung der demographischen und epidemiologischen Situation und vorhandener Versorgungsstrukturen.

Der zukünftige Bedarf an stationären Hospizbetten wird von vielfältigen Entwicklungen im Bereich der Versorgung (Ausweitung stationärer Angebote in Krankenhäusern und Altenheimen, Ausweitung ambulanter Angebote wie SAPV/SAPPV etc.) und im Bereich der Demographie bzw. Epidemiologie (Altersentwicklung, Pflegebedürftige, Einpersonenhaushalte etc.) abhängig sein, die nicht immer in Gänze abgeschätzt werden können. Es wird deshalb empfohlen, in regelmäßigen Abständen (drei Jahre) den Ist-Zustand zu evaluieren und die Wirksamkeit der Veränderungen Netzwerk und ihre Bedeutung in Hinblick auf den Bedarf an stationären Hospizen begleitend zu beforschen.

Daten zur Einschätzung und Berechnung des derzeitigen Bedarfs (für die Spanne der nächsten drei Jahre) sind umfassend bereitgestellt und für eventuell gewünschte weitere regionale Berechnungen differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten zusammengestellt.

11 Danksagung

Neben den Teilnehmern aller Runden Tische und der befragten Experten, die im Anhang aufgeführt sind, bedanken wir uns bei

Gerlinde Dingerkus (ALPHA Westfalen)

Margret Hartkopf (Deutscher Kinderhospizverein e.V.)

Stephan Lange, Ambulanter Palliativdienst, Zentrum für Palliativmedizin, Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Herr Dipl. Soz. Päd. Heiner Melching, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Prof. Dr. Johan Menten, Universitätsklinikum Leuven, Belgien

Monika Müller, M.A. (ALPHA Rheinland)

Herr Joseph Roß, Dipl. Soz. –Arb., Dipl. Gerontologe, Dipl. Theologe, Oldenburg (für Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin)

Frau Dr. Kerstin Ströker (Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Geschäftsbereich Statistik, IT.NRW)

Prof. Dr. Raymond Voltz, Universitätsklinik Köln, Klinik für Palliativmedizin

Frau Karen Wauschkuhn, Dipl. Soz., Zentrum für Palliativmedizin, Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Frau Birgit Wirsig (Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Geschäftsbereich Statistik, IT.NRW)

und

der Dr.-Mildred-Scheel-Akademie Köln, besonders Frau Cornelia Burgardt, Frau Oezer und Herrn Kerp

sowie

der Stadt Münster, insbesondere Herrn Thomas Schulze auf'm Hofe

12 Anhang

Literatur

- ¹ Sabatowski R, Nauck F, Roß J, Zernikow B (eds): Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2008/2009, der hospiz Verlag Dr. Timmermanns & Caro oHG 2008 (Homepage: www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de), und persönliche Information Joseph Roß 2010
- ² Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Homepage: www.dgpalliativmedizin.de
- ³ Müller S, Pfister D. Bestand stationärer Hospize NRW 2009. Eine Befragung der stationären Hospize in NRW. Ein Projekt von ALPHA Rheinland und ALPHA Westfalen mit Unterstützung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Bonn 2010
- ⁴ ALPHA Rheinland. Homepage: <http://www.alpha-nrw.de/adressen>; aufgesucht im Juli 2010
- ⁵ Zernikow B (Hrsg.) Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Heidelberg: Springer 2008
- ⁶ Deutscher Kinderhospizverein e.V. (Hrsg.) Leben mit Grenzen. Beiträge zur Kinderhospizarbeit. Schriftenreihe des Deutschen Kinderhospizvereins e.V. Band 2. Wuppertal: der hospiz verlag 2009
- ⁷ Jaspers B, Klaschik E. The organisation of palliative care in Germany. In: Ahmedzai AH, Gómez-Batiste X, Engels Y, Hasselaar J, Jaspers B, Leppert W, Menten J, Mollard JM, Vissers K (Hrsg.): Assessing organisations to improve palliative care in Europe. Nijmegen: 2010, 153-180
- ⁸ Zernikow B, Nauck F. Pädiatrische Palliativmedizin: Kindern ein „gutes Sterben“ ermöglichen. Dtsch Arztebl 2008; 105(25):A-1376/B-1189/C-1157
- ⁹ John S. Die ärztliche Versorgung in den Hospizen in Nordrhein-Westfalen. Dissertation Universität Göttingen 2008
- ¹⁰ Klaschik E. Palliativmedizin. In: Husebø S, Klaschik E (Hrsg.) Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis. 4., aktualisierte Auflage. Heidelberg: Springer, 2006, 1-41
- ¹¹ Radbruch L, Nauck F, Aulbert E. Grundlagen der Palliativmedizin – Definition, Entwicklung, Ziele. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg.) Lehrbuch der Palliativmedizin. Mit einem Geleitwort von Heinz Pichlmaier. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer, 2007, 1-14
- ¹² Jaspers B, Schindler T. Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien). Im Auftrag der Enquete-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“, vorgelegt am 30.11.2004. Erhältlich unter http://webarchiv.bundestag.de/archive/2007/0206/parlament/gremien/kommissionen/archiv15/ethik_med/gutachten/gutachten02_palliativmedizin.pdf; letzter Zugriff 12. August 2010

-
- ¹³ Zernikow B, Friedrichsdorf S, Henkel W. Palliativmedizin im Kindesalter. In: Husebø S, Klaschik E: Palliativmedizin - Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik. 3., überarbeitete Auflage, Springer, Berlin Heidelberg New York, 2003, S. 397-467
- ¹⁴ Deutscher Kinderhospizverein e.V.; Homepage: <http://www.deutscher-kinderhospizverein.de>; aufgesucht im September 2010
- ¹⁵ Deutscher Kinderhospizverein e.V. Homepage. Pressemeldung unter: http://www.deutscher-kinderhospizverein.de/1_news_liste.php aufrufbar; aufgesucht im September 2010
- ¹⁶ Franks PJ, Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, Kite S, Naysmith A, Higginson IJ. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. *Palliat Med* 2000; 14: 93-104
- ¹⁷ Buser K, Amelung V, Janus K, Schneider N, Schwartz FW. Palliativversorgung in Niedersachsen - Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung. Gutachten im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. Endversion vom Oktober 2004
- ¹⁸ National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. The Manual. London 2004
- ¹⁹ Sbanotto A, Burnhill R. Palliative care in Italy: the current situation. *Support Care Cancer* 1998; 6: 426-429
- ²⁰ Finlay I (2001). UK strategies for palliative care. *JR Soc Med* 2001; 94-437-441
- ²¹ Rogers WF, Clarke C, Whitfield AGW. Hospice planning in North Staffordshire. *J R Coll Physicians (Lond)* 1981; 15: 25-27
- ²² Frankel S, Kammerling M. Assessing the need for hospice beds. *Health Trends* 1990; 22: 83-86
- ²³ Husebø S, Klaschik E (Hrsg.) Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis. 5., aktualisierte Auflage. Heidelberg: Springer 2009
- ²⁴ Auskunft Prof. Dr. med. Lukas Radbruch, Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum der Rheinischen Friedrich Wilhelms Universität Bonn, Zentrum für Palliativmedizin, September 2010
- ²⁵ Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003. [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf); aufgesucht September 2010
- ²⁶ Radbruch L, Payne S and the Board of Directors of the EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2 Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Europ J Palliat Care* 2010; 17:22-24
- ²⁷ Nemeth C, Rottenhofer I. Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien 2004

-
- ²⁸ Ireland National Advisory Committee. Report of the National Advisory Committee on Palliative Care: Department of Health and Children; 2001
- ²⁹ Expertenauskunft von Prof. Dr. Johan Menten, Direktor der Palliativstation der Universitätskliniken Leuven; schriftliche Mitteilung vom Oktober 2010
- ³⁰ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2008. Die Tabelle wurde mittlerweile von der Website entfernt, ist aber über die Gesellschaft beziehbar.
- ³¹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2009. Tabelle als PDF (Uebersicht DGP 2008 (Stationaer)[1].pdf) beziehbar über:
<http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-informationen-hintergruende.html>;
letzter Zugriff September 2010
- ³² Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Homepage. Tabelle als PDF (palliativstationen_august_2010_nach_bundesländern[1].pdf) beziehbar über:
<http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-informationen-hintergruende.html>;
letzter Zugriff September 2010
- ³³ Cicholas U, Ströker K. Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2008-2030/2050. Hrsg. Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) Geschäftsbereich Statistik. Reihe Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen, Band 60. Düsseldorf 2009
- ³⁴ Statistisches Bundesamt . Vorausberechnung Haushalte. Entwicklung der Privathaushalte bis 2025 (Trendvariante) Deutschland. www. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/VorausberechnungHaushalte/Content75/VorausberechnungHaushalte,templateId=renderPrint.psml>, aufgerufen Oktober 2010
- ³⁵ Backes GM, Clemens W. Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim und München: Juventa, 2008
- ³⁶ Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Privathaushalte in NRW. www.it.nrw.de/statistik/a/daten/eckdaten/r314privat.html, aufgerufen Oktober 2010
- ³⁷ Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Privathaushalte in NRW 1950-2009. http://www.it.nrw.de/statistik/img_tabellen/r314einp_tab.html; aufgerufen Oktober 2010
- ³⁸ Statistisches Bundesamt. Ausländerstatistik. Erhältlich unter: http://www.statistik-portal.de/statistik-portal/de_jb01_jahrtab2.asp, aufgerufen Oktober 2010
- ³⁹ Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nach Migrationsstatus. www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2009/pdf/140_09.pdf, aufgerufen Oktober 2010
- ⁴⁰ Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Sterbetafel 2006/2008 Nordrhein-Westfalen. www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2009/pdf/113_09.pdf, aufgerufen im Oktober 2010

-
- ⁴¹ Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Die durchschnittliche Lebenserwartung in NRW steigt weiter an. www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2009/pres_113_09.html, aufgerufen im Oktober 2010
- ⁴² Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Gestorbene nach Altersgruppen und ausgewählten Todesursachen, kreisfreie Städte und Kreise, Jahr 2008; erhältlich unter www.landesdatenbank.nrw.de; aufgesucht Oktober 2010
- ⁴³ Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Gestorbene nach Altersgruppen und ausgewählten Todesursachen, kreisfreie Städte und Kreise, Jahr 2008 und Bevölkerungsstand nach 5er-Altersgruppen, Gemeinden, Stichtag 31.12.2008; erhältlich unter www.landesdatenbank.nrw.de; aufgesucht Oktober 2010
- ⁴⁴ Epidemiologisches Krebsregister NRW gGmbH. Report 2009. Münster 2009
- ⁴⁵ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsberichte Spezial. Band 4: Gesundheit und Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze. Düsseldorf 2007
- ⁴⁶ Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by causes 1990–2020: Global burden of disease study. *Lancet*, 1997, 349:1498–1504
- ⁴⁷ Cicholas U, Ströker K. Auswirkungen des demografischen Wandels. Modellrechnungen zur Entwicklung der Krankenhausfälle und der Pflegebedürftigkeit. Hrsg. Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) Geschäftsbereich Statistik. Reihe Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen, Band 66. Düsseldorf 2010
- ⁴⁸ Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) Geschäftsbereich Statistik. Statistischer Bericht „Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2008 bis 2030/ 2050“; zu erhalten unter <http://www.it.nrw.de/statistik/a/daten/eckdaten/r311prog.html>; letzter Zugriff im September 2010
- ⁴⁹ Lindena G, Woskanjan S. HOPE 2008. Bericht. Berlin 2008; erhältlich unter: https://www.hope-clara.de/download_1/; letzter Zugriff September 2010
- ⁵⁰ Palliativ Netzwerk Wuppertal e.V.. Homepage: <http://www.pn-wuppertal.de>; aufgesucht im Oktober 2010
- ⁵¹ Palliativ Netzwerk im Kreis Mettmann. Homepage: <http://www.pn-me.de>; aufgesucht im Oktober 2010
- ⁵² Palliativ Netzwerk Düsseldorf. Homepage: <http://www.pn-duesseldorf.de/pnd>; aufgesucht im Oktober 2010
- ⁵³ Palliativnetzwerk Duisburg (PanDu). Homepage: <http://www.bethesda.de/weitereeinrichtungen/pandu-palliativnetzwerk-duisburg/index.html>; aufgesucht im Oktober 2010
- ⁵⁴ Palliativnetzwerk für die Region Herne.Wanne-Eickel.Castrop-Rauxel. Homepage: <http://www.palliativ-netzwerk.de>; aufgesucht im Oktober 2010

-
- ⁵⁵ Ambulantes Diakonisches Palliativnetzwerk Leverkusen. Homepage: <http://www.diakonie-leverkusen.info/altenhilfe/ambulantes-palliativnetzwerk.html>; aufgesucht im Oktober 2010
- ⁵⁶ Palliativ-Hospiznetzwerk Recklinghausen. Homepage: <http://ekonline.st-franziskus-stiftung.de/de/medizinische-kompetenzen/gesundheitsnetzwerk/hospiz/palliativ-netzwerk.html>; aufgesucht im Oktober 2010
- ⁵⁷ Palliativ Netzwerk in Krefeld. Homepage: <http://www.hospiz-krefeld.de/palliativ-netzwerk.asp>; aufgesucht im Oktober 2010
- ⁵⁸ Palliativnetz Kreis Coesfeld. Homepage: <http://www.palliativnetz-kreis-coesfeld.de/index.php?id=38>; aufgesucht im Oktober 2010
- ⁵⁹ Palliativnetzwerk Dorsten. Homepage: <http://www.palliativmedizin-dorsten.de>; aufgesucht im Oktober 2010
- ⁶⁰ Kinderhospiz Balthasar. Homepage: <http://www.kinderhospiz-balthasar.de>; aufgesucht im Oktober 2010
- ⁶¹ Kinderhospiz Bärenherz Wiesbaden. Homepage: <http://www.baerenherz.de>; aufgesucht im Oktober 2010
- ⁶² Kinderhospiz Bärenherz Leipzig. Homepage: <http://www.baerenherz-leipzig.de>; aufgesucht Oktober 2010
- ⁶³ Kinderhospiz Sonnenhof. Homepage: <http://sonnenhofberlin.de/stationaere-betreuung.html>; aufgesucht Oktober 2010
- ⁶⁴ Kinderhospiz Löwenherz. Homepage: <http://kinderhospiz-loewenherz.de>; aufgesucht Oktober 2010
- ⁶⁵ Kinderhospiz Sternenbrücke. Homepage: <http://www.sternenbruecke.de>; aufgesucht Oktober 2010
- ⁶⁶ Kinderhospiz Regenbogenland. Homepage: <http://kinderhospiz-regenbogenland.de>; aufgesucht Oktober 2010
- ⁶⁷ Kinderhospiz St. Nikolaus. Homepage: <http://www.kinderhospiz-nikolaus.de/de/index.php>; aufgesucht Oktober 2010
- ⁶⁸ Kinderhospiz Arche Noah. Homepage: http://www.st-augustinus.de/Arche_NEU/Arche_Noah__Start.htm; aufgesucht Oktober 2010
- ⁶⁹ Deutscher Kinderhospizverein e.V. Homepage: Quelle: http://www.deutscher-kinderhospizverein.de/5_allgemeines.php; aufgesucht im September 2010
- ⁷⁰ Expertenbefragung Boris Zernikow, Oktober 2010
- ⁷¹ Lenton S, Goldman A, Eaton MN, Southall D. Development and Epidemiology. In: Goldman A, Hain R, Liben S (Hrsg.). Oxford Textbook of Palliative Care for Children. Oxford: Oxford University Press, 2006, 3–13

-
- ⁷² Lenton S, Stallard P, Lewis M, Mastroiannopoulou K: Prevalence and morbidity associated with non-malignant, life-threatening conditions in childhood. *Child Care Health Dev* 27: 389–98, 2001
- ⁷³ Zernikow B, Henkel W. Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen. In: Husebø S, Klaschik E (Hrsg.) *Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis*. 4., aktualisierte Auflage. Heidelberg: Springer, 2006, 427-506
- ⁷⁴ Brook L, Griffiths S: Minimum-Dataset Project Report 1st wave pilot 2005-2006 Merseyside and Cheshire Cancer Network Children's Palliative Care CNG. ACT Children's Palliative Care National Mapping Initiative. United Kingdom: ACT, 2007
- ⁷⁵ Craft A, Killen S. Palliative Care Services for Children and Young People in England. An independent review for the Secretary of State for Health. London: Department of Health, 2007
- ⁷⁶ Feudtner C, Hays RM, Haynes G, Geyer JR, Neff JM, Koepsell TD: Deaths attributed to pediatric complex chronic conditions: national trends and implications for supportive care services. *Pediatrics* 107: E99, 2001
- ⁷⁷ Jünger S, Zernikow B, Radbruch L. Epidemiologie lebenslimitierender Erkrankungen in NRW. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) *Ambulante Palliativversorgung von Kinder und Jugendlichen. Abschlussbericht der Begleitforschung zur nordrhein-westfälischen Landesinitiative*. Düsseldorf 2009
- ⁷⁸ Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Ad-hoc-Tabelle, Bevölkerungsstand nach 5er- Altersgruppen (19)- Gemeinden – Stichtag 31.12.2007. www.landesdatenbank.nrw.de, aufgerufen am 22.10.2010
- ⁷⁹ Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Ad-hoc-Tabelle. Gestorbene nach 5er- Altersgruppen (19) und Geschlecht- Gemeinden – Jahr. www.landesdatenbank.nrw.de, aufgerufen am 22.10.2010
- ⁸⁰ Verwaiste Eltern e.V. Homepage: www.verwaiste-eltern.de; aufgesucht im September 2010
- ⁸¹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Gemeinsamer Vorschlag der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands zu den Rahmenempfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, 2008
- ⁸² Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern. Erstellt in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Palliativmedizin in Bayern. München 2009.
- ⁸³ Herrlein P. *Handbuch Netzwerk und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung. Theorien, Strategien, Beratungs-Wissen*. Wuppertal: der hospiz verlag 2009
- ⁸⁴ Determann MM, Rzehak P, Küchler T, Dzeyk W, Fuchs M, Kemna G, Neuwöhner K, Passon M, Radbruch L, Lindena G, Finfern J. Qualitätssicherung in der Palliativmedizin. *Forum Deutsche Krebsgesellschaft* 2000a; 15(2):10-13

-
- ⁸⁵ Determann MM, Ewald H, Rzehak P, Henne-Bruns D. Lebensqualität in der Palliativmedizin. Entwicklung eines spezifischen Selbsteinschätzungsinstrumentes für Patienten im Rahmen eines Multizenterprojekts. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2000b; 5:134-140
- ⁸⁶ Radbruch L, Nauck F. Methodik in der palliativmedizinischen Forschung - Patientenregister als Forschungsinstrument. *Z Palliativmed* 2009; 10:66-68
- ⁸⁷ Radbruch L, Nauck F, Ostgathe C, Elsner F, Bausewein C, Fuchs M, Lindena G, Neuwöhner K, Schulenberg D. What are the problems in palliative care? Results from a representative survey. *Support Care Cancer* 2003; 11:442-451
- ⁸⁸ Radbruch L, Nauck F, Fuchs M, Neuwöhner K, Schulenberg D, Lindena G; Working Group on the Core Documentation for Palliative Care Units in Germany. What is palliative care in Germany? Results from a representative survey. *J Pain Symptom Manage.* 2002; 23:471-483
- ⁸⁹ Auskunft über das bearbeitende Institut CLARA Klinische Forschung (www.hope-clara.de). Die Datensätze wurden einem der Autoren dieser Arbeit für die Bearbeitung im Rahmen eines anderen Projekts zur Verfügung gestellt.
- ⁹⁰ Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010 Aug 19;363(8):733-42
- ⁹¹ Ó Céilleachair A, Finn C, Deady S, Carsin AE, Sharp L. Have developments in palliative care services impacted on place of death of colorectal cancer patients in Ireland? A population-based study. *Ir J Med Sci*, published online 17 October 2010
- ⁹² Schelhase T, Weber S. Die Todesursachenstatistik in Deutschland. Probleme und Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2007; 50: 969-976
- ⁹³ Davies E, Higginson IJ (eds.): *Palliative Care - Die Fakten [Palliative Care - The Solid Facts. A WHO Collaboration Project]*. WHO, Geneva, 2004; Übersetzung 2007 Friedemann Nauck und Birgit Jaspers
- ⁹⁴ Grammatico D. Die Bedeutung von Zuwanderern im Kontext der Hospiz- und Palliativarbeit. Hrsg. von ALPHA Westfalen in Zusammenarbeit mit dem Diözesancaritasverband für das Bistum Essen e.V. Münster: ALPHA Westfalen 2008
- ⁹⁵ Fischer V. Interkulturelle Öffnung der Kinderhospizarbeit. In: Deutscher Kinderhospizverein e.V. (Hrsg.). *Leben mit Grenzen. Beiträge zur Kinderhospizarbeit. Schriftenreihe des Deutschen Kinderhospizvereins e.V. Band 2.* Wuppertal: der hospiz verlag 2009, 208-215
- ⁹⁶ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Kurzfassung*
- ⁹⁷ Allert R. Stand und Handlungsbedarf der bundesdeutschen Hospizbewegung. Studie zur aktuellen Leistungs-, Kosten- und Finanzierungsentwicklung. *Schriftenreihe des Wissenschaftlichen*

Beirats im DHPV e.V., hrsg. von Alert R, Ewers M, Heller A, Höver G, Klie T, Perrar KM,
Radbruch L, Schneider W, Wilkening K. Band 3. Ludwigsburg: der hospiz verlag, 2010

ANHANG

Anhang 1: ALPHA. Hospizliste Rheinland und Westfalen 2010. Bonn 2010	140
Anhang 2: Liste weiterer eingeladenen Vertreter	143
Anhang 3: Präsentation zum Projekt, angestrebten Methoden und besonderen Herausforderungen	144
Anhang 4: Ergebnisprotokoll Runder Tisch Bonn am 31. Mai 2010.....	153
Anhang 5: Ergebnisprotokoll Runder Tisch Köln am 12. Juli 2010	157
Anhang 6: Ergebnisprotokoll Runder Tisch Münster am 14. Juli 2010	162
Anhang 7: Anschreiben (E-Mail) zur Netzwerkbefragung.....	168
Anhang 8: Fragebogen regionale Netzwerke	169
Anhang 9: Befragte Experten	179
Anhang 10: Expertenbefragung stationäre Hospize für Erwachsene	180
Anhang 11: Expertenbefragung stationäre Hospize für Kinder	181
Anhang 12: Statistische Übersichten zu Leistungsempfängern der Pflegeversicherung in NRW am 15.12.2007- alle Pflegestufen.....	182
Anhang 13: Übersicht der Erkrankungen nach ACT	189
Anhang 14: Zusammenstellung verschiedener epidemiologischer und demographischer Daten nach Kreis und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen.....	190

Anhang 1: ALPHA. Hospizliste Rheinland und Westfalen 2010. Bonn 2010

Liste stationäre Hospize NRW, Stand 06/2010

Die von ALPHA-Rheinland zur Verfügung gestellte Liste stationärer Hospize, basierend auf eigenen Angaben der Einrichtungen, bildete die Grundlage für die Einladung zu den regionalen Runden Tischen. Zum Zeitpunkt der Einladung, die im Juni 2010 erfolgte, waren 55 Erwachsenen hospize und 3 Kinder hospize (Nr. 8, 44, 53) eröffnet.

Nr.	Institution	Ansprechpartner	Straße	PLZ	Ort	Mail
1	Haus Hörn	Jeannette Curth, Elisabeth Schomacher	Johannes-von-den-Driesch-Weg 4	52074	Aachen	post@haus-hoern.de
2	Stationäres Hospiz am Vinzenz Pallotti Hospital	Carola Bennemann	Vinzenz-Pallotti-Str.20-24	51429	Bergisch Gladbach	carola.bennemann@vph-bensberg.de
3	Hospiz am Ev. Waldkrankenhaus	Sebastian Otte	Waldstr. 73	53177	Bonn	sebastian.otte@ev-waldkrankenhaus.de
4	Malteser Hospiz St. Raphael	Mechthild Schulten	Remberger Str. 36	47259	Duisburg	hospiz.duisburg@malteser.de
5	Hospiz am Sankt Augustinus Krankenhaus	Martin Schlicht	Renkerstr. 45	52355	Düren	hospiz.sak-dn@ct-west.de
6	Hospiz am Ev. Krankenhaus Düsseldorf	Dr. Susanne Hirmüller	Kirchfeldstr. 35	40217	Düsseldorf	hospiz@evk-duesseldorf.de
7	Caritas Hospiz Düsseldorf	Franz Joseph Conrads	René-Schickele-Str. 8	40595	Düsseldorf	caritas.hospiz@caritas-duesseldorf.de
8	Kinderhospiz Regenbogenland	Karlheinz Best	Torfbruchstr. 25	40625	Düsseldorf	kinderhospiz@aol.com
9	Haus Erftaue Hospiz Rhein-Erft	Verena Tophofen	Münchweg 3	50374	Erftstadt	info@haus-erftaue.de
10	Hospiz der Hermann-Josef-Stiftung	Ulrike Clahsen, Ingrid Etienne	Goswindstr. 28	41812	Erkelenz	anja.jansen@hjk-erkelenz.de
11	Franziskus-Hospiz Hochdahl	Robert Bosch	Trills 27	40699	Erkrath	r.bosch@hod.marienhaus-gmbh.de
12	Hospiz Essen-Steele	Sylvia Schager	Hellweg 102	45276	Essen-Steele	ambulanteberatung@hospiz-essen.de
13	Cosmas u. Damian Hospiz	Bernadette Meyer	Laarmannstr. 14	45359	Essen	cosmas-damian@cneweb.de
14	St. Katharinen-Hospiz	Gerlinde Bamberger	Krankenhausstr. 2	50226	Frechen	info@hospiz-frechen.de
15	Hospiz - Haus Brücke Friedel	Karla Paternus	Hochstr. 8	47608	Geldern-Walbeck	kontakt@hospizhaus.de
16	Marienheim Hospiz Kaarst	Dieter Maluche, Petra Jung	Giemesstr. 4a	41564	Kaarst	marienheim-hospiz@t-online.de
17	Hospiz Kevelaer e.V.	Birgitt Brünken	Grünstr. 25-27	47625	Kevelaer	info@hospiz-kevelaer.de
18	Hospiz am St. Vinzenz-Hospital	Martina Mann	Merheimer Str. 221-223	50733	Köln	hospiz@vinzenz-hospital.de

19	Caritas Hospiz für palliative Therapie Johannes-Nepomuk-Haus	Miriam Arens	Altonaer Str. 63	50737	Köln-Longerich	miriam.aren@caritas-koeln.de
20	Hospiz St. Hedwig	Martin Wiegandt	Am Höfchen 16	50997	Köln-Rondorf	hospiz@alexianer-koeln.de
21	Hospiz an St. Bartholomäus	Frau Wilgo	Am Leuschhof 25	51145	Köln	hospiz-porz@caritas-koeln.de
22	Hospiz am Blumenplatz	Brigitte Schwarz	Jägerstr. 84	47798	Krefeld	hospizleitung@hospiz-krefeld.de
23	Elisabeth-Hospiz gGmbH	Edgar Drückes, Josef Brombach	Ühmichbach 5	53797	Lohmar	Elisabeth-Hospiz@gmx.de
24	Hospiz "Stella Maris"	Irmgard Schöttker, Ulla Reuter-Klöser	Bruchgasse 10 A	53894	Mechernich	info@hospiz-stella-maris.de
25	Hospiz St. Christophorus	Maike Andersen (PDL)	Rathausstr. 19	41061	Mönchengladbach	hospiz.st.christophorus@t-online.de
26	Augustinus-Hospiz Kloster Immaculata	Sr. Maria Goretti	Augustinusstr. 46	41464	Neuss	mutterhaus@neusser-augustinerinnen.de
27	St. Vinzenz Pallotti Hospiz	Bernd Böcker	Vestische Str. 6	46117	Oberhausen	b.boecker@hospiz-vinzenz-pallotti.de
28	Stationäres Hospiz "Haus Sonnenschein"	Beate Bergmann, Dirk Münster	Orsoyer Str. 55	47495	Rheinberg	hospiz.bergmann@st-josef-moers.de
29	PHoS (Palliatives Hospiz Solingen) e.V.	Susanne Kern, Hannelore Schmid	Gotenstr. 1	42653	Solingen	info@hospiz-solingen.de
30	Bodelschwingh-Hospiz GmbH "Haus Franz"	Bärbel Kowalewski	Tilsiter Str. 12	41751	Viersen	bodelschwingh-hospiz@t-online.de
31	Johannes Hospiz	Gerlinde Tuzan	Tannhäuser Str. 29a	51674	Wiehl	gerlinde.tuzan@juh-rheinoberberg.de
32	Christliches Hospiz Wuppertal-Niederberg gGmbH - Dr. Werner Jackstädt Haus	Karin Kliche	Höhenstr. 64	42111	Wuppertal	info@hospiz-wuppertal.de
33	Hospiz St. Michael gGmbH	Erich Lange	Im Nonnengarten 10	59227	Ahlen	info@hospizbewegung-waf.de
34	Hospiz Raphael Stationäres Hospiz Caritasverband Arnsberg-Sundern e.V.	Maria Stute	Ringlebstr. 20	59821	Arnsberg	info@caritas-arnsberg.de
35	Haus Zuversicht	Ulrike Lübbert, Beate Dirkschnieder	Bethelweg 25	33617	Bielefeld	info@hospiz-ev-bethel.de
36	Hospiz-Initiative OMEGA Bocholt e.V.	Inge Kunz	Georg-Fahrenheit-Weg 10	46397	Bocholt	inge.kunz@web.de
37	Hospiz St. Hildegard	Monika Cornelius	Königsallee 135	44789	Bochum	info@hospiz-st-hildegard.de
38	Elisabeth-Hospiz Caritasverband	Irene Müllender	Kirchstr. 29	45711	Datteln	irene.muellender@caritas-datteln.de
39	Hospiz des Evangelischen Diakonissenhauses	Sr. Brigitte Welton, Petra Friedrich	Hedwigstr. 5	32756	Detmold	kontakt@hilfen-zum-leben.de

40	Hospiz Am Ostpark	Bärbel Uhlmann	Von-der Tann-Str. 42	44143	Dortmund	hospiz-am-ostpark@bethel.de
41	Hospiz am Bruder-Jordan-Haus	Ursula Schaper	Melanchthonstr. 17	44143	Dortmund	bruder-jordan@caritas-dortmund.de
42	Hospiz Anna Katharina gGmbH	Martin Suschek	Am Schlossgarten 7	48249	Dülmen	suschek@hospiz-anna-katharina.de
43	Haus Hannah	Frau Hüer	Karlstr. 5-11	48282	Emsdetten	haus.hannah@stiftung-st-josef.de
44	Kinderhospiz "Arche Noah"	Frank Heese, Marlen Vortkamp	Virchowstr. 122	45886	Gelsenkirchen	archenoah@st-augustinus.de
45	Christliches Hospiz am Roten Läppchen	Regina Lorenz	Dolberger Str. 53	59072	Hamm	regina.lorenz@hospiz-hamm.de
46	Lukas Hospiz g GmbH	Gisbert Fulland	Hospitalstr. 19	44649	Herne	fulland@lukas-hospiz.de
47	Hospiz Mutter Teresa	Eckhard Albrecht	Hagener Str. 121	58642	Iserlohn	
48	St. Elisabeth-Hospiz	Monika Kramer	Uferstr. 2	57343	Lennestadt- Altenhudem	info@st-elisabeth.de
49	Hospiz Veritas	Monika Alschner	Bahnhofstr. 29	32312	Lübbecke	veritas@paritaet.org
50	Amalie-Sievekings-Haus	Hans-Peter Osterkamp	Sedanstr. 12	58507	Lüdenscheid	sievekinghaus.luedenscheid@pertheswerk.de
51	Johannes-Hospiz Münster	Michael Roes	Hohenzollernring 66	48145	Münster	info@johannes-hospiz.de
52	LebensHaus Münster	Franz-Josef Dröge	Dorbaumstr. 215	48157	Münster	hospiz-lebenshaus@muenster.de
53	Kinderhospiz Balthasar	Rüdiger Barth	Maria-Theresia-Str. 30a	57462	Olpe	info@kinderhospiz-balthasar.de
54	Hospiz "Mutter der Barmherzigkeit"	Sr. Katharina M. Gester	Gesellenhausgasse 1	33098	Paderborn	hospiz@barmherzige-schwestern.de
55	Hospiz zum Hl. Franziskus	Barbara Sonntag	Röntgenstr. 39	45661	Recklinghausen	info@franziskus-hospiz.de
56	Ilse-Maria Wuttke Hospiz	Almut Ledwig	Alter Dortmunder Weg 89	58239	Schwerte	ledwig@hospiz-schwerte.de
57	Ev. Hospiz Siegerland am Ev. Jung-Stilling-Krankenhaus	Burkhard Kölsch	Wichernstr. 48	57069	Siegen	burkhard.koelsch@diakonie-suedwestfalen.de
58	Elisabeth-Hospiz gGmbH	Henrika Greving	Laurentiusstr. 4	48703	Stadtlohn	hospiz@kmh-stadtlohn.de

Anhang 2: Liste weiterer eingeladener Vertreter

Liste Einladungen Runder Tisch Bedarfsplanung Bonn (31.05.2010)

Die Liste der Einladungen von Vertretern wichtiger Institutionen/Verbände wurde zusammen mit ALPHA-Rheinland erarbeitet.

Nr.	Name	Institution	Ort
1	Gerlinde Dingerkus	ALPHA Westfalen	Münster
2	Christoph Drolshagen	Hospiz- und Palliativverband NRW e.V.	Erkrath-Hochdahl
3	Marcel Globisch	Deutscher Kinderhospizverein e.V.	Olpe
4	Dr. med. Alexander Graudenz	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe	Detmold
5	Margret Hartkopf	Deutscher Kinderhospizverein e.V.	Olpe
6	Daniela Hockl	Verband der Ersatzkassen e.V.	Düsseldorf
7	Erich Lange	Hospiz- und Palliativverband NRW e.V.	Ahlen
8	Monika Müller	ALPHA Rheinland	Bonn
9	Prof. Dr. med. Lukas Radbruch	Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum der RWTH Aachen	Aachen
10	Thomas Rüth	AOK Westfalen-Lippe	Dortmund
11	Dr. med. Robert D. Schäfer	Ärztelkammer Nordrhein	Düsseldorf
12	Ulrike Telgenkämper	Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.	Münster
13	Prof. Dr. med. Raymond Voltz	Klinik für Palliativmedizin, Uniklinik Köln	Köln
14	Prof. Dr. med. Boris Zernikow	Vodafone Stiftungsinstitut für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin	Datteln

Anhang 3: Präsentation zum Projekt, angestrebten Methoden und besonderen Herausforderungen

Folie 1

Ermittlung des Bedarfs stationärer Hospize in NRW

Ein universitäres Forschungsprojekt im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW und der ALPHA-Stellen

Friedemann Nauck, Matthias Becker, Birgit Jaspers
Abteilung Palliativmedizin
Zentrum Anaesthesiologie,
Rettungs- und Intensivmedizin
Georg-August-Universität Göttingen

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**

Folie 2

Ziel des Projekts

Entwicklung einer Methode zur Schätzung des Bedarfs an Hospizen und Hospizbetten im Land NRW

Folie 3

Methoden

- Darstellung der Ist-Situation
- Literaturrecherche zur Bedarfsermittlung
- Prüfung vorhandener Modelle zur Bedarfsschätzung
- Runde Tische mit Experten
- Einzelgespräche mit Experten
- Anhörung von Patientenorganisationen, Patientenvertretern/Angehörigen

Folie 4



Folie 5

Ist-Zustand I

Item	Erwachsene		Kinder	
	Wert	Angabe	Wert	Angabe
Anzahl stationärer Einrichtungen	n	55	n	3
In Planung (Angaben ALPHA 2010)	n - WL n - RL	2 [+3?] 2 [+3?]	n	1 [+1?] 1 [+1?]
Betten (Angaben DGP 2009)	n	54 SH mit 472 Betten= 26/1 Mio. Einw.	n	--
Anzahl Gäste	MW [Range] für n=44	116,75 [32-195]	MW für n=1	264
Alter Gäste	Jahre/ Range der MW für n=42	56-76	Jahre/ Range der MW n=3	9-11

Folie 6

Ist-Zustand I

Erkrankungen: Erwachsene:

- Fortgeschrittene Krebserkrankung: 74%-100% (n=42)
- Vollbild AIDS: 0%-3% (n=29)
- Erkrankungen des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen: 0%-20% (n=37)
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung: 0%-30% (n=38)
- Anderes Krankheitsbild: 0%-7% (n=8)

Folie 7

Ist-Zustand I

Erkrankungen: Kinder:

- Fortgeschrittene Krebserkrankung: 3%-4% (n=2)
- Vollbild AIDS: 0% (n=1)
- Erkrankungen des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen: 20%-40% (n=2)
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung: 3%-30% (n=2)
- Anderes Krankheitsbild: 54%-96% (n=2)

Folie 8

Ist-Zustand I

Auslastung:

Erwachsene 2008: 67%-99%
(Ausreißer: 8%, 117%; n=46)

Kinder 2008: 60%-92% (n=3)

Pflegestufen: Erwachsene 2008:

Überwiegend Pflegestufe 1: 2%-65% (n=41)

Überwiegend Pflegestufe 2: 20%-90% (n=41)

Überwiegend Pflegestufe 3: 2%-70% (n=40)

Ohne Pflegestufe: 0%-55% (n=27)

Folie 9

Ist-Zustand I

Pflegestufen: Kinder 2008:

Überwiegend Pflegestufe 1: 3%-6% (n=3)

Überwiegend Pflegestufe 2: 17%-42% (n=3)

Überwiegend Pflegestufe 3: 51%-79% (n=3)

Ohne Pflegestufe: 0%-2% (n=3)

Mittlere Aufenthaltsdauer: Erwachsene 2008:

Range des MW: 11-64 Tage (n=39)

Range von MIN: 1-4 Tage (n=38) Range von MAX: 40-695 Tage (n=37)

Folie 10

Ist-Zustand I

Mittlere Aufenthaltsdauer: Kinder 2008:

Range des MW: 9-14 Tage (n=2)

Range von MIN: 1-3 Tage (n=2) Range von MAX: 68-365 Tage (n=2)

Abgewiesene Patienten 2008 Erwachsene:

Exakt: 15-219 (n=9); Geschätzt: 0-560 (n=28)

Abgewiesene Patienten 2008 Kinder:

Exakt: 0 (n=1); Geschätzt: 10 (n=2)

Folie 11

Ist-Zustand I: Hospize, Gäste, Netzwerk

- Erweiterung der Erhebung
 - Netzwerk: Ambulante Dienste, SAPV, Palliativstationen, Akutkrankenhaus, Kooperierende Apotheken und Sanitätshäuser, Spezialkliniken, Respite-Angebote, Hausärzte
- Epidemiologische und demographische Daten der Hospizgäste
- Ablehnungsquoten und -gründe
- Barrieren

Folie 12

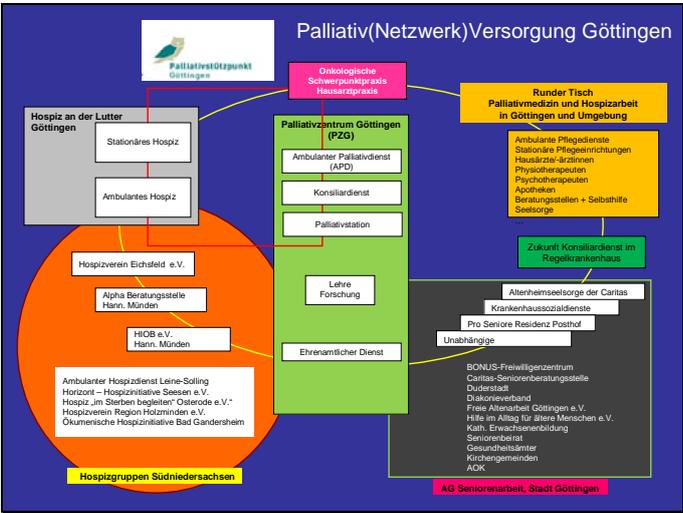
Netzwerkkonzepte in der Palliativmedizin

Problem

- Grundlagen fehlen für eine Bestimmung der Versorgungsqualität hinsichtlich Strukturen, Prozessen und Ergebnissen
- Es ist unklar, ob Versorgungsnetzwerke den Bedürfnissen Schwerkranker besser entsprechen als die herkömmliche Versorgung

Netzwerkkonzepte in der Palliativmedizin

- Hoffnung, dass Netzwerke eine bessere Hospiz- und Palliativversorgung und Integration erforderlicher Hilfen auf eine multiprofessionelle Leistungserbringung fokussieren
- Versorgungsnetzwerke sollen sektorale und disziplinäre Grenzen des Gesundheitswesens durchbrechen und gleichzeitig körperlichen, emotionalen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen von Schwerkranken und ihren Angehörigen Rechnung tragen



Ambulante Palliativversorgung Göttingen und Landkreis

▲ Stationäres Hospiz
★ Palliativstation
△ in Planung

Nord/Süd-Erstreckung: größte ca. 32 km, im Mittel ca. 27 km
Ost/West-Erstreckung: größte ca. 52 km, im Mittel ca. 48 km

Folie 16

Palliativstation, Hospiz, ambulanter Dienst Was für wen? – Bausteine der abgestuften Versorgung –

	Hospiz- und Palliativbetreuung			betreuende Angebote
	Grundversorgung	unterstützende Angebote		
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-Konsiliardienste	Palliativ-Stationen
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		Stationär Hospize	
Familienbereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach-)Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten		Mobile Teams Ambulanter Palliativdienst (SUPPORT)	Tageshospize Tagesklinik

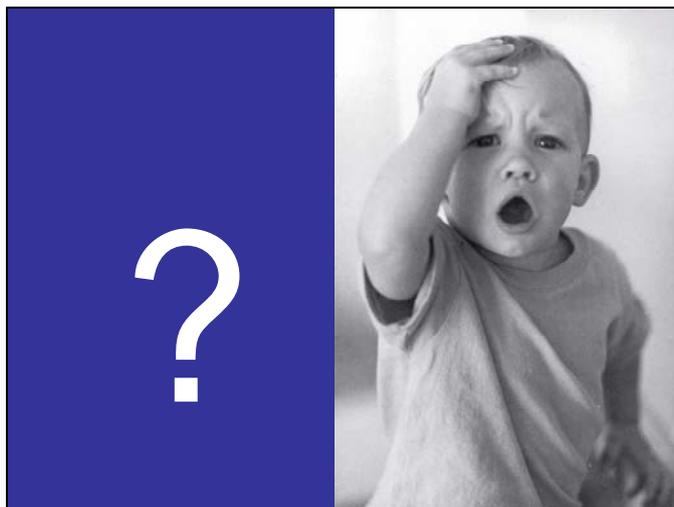
[mod. n. HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG]

Folie 17

Ist-Zustand II: NRW

- Epidemiologische und soziodemographische Daten nach Kreisen
- Versorgungsstrukturen ländliche/städtische Gebiete

Folie 18



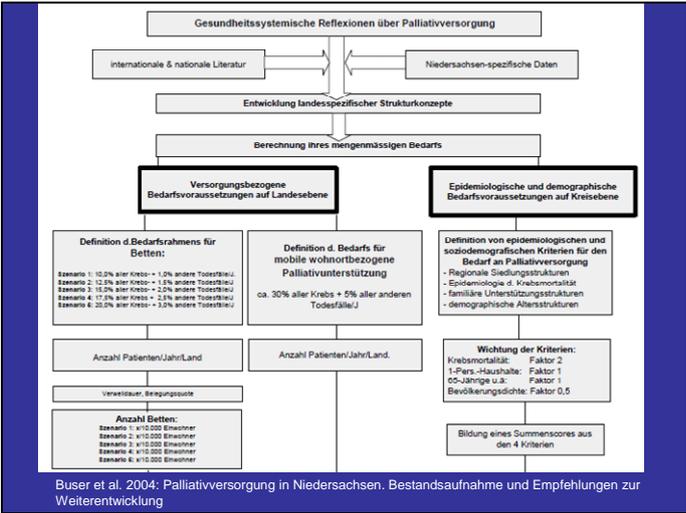
Methoden

Abgleich Daten Erhebung Ist-Zustand I und II:

- Sind bestimmte Diagnosegruppen in der Versorgung unter-/überrepräsentiert?
- Sind bestimmte Teile der Bevölkerung unter-/überrepräsentiert?
- Sind Spezialisierungen im Rahmen bestehender oder neu zu schaffender Einrichtungen wünschenswert?
- Wie kann dem Anspruch ambulant vor stationär dabei Genüge getan werden?

Ausblick

Berechnungs- und Verteilungsalgorithmus entwickeln vor dem Hintergrund der Ist-Analyse und zu erwartender Entwicklungen



Kinder: Probleme bei Feststellung der Prävalenz

- Definition/Semantik: Unterschiedliche Verwendung der Begriffe lebensbedrohlich und lebensverkürzend
- Unterschiedliche Einteilungen und Klassifikationen (ICD-9, ICD-10, ACT etc.; unterschiedliche Altersgrenzen)
- Keine akkuraten Daten zu Inzidenz und Prävalenz lebensverkürzender Erkrankungen; nur basierend auf Todesfällen

Kinder: Todesursachen in NRW 2007 nach Erkrankungsgruppen

GRUPPE (nach ACT)	ANZAHL DIAGNOSEN (ICD 10-Codes)	ART DER DIAGNOSEN	ANZAHL KINDER 0-19
1	55	Neubildungen (v. a. des Gehirns), Herzkrankheiten und angeborene Fehlbildungen des Herzens	213
2	34	Immundefekte, muskuläre Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, angeborene Fehlbildungen der Muskeln und Atemwege	157
3	13	Stoffwechselerkrankheiten, angeborene Abweichungen (v. a. Edwards- und Patau-Syndrom)	48
4	26	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht (n = 275), Zerebralpareesen, Tetraplegien, Schädigungen des Fetus und Neugeborenen, angeborene Abweichungen (v. a. Fehlbildungen des Gehirns)	373
gesamt 1-4	128	Kinder und Jugendliche, bei denen der Bedarf an Palliativversorgung wahrscheinlich ist	791
5	16	Entwicklungsstörungen, Epilepsie, bestimmte Herz- und Atemwegserkrankungen, bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	42
6	72	infektiöse und parasitäre Erkrankungen, psychische und Verhaltensstörungen, bestimmte Herz- und Atemwegserkrankungen, unklare Todesursachen (z. B. Fieber, Schock, SIDS), Verletzungen, Vergiftungen und sonstige Folgen äußerer Ursachen	460
gesamt	88	Kinder und Jugendliche, bei denen der Bedarf an Palliativversorgung wahrscheinlich ausgeschlossen werden kann	502
gesamt	216	alle Todesursachen	1.293

Jünger et al. 2009: Epidemiologie lebenslimitierender Erkrankungen in NRW

Kinder: Studien zur epidemiologischen Situation lebenslimitierender Erkrankungen

1. Lenton et al.: Prävalenz und Morbidität nicht onkologischer lebenslimitierender Erkrankungen in der Kindheit
2. Feudtner et al.: Mortalität von Kindern und Jugendlichen aufgrund von komplexen chronischen Krankheitszuständen
3. Brooks & Griffiths: Morbidität und Mortalität von Kindern mit lebenslimitierenden Erkrankungen

Kinder: Prävalenz ausgewählter Erkrankungen			
	Inzidenz	Prävalenz	Mortalität
Zystische Fibrose	1: 2.000-3.000	5.000 (BRD)	2 (NRW 2007)
Krebserkrankungen	13,3/100.000		100 (NRW 2007)
Muskeldystrophien	1 von 3.500 männlichen Neugeborenen	3: 100.000	12 (NRW 2007)
Angeborene Fehlbildungen			206 (NRW 2007)
Angeborene Herzfehler	120-130: 10.000 Neugeborene		
Neuralrohrverschlussstörungen	11,5: 10.000	11,5: 10.000	2 (NRW 2007)
Chromosomenstörungen	Down-Syndrom: 1: 600-700	8: 10.000	33 (NRW 2007)

Jünger et al. 2009: Epidemiologie lebenslimitierender Erkrankungen in NRW

Runder Tisch

Wir freuen uns, mit Ihnen Ihre Positionen, Haltungen, Einstellungen, Bedenken, Interessen diskutieren zu dürfen.

Ergebnisprotokoll Runder Tisch Bedarfsplanung stationäre Hospize für Erwachsene und Kinder in NRW im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW und der ALPHA-Stellen

Datum: 31.05.2010

Ort: Zentrum für Palliativmedizin, Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Teilnehmer:

Christoph Drolshagen (HPV NRW, Erkrath), Dr. Alexander Graudenz (KV Westfalen-Lippe), Margret Hartkopf (Kinderhospizverein Olpe), Dr. Brigitte Hefer (ÄK Nordrhein, Düsseldorf), Daniela Hockl (vdek NRW, Düsseldorf), Erich Lange (HPV NRW Ahlen), Thomas Montag (Uni Köln), Monika Müller, M.A. (ALPHA-Rheinland), Dorothea Röttger (DiCV Paderborn), Lars Steinhaus (AOK Westfalen-Lippe, Dortmund), Ulrike Telgenkämper (Diakonie RWL), Prof. Dr. Friedemann Nauck (Uni Göttingen), Birgit Jaspers (Uni Göttingen), Matthias Becker, M.A. (Uni Göttingen)

Entgegen der Erstkündigung wurde der Runde Tisch aus organisatorischen Gründen nur zum Vormittagstermin abgehalten.

Begrüßung

Friedemann Nauck begrüßt die Anwesenden. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde aller Teilnehmer.

Präsentation

Präsentation des Projektteams der Universität Göttingen: Ziele des Projekts, geplante Methoden, Ist-Zustand Stationäre Hospize in NRW, Vorgehensweise anderer Studien, Ausblick

Diskussion

Im Rahmen der anschließenden Diskussionsrunde wurden folgende Aspekte als wichtig für eine Bedarfsplanung erachtet:

1. Allen Teilnehmern war es wichtig zu betonen, dass ein Forschungsvorhaben zum Bedarf stationärer Hospize unter folgender ‚Präambel‘ stehen sollte: **Grundsätzlich sollte eine Bedarfsplanung nicht nur auf Statistiken fußen, sondern stets auch die vorhandenen Bedürfnisse der Menschen in Betracht ziehen.**

2. Erfassung/Evaluierung struktureller Kriterien

a) Strukturen extern

Die strukturelle Einbindung der Hospize (im Krankenhaus; eigenständig etc.)

Vorhandensein weiterer palliativmedizinischer/-pflegerischer/hospizlicher Strukturen (Palliativstation, APPD etc.)

Vorhandensein/Einbindung in ein regionales Netzwerk (welche Anbieter kooperieren wie?)

Schnittstellen zu verschiedenen anderen Einrichtungen, z.B. onkologischen Schwerpunktpatienten (zu lange betreut/behandelt?)

Schnittstelle Kinder-Krankenhäuser

Auswirkungen der SAPV/SAPPV-Versorgung auf die Bedarfslage an stationären Einrichtungen müsste beforscht werden

klare „Fallverantwortung“/Case-Management/gute Koordination (nicht nur Netzwerk, sondern koordiniertes Netzwerk)

b) Strukturen intern/Prozess-/Outcome-Qualität

Strukturen und Qualität der Sterbebegleitung

c) Strukturen: allgemeine Problemlage

Abgrenzung von allgemeiner/spezialisierter Palliativversorgung

3. Gäste-bezogene Daten/Überlegungen

Verordnungsverhalten (Wann Krankenhaus? Wann Hospiz? Warum wohin? Zeit der Entscheidung)

Indikation für Aufenthalt (medizinisch, pflegerisch, psychosozial)

Wer braucht welche Qualität?

Verweildauer

Wohnortnähe

Von einer Beschränkung auf bestimmte Erkrankungen bzw. von einer Spezialisierung sollte abgesehen werden. Der Hospizauftrag, in die Gesellschaft hineinzuwirken, steht dem entgegen.

Erhebung soziodemographischer Daten, z.B. Alleinlebende

Erhebung über Funktionieren/Probleme des Unterstützungsmanagements

Besonderheiten Kinder

Es bleibt fraglich, ob bei Kindern der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ebenfalls zutreffend ist

Es sollte beachtet werden, dass nicht nur Familien, sondern die Kinder ein Recht auf einen Hospizaufenthalt haben

4. Gründung/Finanzierung

Hospize können derzeit grundsätzlich gebaut werden, solange die entsprechenden Kriterien erfüllt werden. Für die Zukunft bleibt abzuwarten, welche Auswirkungen der Bau weiterer Hospize haben wird, wie also beispielweise mit möglichen Leerständen bzw. ersten Schließungen umgegangen werden sollte.

Wirtschaftlichkeit

Auslastung

Sollten Begründungskriterien für die Notwendigkeit von Hospizen gefunden werden?

5. Innovative Überlegungen zur veränderten Nutzung von Hospizen

a) Kinder

mehr Nutzung unabhängig von Familie

b) Erwachsene

elektive Nutzung (Kurzzeit) bei Überforderung der Familie, wenn für den Patienten keine Krankenhausbehandlung notwendig ist, dazu gehören auch

Kurzzeitpflege

Nachthospiz-Angebote

Respite-Care-Angebote für die Angehörigen zu Hause versorgter Schwerstkranker

6. Allgemeine Problemfelder

Hohe Kosten Alten-/Pflegeheimversorgung vs. kostenfreier Aufenthalt im Hospiz –
Zuweisungsgerechtigkeit

DRG-geleitetes Entlassmanagement im Krankenhaus, das an den Bedürfnissen der Patienten
und Angehörigen vorbeigeht

Pflegequalität Alteneinrichtungen vs. Hospiz

Sachbezogene Spenden (für Gründungen)/Leerstand finanzieren?

7. Weiteres

In anderen Bundesländern laufen ebenfalls Projekte zur Bedarfseinschätzung stationärer
Hospize an (Thüringen, Bayern). Ggf. Kontaktaufnahme.

Abschluss

Friedemann Nauck bedankt sich für die konstruktive und ergebnisreiche Diskussion. Die
Teilnehmer des ersten Runden Tisches, der sich aus Vertretern der Dachverbände,
Krankenkassen und des Ministeriums zusammensetzte, werden über die Termine der
regionalen Runden Tische informiert werden. Ein Ergebnisprotokoll der Sitzung wird ihnen
per E-Mail zugestellt. Auch Eingeladene, die am Runden Tisch nicht teilnehmen konnten,
erhalten Informationen über die Folgetreffen und das Protokoll.

Ergebnisprotokoll Regionaler Runder Tisch Bedarfsplanung stationäre Hospize für Erwachsene und Kinder in NRW im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW und der ALPHA-Stellen

Datum: 12.07.2010

Ort: Mildred Scheel Haus, Universitätsklinik Köln

Teilnehmer:

Jeanette Curth (Haus Hörn, Aachen), Martina Mann (Hospiz am St. Vinzenz-Hospital, Köln), Miriam Arens (Caritas Hospiz für palliative Therapie Johannes-Nepomuk-Haus, Köln), Dieter Maluche (Marienheim Hospiz, Kaarst), Martin Schlicht (Hospiz am Sankt Augustinus Krankenhaus, Düren), Beate Bergmann (Haus Sonnenschein, Rheinberg), Dirk Münster (Haus Sonnenschein, Rheinberg), Birgit Jaspers (Uni Göttingen), Matthias Becker (Uni Göttingen)

Begrüßung

Birgit Jaspers begrüßt die Teilnehmer des Runden Tisches.

Präsentation

Präsentation des Projektteams der Universität Göttingen: Ziele des Projekts, geplante Methoden, Ist-Zustand Stationäre Hospize in NRW, Vorgehensweise anderer Studien, Ausblick

Allgemeines

Einige Teilnehmer berichteten, dass das Einladungsprozedere bzw. die Auswahl der Eingeladenen für sie unklar sei. Dies sei ihnen auch von anderen, heute nicht anwesenden Personen so vermittelt worden.

Matthias Becker erklärt das Prozedere der Einladungen nach der aktuellen Liste der stationären Hospize in NRW mit Kontaktpersonen, die vom Auftraggeber ALPHA übermittelt wurde.

Ergebnisse der Diskussion

Netzwerkbefragung

In der einleitenden Präsentation, und mehrfach während der Diskussion wurde die Wichtigkeit funktionierender Netzwerke angesprochen. Die Teilnehmer erklärten sich auf die direkte Frage hin grundsätzlich bereit, an einer schriftlichen Umfrage teilzunehmen, mit der der Stand der regionalen Netzwerke inklusive einer Reflexion über Barrieren im Netzwerk erhoben werden soll. Es wurde geschätzt, dass der Umfragebogen in etwa 4 Wochen fertig gestellt sein könnte; ein Pretest wird durchgeführt werden.

Bedarf weiterer Hospize für Erwachsene

Anwesende Vertreter fragen danach, wie die Kassen den Bedarf an neuen stationären Hospizen sehen. Aus der überregionalen Runde wird berichtet, dass diese die Zahl als eher gesättigt sehen, dafür aber eine Optimierung der Leistungen und Zusammenarbeit mit anderen Diensten für wichtig erachten.

Die Teilnehmer des regionalen Tisches sehen den Bedarf auch gesättigt, weisen aber darauf hin, dass Personen, die eine Gründung anstreben, diese Ansicht nicht teilen würden.

Es herrsche teilweise ein regelrechter Run auf potentielle Gäste. Eine niedrige Auslastungsquote von im Durchschnitt unter 90% würde in den meisten Einrichtungen zu finanziellen Problemen führen.

Zusammenarbeit im Netzwerk

Altenheime

Die Palliativversorgung in Altenheimen sollte gestärkt oder aber die Möglichkeit eines Wechsels ins Hospiz ausgeweitet werden.

Die Palliativversorgung in Altenheimen kann nach dem derzeitigen Pflegeschlüssel nicht die gleiche Qualität wie in Hospizen gewährleisten. Einige Teilnehmer schildern negative Erfahrungen mit einer vorgeblichen Palliativversorgung im Altenheim, die sämtliche Standards vermissen lässt.

Sozialdienste

Feiertage und Ferienzeiten bei Sozialdiensten wirken sich merklich negativ auf die Zahl der Anfragen nach Hospizplätzen aus. Eine Verbesserung der Vertretungssituation könnte sich hier positiv auswirken.

Ambulante Pflegedienste/SAPV

Ein Teilnehmer berichtet über ein gut funktionierendes örtliches SAPV-Netz. Andere Teilnehmer erörtern, dass seit Einführung von SAPV Angehörige noch verunsicherter sind, da man sich noch mehr auf die spezialisierten Fachkräfte verlässt, die aber auch nicht jederzeit zur Verfügung stehen könnten. Dies könnte nur durch eine 24 h-Versorgung geleistet werden, die nicht finanzierbar ist.

Krankenhaus

Die Einschätzung der gesundheitlichen Situation von Krankenhauspatienten sollte verbessert werden. Viele Patienten werden zu spät ins Hospiz überwiesen und leben nur noch 2-3 Tage. Zudem sind sie in vielen Fällen nicht über ihre Situation aufgeklärt. Die Hospizarbeit ist nicht nur für die letzten 3 Tage des Lebens gedacht (man ist keine Feuerwehr).

Die Zusammenarbeit mit der örtlichen Palliativstation wird von einem Teilnehmer als gut beschrieben. Ein Teilnehmer geht davon aus, dass Patienten Palliativstationen gegenüber Hospizen aufgrund der ständigen Präsenz eines Arztes bevorzugen.

Ideen zur flexibleren bzw. Erweiterung der Nutzung von Hospizen

Es gibt zu wenige Kurzzeitpflegeplätze zur Entlastung von Angehörigen. Eine Kurzzeitpflege im Hospiz wäre denkbar, wenn die Krankenkassen zu einer Finanzierung bereit wären. Anstatt der in anderen Ländern üblichen Tageshospize, wird die Möglichkeit von Nachhospizen erörtert. Hier müsste aber eine gute Kommunikation mit dem Hausarzt und eine gute Kenntnis der Medikation gewährleistet sein. Ein Teilnehmer wendet ein, dass der ständige Transport des Patienten nicht förderlich sei und eine Entlastung der Angehörigen besser durch eine nächtliche häusliche Betreuung geleistet werden sollte.

Was ist ein Hospizpatient?

Aufgrund des Kostenvorteils von Hospizen gegenüber Altenheimen kommen vermehrt Gäste, die eigentlich keiner Hospizbehandlung bedürfen.

Dies könnte zusätzlich dadurch begünstigt werden, dass ein Übergang vom Altenheim ins Hospiz nicht möglich ist. Hier sollte im Vorfeld stärker geprüft werden. Gäste, die überdurchschnittlich lange im Hospiz bleiben, sind keine Seltenheit. Die Möglichkeit einer Entlassung nach Hause ist den Gästen oftmals schwer zu vermitteln. Der Anteil dieser Gruppe von Gästen variiert allerdings von Hospiz zu Hospiz.

Aufgrund der zunehmenden Zahl von Single-Haushalten steigt die Zahl von Gästen, die in einem häuslichen familiären Umfeld auch zuhause hätten versorgt werden können.

Patienten kommen oft in einem sehr schlechten Zustand ins Hospiz. Kurze Zeit nach der Ankunft tritt aber eine merkbare Verbesserung ein. Dies hat zur Folge, dass der MDK anzweifelt, ob es sich hierbei überhaupt um Hospizpatienten handelt.

Fallverantwortung

Die Erfahrungen mit Case-Management können nicht pauschal bewertet werden. Das Gelingen der Zusammenarbeit ist von der Person des Case-Managers abhängig.

Ein Teilnehmer berichtet, dass es bisher noch nie eine Rückmeldung seitens eines Case-Managers in Bezug auf die Verlegung eines Patienten gab.

Spezialisierung von Hospizen

Gegenüber einer möglichen Spezialisierung von Hospizen hatten die Teilnehmer folgende Bedenken:

Die Wohnortnähe ist in vielen Fällen nicht mehr gegeben.

Vom Hospizgedanken her sollte eher die Vielfalt gelebt werden. Hospize mit nur onkologischen Patienten, wie in der Runde auch vertreten, sollten und wollen sich auch für Patienten mit anderen Erkrankungen öffnen und für notwendige Kompetenzen im Team sorgen.

Selbst wenn es spezialisierte Hospize geben sollte, so könnte eine Vermittlung durch die Sozialdienste problematisch werden, da in vielen Fällen bei der Vermittlung das Krankheitsbild des Patienten nicht beachtet wird.

Zukünftige Entwicklungen

Die zukünftige Entwicklung ist von folgenden Faktoren abhängig:

Inwieweit werden alle Personen, die eine palliative Versorgung benötigen, über die entsprechenden Angebote informiert?

Wie wird mit dem steigenden Bedarf bei nichtonkologischen Patienten umgegangen?

Welche Folgen hat die flächendeckende Einführung von SAPV?

Abschluss

Birgit Jaspers bedankt sich für die konstruktive und ergebnisreiche Diskussion.

Ergebnisprotokoll Regionaler Runder Tisch Bedarfsplanung stationäre Hospize für Erwachsene und Kinder in NRW im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW und der ALPHA-Stellen

Datum: 14.07.2010

Ort: Stadtweinhaus, Münster

Teilnehmer:

Michael Adomaitis (Diakonisches Werk Fachverband Hospiz- und Palliativversorgung, Wiehl), Gerline Dingerkus (Alpha Westfalen, Münster), Franz-Josef Dröge (Hospiz LebensHaus, Münster), Gisbert Fulland (Lukas-Hospiz, Herne), Katrin Gondermann (Hospiz St. Hildegard, Bochum), Bertolt Haase (v. Bodelschwingsche Stiftungen, Bethel), Martin Halfar (Elisabeth Hospiz, Datteln), Frank Heese (Kinderhospiz Arche Noah, Gelsenkirchen), Heinrich Hoffmann (Elisabeth Hospiz, Datteln), Christiane Hüer (Hospiz Haus Hannah, Emsdetten), Michael Roes (Johannes-Hospiz Münster), Thomas Schulze auf'm Hofe (Stadt Münster), Lars Steinhaus (AOK Westfalen-Lippe, Dortmund), Martin Suschek (Hospiz Anna Katharina, Dülmen), Bärbel Ullmann (Hospiz am Ostpark, Dortmund), Marlen Vorkamp (Kinderhospiz Arche Noah, Gelsenkirchen), Anneli Wallbaum (Lukas-Hospiz, Herne), Birgit Jaspers (Uni Göttingen), Matthias Becker (Uni Göttingen)

Begrüßung

Birgit Jaspers begrüßt die Teilnehmer des Runden Tisches.

Präsentation

Präsentation des Projektteams der Universität Göttingen: Ziele des Projekts, geplante Methoden, Ist-Zustand Stationäre Hospize in NRW, Vorgehensweise anderer Studien, Ausblick

Ergebnisse der Diskussion

Netzwerkbefragung

In der einleitenden Präsentation, und mehrfach während der Diskussion wurde die Wichtigkeit funktionierender Netzwerke angesprochen. Die Teilnehmer erklärten sich auf die direkte Frage hin grundsätzlich bereit, an einer schriftlichen Umfrage teilzunehmen, mit der der Stand der regionalen Netzwerke inklusive einer Reflexion über Barrieren im Netzwerk erhoben werden soll. Es wurde geschätzt, dass der Umfragebogen in etwa 4 Wochen fertig gestellt sein könnte; ein Pretest wird durchgeführt werden.

Bedarf weiterer Hospize für Erwachsene

Der Bedarf weiterer stationärer Hospize für Erwachsene wird als gedeckt angesehen. Eine ausreichende Belegung muss gewährleistet sein. Zusätzlich gilt es, das Spendenaufkommen aufrechtzuerhalten. Dies wird erschwert durch die ansteigende Zahl zusätzlicher Institutionen (Fördervereine, Hospizstiftungen, Fördervereine für Kinderhospize etc.) dieses Bereichs, die ebenfalls Spendengelder sammeln. Es könnten zukünftig wirtschaftliche Probleme auftreten, wenn der Eigenanteil der Hospize auf jetzigem Niveau bleibt.

Zusammenarbeit im Netzwerk

Ambulante Pflegedienste/SAPV

Einzelne Vertreter berichten von einer guten örtlichen Vernetzung.

Durch die Erweiterung ambulanter Angebote steigt auch die Nachfrage nach stationären Plätzen. Grundsätzlich wird eine erhöhte Nachfrage mit Zunahme der Kenntnis hospizlicher Angebote in der Bevölkerung angenommen.

Krankenhaus

Einzelne Vertreter berichten von einer guten Zusammenarbeit mit örtlichen Krankenhäusern und einer guten Entwicklung hin zur palliativen Komplexbehandlung. Andere Teilnehmer berichten hingegen von neu eingerichteten Palliativbetten in Krankenhäusern, die nicht den erforderlichen Qualitätsmerkmalen entsprechen, aber auf einen versteckten Bedarf hinweisen.

Tendenziell ist zu erkennen, dass Patienten in einem immer schlechteren Zustand aus dem Krankenhaus überwiesen werden. Damit verbunden ist ein Sinken der Verweildauer. Es bleibt fraglich, ob Ärzte Schwierigkeiten damit haben, Patienten über ihren Zustand vollständig zu informieren. Daraus ergibt sich auch die Frage, wie Krankenhäuser grundsätzlich ihre Patienten über weitere Möglichkeiten und Angebote informieren. Eine Erhebung mit dieser Fragestellung wäre sicher sinnvoll, kann im zeitlichen Rahmen der Bedarfserhebung aber nicht geleistet werden.

Ideen zur flexibleren bzw. Erweiterung der Nutzung von Hospizen

Das Kriterium begrenzte Lebenserwartung muss für Hospizpatienten erhalten bleiben. Es herrscht ein Bedarf nach Kurzzeitpflege. Ob entsprechende Angebote von Altenpflegeheimen den Qualitätskriterien adäquater Palliativpflege entsprechen, wurde zum Teil kontrovers diskutiert.

Was ist ein Hospizpatient?

Bei Krankenhäusern oder medizinischen Diensten werden oft uneinheitliche oder unpassend scheinende Kriterien verwendet. Aufnahmekriterien werden unterschiedlich gehandhabt, so dass Patienten in vielen Fällen zu spät ins Hospiz kommen.

Aufgrund der zunehmenden Zahl von Single-Haushalten steigt die Zahl von Gästen, die in einem häuslichen familiären Umfeld oder bei besserer ambulanter Einbindung auch zuhause hätten versorgt werden können.

Fallverantwortung

Es ist grundsätzlich sinnvoll einen Ansprechpartner zu haben. Für den stationären Hospizbereich scheint dies nicht nötig zu sein, sehr wohl aber im ambulanten Bereich.

Spezialisierung von Hospizen

Vertreter eines Hospizes berichten von einer Spezialisierung auf Gäste mit Mundbodenkarzinom, basierend auf speziellen örtlichen Gegebenheiten (Krankenhaus mit großer HNO-Abteilung). Andere Teilnehmer lehnen eine Spezialisierung auf eine bestimmte Patientengruppe mit Verweis auf den Hospizgedanken ab. Es wird die Möglichkeit einer Spezialisierung auf bestimmte Patientengruppen diskutiert, die aber gleichzeitig mit einer Offenheit gegenüber anderen Patienten verbunden sein sollte.

Das wirtschaftliche Überleben spezialisierter Hospize wird von verschiedenen Teilnehmern angezweifelt. Als negatives Beispiel werden spezialisierte Altenheime mit finanziellen Problemen genannt.

Anhand des Beispiels von Beatmungspatienten wird der Umgang mit speziellen Patientengruppen diskutiert. Aufgrund des benötigten spezialisierten Personals ist dies mit zusätzlichen finanziellen Aufwendungen verbunden. Wie berichtet wird, fühlen sich Mitarbeiter von Hospizen teilweise im Umgang mit Beatmungspatienten überfordert, entsprechende Schulung könnte dem abhelfen.

Als weitere spezielle Patientengruppe werden junge Pflegebedürftige genannt, die sich unter den meist älteren Hospizpatienten und auch in Alten-/Pflegeheimen nicht wohl fühlen, gleichzeitig aber für Kinderhospize zu alt sind.

Die bei der Unterbringung in einem spezialisierten Hospiz nicht mehr garantierte Wohnortnähe wird als nicht problematisch eingeschätzt. Entscheidendes Kriterium ist die Erreichbarkeit der Einrichtung, zumal Menschen in ländlichen Strukturen entsprechende Entfernungen ohnehin gewöhnt sind.

Kinderhospize

Es wird appelliert, bei der Bedarfserhebung für Kinderhospize auf die notwendige Differenzierung zu Erwachsenenhospizen zu achten. Außerdem sollte die Analyse nicht allein auf Zahlen beruhen, sondern vor allem auch die zugehörigen Netzwerke einbeziehen.

Valide Zahlen zu betreuten Kindern sind nur schwer zu ermitteln, da sie in verschiedenen Einrichtungen des Netzwerks erfasst werden. Externe Experten werden hierbei beratend Hilfestellung leisten.

Anders als im Erwachsenenbereich spielen Kurzzeitpflegeeinrichtungen (Wohneinrichtungen) eine wichtige Rolle. In NRW gibt es 17 solcher Einrichtungen, die in einem Arbeitskreis organisiert sind.

Der Bedarf an Kinderhospizen wird von Vertretern des anwesenden Kinderhospizes als gesättigt angesehen. Der Vertreter eines sich noch in Gründung befindlichen Kinderhospizes sieht einen weiteren Bedarf und verweist auf das dahinterliegende Konzept.

Zukünftige Entwicklungen

Es wird die Frage aufgeworfen, ob es von politischer Seite aus bei der jetzigen Regelung bleibt, die Gründung eines stationären Hospizes nur an die Erfüllung bestimmter Formalien zu binden.

Abschluss

Nach einer Abschlussrunde bedankt sich Birgit Jaspers bei den Teilnehmern. Weitere Runde Tische wird es aus Zeitgründen nicht geben. Ein Ergebnisprotokoll wird angekündigt.

Anhang 7: Anschreiben (E-Mail) zur Netzwerkbefragung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie Sie wissen, wird derzeit im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen und der ALPHA-Stellen eine Bedarfsplanung für stationäre Hospize durch die Abteilung Palliativmedizin der Universität Göttingen (Lehrstuhl Prof. Dr. med. Friedemann Nauck) durchgeführt.

Im Rahmen der Runden Tische, zu denen Vertreter aller stationären Hospize in NRW sowie Vertreter der Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände und des Ministeriums eingeladen waren, wurde die Wichtigkeit von Netzwerken betont. Die anwesenden Vertreter haben die Bereitschaft signalisiert, an einer Befragung zum Ist-Zustand vorhandener Netzwerke in NRW teilzunehmen.

Wir möchten Sie daher bitten, uns durch das Ausfüllen des im Anhang beigefügten Fragebogens zu unterstützen. Unsere Fragen zielen darauf ab, die regionalen Netzwerke im Hinblick auf die Arbeit der stationären Hospize abzubilden. **Ihr Hospiz steht dabei im Mittelpunkt des Netzwerks** und wir möchten von Ihnen Informationen erfragen, die sich auf die Zuweisung/Nicht-Zuweisung und die Mitversorgung von Gästen durch andere Dienste in Ihrem Hause beziehen. Damit wollen wir versuchen, im Netzwerk Lücken aufzudecken und Bereiche zu identifizieren, die für die Bestimmung des tatsächlichen Bedarfs an Hospizplätzen von Bedeutung sind.

Es soll bei dieser Befragung **nicht um die Bewertung** von einzelnen Einrichtungen, Diensten oder Personen gehen. Wir brauchen aber die Namen und Adressen, um einen geographischen Überblick über die Verteilung der an der Zuweisung/Nicht-Zuweisung und der Mitversorgung beteiligten Dienste zu gewinnen.

Der Fragebogen ist im Word-Format erstellt und sollte dort auch von Ihnen bearbeitet werden. Die Datei ist frei editierbar, kann also dem Umfang Ihrer Antworten individuell angepasst werden. Wir möchten Sie bitten, die ausgefüllte und gespeicherte Datei wieder bis spätestens **31. August** an unsere E-Mailadresse Matthias.Becker@Malteser.org zu senden.

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Hilfe.

Bei inhaltlichen oder technischen Fragen können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Mit freundlichen Grüßen

Matthias Becker

Anhang 8: Fragebogen regionale Netzwerke



Fragebogen regionale Netzwerke

zum Projekt

Bedarfsplanung stationäre Hospize

im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

und der ALPHA-Stellen

Um bedarfsrelevante Information aus den derzeit existierenden Netzwerken zu bekommen, möchten wir Sie darum bitten, Einrichtungen, Dienste und Personen zu benennen, mit denen Sie bei der Versorgung von Palliativpatienten zusammenarbeiten. Zur Vereinfachung wird im weiteren Verlauf des Fragebogens, außer in den Tabellen, für Einrichtungen, Dienste und Personen stellvertretend nur noch das Wort Einrichtungen verwendet. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde auf die zusätzliche Nennung der weiblichen Form verzichtet. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Aufnahme von Hospizgästen

Zunächst möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu den Einrichtungen zu beantworten, die Hospizplätze bei Ihnen anfragen.

1) Welche Einrichtungen fragen bei Ihnen nach freien Plätzen an?

Bitte tragen Sie die Angaben in die Tabelle ein. Die letzte Spalte (Geschätzt oder Genau) bezieht sich auf die Angabe „Anfragen in %“. Bitte vermerken Sie dort, ob Sie die %-Angabe geschätzt haben oder genau angeben können. In der ersten Zeile finden Sie eine beispielhafte Angabe. Erweitern Sie bitte die Tabelle, falls der vorhandene Platz nicht ausreicht.

Nr.	Name von Einrichtung/Dienst/Person	Art	Anschrift	Entfernung in km	% von Anfragen pro Jahr	Geschätzto der Genau
0	Stadtkrankenhaus Neustadt	Krankenhaus	Bahnhofstraße 7, 12345 Neustadt	15	25	Geschätzt
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						
6)						
7)						
8)						

2) Schwankt die Anfragehäufigkeit der Einrichtungen im Jahresverlauf?

Bitte schreiben Sie hinter die zutreffende Antwort ein X. Falls Sie mit „NEIN“ antworten, fahren Sie bitte mit Frage 5 fort.

JA

NEIN

3) Falls Sie bei einzelnen Einrichtung Anlässe und/oder Gründe für die Schwankungen der Anfragehäufigkeit angeben können, also beispielsweise „immer in der Ferienzeit“ oder „wenn Funktionsträgerin XY erkrankt ist“, so vermerken Sie dies bitte in der folgenden Tabelle. Bitte nennen Sie bei Bezugnahme auf einzelne Personen nur anonymisiert die Funktion dieser Person.

In der ersten Zeile finden Sie wieder eine beispielhafte Angabe. Falls Sie nur allgemeine Angaben machen können, ohne dabei bestimmte Einrichtungen zu benennen, so fahren Sie bitte mit Frage 4 fort.

Nr.	Name von Einrichtung/Dienst/Person	Anlass/Grund für Schwankung
0	Stadt Krankenhaus Neustadt	Immer wenn die Sozialarbeiterin im Urlaub oder krank ist (keine Vertretung)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		

4) Können Sie unabhängig von bestimmten Einrichtungen Anlässe und/oder Gründe für Anfrageschwankungen nennen? Wenn ja, welche wären das?

Beispiel: Ferienzeiten

Platz für Ihre Angaben zu Frage 4.

**5) Gibt es Einrichtungen, die seltener als früher oder gar nicht mehr bei Ihnen bezüglich einer Aufnahme anfragen, da Sie
a) ihre eigene Kompetenz in der Patientenversorgung gesteigert haben**

Bitte schreiben Sie hinter die zutreffende Antwort ein X. Falls Sie mit „JA“ antworten, tragen Sie die Einrichtungen in die nachfolgende Tabelle ein..

JA

NEIN

Nr.	Name von Einrichtung/Dienst/Person	Art	Anschrift
1)			
2)			
3)			
4)			

**Gibt es Einrichtungen, die seltener als früher oder gar nicht mehr bei Ihnen bezüglich einer Aufnahme anfragen, da Sie
b) andere oder verbesserte Strukturen im Netzwerk dazu geführt haben, dass Anfragen von dieser Seite seltener oder überflüssig
werden**

*Bitte schreiben Sie hinter die zutreffende Antwort ein X. Falls Sie mit „JA“ antworten, tragen Sie die Einrichtungen in die nachfolgende
Tabelle ein..*

JA

NEIN

Nr.	Name von Einrichtung/Dienst/Person	Art	Anschrift
1)			
2)			
3)			
4)			

6) Welche Einrichtungen fragen nicht bei Ihnen an, obwohl Sie auch für diese Einrichtungen aus Ihrer Region zur Verfügung stehen?

Bitte geben Sie auch jeweils an, aus welchem Grund Ihrer Einschätzung nach keine Anfragen kommen bzw. falls möglich, welche Gründe von den Einrichtungen diesbezüglich mitgeteilt wurden. In der ersten Zeile finden Sie wieder ein Beispiel.

Nr.	Name von Einrichtung/Dienst/Person	Art	Anschrift	Entfer- nung in km	Gründe (Eigene Einschätzung)	Gründe (von Einrichtung mitgeteilt)
0	<i>Praxis Dr. XYZ</i>	<i>Hausarztpraxis</i>	<i>Hasenweg 7, 12345 Neustadt</i>	<i>7</i>	<i>Wenig Erfahrung mit entsprechendem Patientengut</i>	<i>Praxis gibt an, bisher keine infrage kommenden Patienten gehabt zu haben</i>
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						
6)						
7)						
8)						

Versorgung von Hospizgästen

Nun möchten wir Ihnen einige Fragen zu den Einrichtungen stellen, mit denen Sie bei der Versorgung der Hospizgäste zusammenarbeiten.

7) Welche Einrichtungen arbeiten mit Ihrem Haus bei der Versorgung von Hospizgästen zusammen?

Denken Sie bei der Auflistung an das komplette Netzwerk, also beispielsweise ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Hausärzte, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Apotheken, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen, Seelsorge etc. Geben Sie bitte bei „Warum diese(r) Einrichtung/Dienst/Person“ an, aus welchem Grund Sie mit dieser Einrichtung zusammenarbeiten, also beispielsweise: nächstgelegene Einrichtung; einziger Dienst vor Ort etc.

Nr.	Name von Einrichtung/Dienst/Person	Art	Anschrift	Entfernung in km	Warum diese(r) Einrichtung/Dienst/Person?
0	Pflegedienst Paschulke	Pflegedienst	Mühlenweg 39, 12345 Neustadt	4	Nächstgelegene Einrichtung
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					
8)					

8) Werden Gäste in Ihrem Haus von ihrem „angestammten“ Hausarzt betreut?

Bitte schreiben Sie hinter die zutreffende Antwort ein X und nennen Sie, falls Sie die Antwort „JA, manche“ wählen, die zutreffende Prozentzahl und geben Sie bitte an, ob diese Zahl geschätzt oder genau angegeben wurde.

JA, alle (100%)

NEIN

JA, manche (%)

GESCHÄTZT
GENAU

9) Welche Einrichtungen arbeiten bei der Begleitung von Angehörigen mit Ihnen zusammen?

Nr.	Name von Einrichtung/Dienst/Person	Art	Anschrift	Entfernung in km
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				

10) Gibt es eine oder mehrere Einrichtungen, mit denen Sie zusammenarbeiten, deren Entfernung zu Ihrem Haus aus Ihrer Sicht eigentlich nicht zumutbar ist?

Bitte schreiben Sie hinter die zutreffende Antwort ein X. Falls Sie „NEIN“ angeben, fahren Sie bitte mit Frage 11 fort.

JA

NEIN

Bitte benennen Sie diese Einrichtungen in der Tabelle. In der ersten Zeile finden Sie wieder ein Beispiel.

Nr.	Name von Einrichtung/Dienst/Person	Art	Anschrift	Entfernung in km	Grund der Zusammenarbeit
0	<i>Praxis Schmitz</i>	<i>Physiotherapie</i>	<i>Eulenweg 8, 12345 Neustadt</i>	<i>37</i>	<i>Einzigste Praxis mit Palliative Care Kompetenz im Kreis Neustadt</i>
1)					
2)					
3)					
4)					

11) Welche Anfahrtstrennung zu Ihrer Einrichtung halten Sie für Angehörige für nicht mehr zumutbar?

Platz für Ihre Angaben zu Frage 11.

Netzwerk: Nun möchten wir Ihnen abschließend noch einige allgemeine Fragen zum lokalen Netzwerk stellen.

12) Hier sind einige Aussagen. Bitte geben Sie mithilfe der Skala jedes Mal an, inwieweit Sie der Aussage zustimmen können. Dabei bedeutet **1**, dass die Aussage **voll und ganz** zutrifft und **5** bedeutet, dass die Aussage **überhaupt nicht** zutrifft. 2, 3 und 4 sollen Ihnen Möglichkeiten der Abstufung geben. Markieren Sie das zutreffende Feld bitte jeweils mit einem X. Falls eine Frage für Sie nicht zutreffen sollte oder Sie die Frage nicht beantworten wollen, so wählen Sie bitte die Spalte „Keine Angabe“.

	1 VOLL UND GANZ	2 WEIT-GE- HEND	3 TEIL- WEISE	4 EHER NICHT	5 ÜBER- HAUPT NICHT	KEINE ANGABE
a) Die Anfragen werden zum richtigen Zeitpunkt im Krankheitsverlauf der Patienten gestellt.						
b) Für die Patienten, für die ein Platz angefragt wird, wäre keine andere Möglichkeit der Versorgung angemessen.						
c) Für die Patienten, die unserem Haus versorgt werden, wäre keine andere Möglichkeit der Versorgung angemessen.						
d) Bei Anfragen werden alle relevanten Krankheitsbilder für eine Versorgung im Hospiz durch die Anfragenden berücksichtigt.						
e) Unser Hospiz ist für die Aufnahme von Gästen mit allen Krankheitsbildern offen.						
f) Unser Hospizangebot ist bei allen relevanten Versorgungsanbietern im Gesundheitswesen, wie Krankenhäusern, Arztpraxen etc. bekannt.						
g) Unser Hospizangebot ist bei der Zielgruppe der Patienten in unserer Region bekannt						
h) Unser Hospizangebot ist bei der Zielgruppe der Angehörigen von schwerkranken Patienten in unserer Region bekannt.						
i) Für mögliche Entlassungen aus dem Hospiz in andere Settings sind Strukturen vorhanden.						
j) Im regionalen Netzwerk kann unser Erwachsenen hospiz Bewohner, die keiner Hospizunterbringung mehr bedürfen, in andere Settings der Versorgung entlassen.						

13) Gibt es konkrete Barrieren im Netzwerk?

Bitte schreiben Sie hinter die zutreffende Antwort ein X. Falls Sie „NEIN“ angeben, fahren Sie bitte mit Frage 15 fort.

JA

NEIN

14) Bitte benennen Sie diese Barrieren.

Beispiel: Verantwortung für die ausführliche Information über Diagnose oder Prognose ist unklar.

Platz für Ihre Angaben zu Frage 14.

15) Wo sehen Sie noch Verbesserungsbedarf im Netzwerk?

Platz für Ihre Angaben zu Frage 15.

16) Angaben zum stationären Hospiz

Um Ihre Antworten richtig zuordnen zu können, möchten wir Sie noch um einige Angaben bitten:

Name und Adresse des stationären Hospizes:

Name des Ausfüllenden:

Funktion des Ausfüllenden:

VIELEN DANK!

Anhang 9: Befragte Experten

Benno Bolze
Geschäftsführer
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
Aachener Straße 5
10713 Berlin

Dr. rer. medic. Saskia Jünger, Dipl. Psych.
Universitätsklinikum
Klinik für Palliativmedizin
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen

Prof. Dr. med. Lukas Radbruch
Klinik für Palliativmedizin
Universitätsklinikum der Rheinischen Friedrich Wilhelms Universität Bonn
Zentrum für Palliativmedizin
Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg
Von-Hompesch-Straße 1
53123 Bonn

Priv.-Doz. Dr. med. Nils Schneider MPH
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30623 Hannover

Prof. Dr. med. Boris Zernikow
Vodafone Stiftungsinstitut und Lehrstuhl für Kinderschmerztherapie
und Pädiatrische Palliativmedizin Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln
Universität Witten/Herdecke
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5
D-45711 Datteln

Expertise im Rahmen des Projekts Bedarfsplanung stationäre Hospize für Erwachsene und Kinder in NRW im Auftrag des Gesundheitsministerium NRW; hier: Erwachsene

Wir haben Sie als Experten für den Bereich Erwachsenen-Hospize (stationär) in NRW ausgewählt und würden uns freuen, wenn Sie uns folgende Fragen aus Ihrer Sicht und mit Blick auf die Situation in diesem Bundesland beantworten könnten:

- Was sind für Sie wichtige Kriterien für eine Bedarfsplanung/Anzahl von Betten/Einrichtungen? Wie würden Sie diese berücksichtigt sehen wollen?
- Gibt es Elemente, die Sie aus Ihrer Bedarfsberechnung des Gutachten für Niedersachsen so genau übernehmen würden?
- Expecten Sie, dass der Ausbau der SAPV den Bedarf von Hospizbetten verändert? Wenn ja, in welcher Hinsicht?
- Sehen Sie eine Problematik in der mittlerweile kostenfreien Unterbringung im Hospiz im Gegensatz zur mit Kosten verbundenen Unterbringung im Pflegeheim?
- Sollten Hospize eine Erweiterung ihrer Aufgaben erfahren? Bei den von uns abgehaltenen Runden Tischen wurde z.B. Nachthospiz genannt.
- Wie beurteilen Sie die Tatsache, dass die meisten der Hospizbewohner dort auch versterben, in Hinblick auf den tatsächlichen Bedarf an Betten?
- Brauchen wir spezialisierte Hospize, z.B. für beatmete Patienten oder Patienten mit bestimmten Erkrankungen?
- Was ist Ihr persönlicher Standpunkt in Hinblick auf das Ziel einer flächendeckenden Versorgung mit stationären Hospizbetten in NRW?

Expertise im Rahmen des Projekts Bedarfsplanung stationäre Hospize für Erwachsene und Kinder in NRW im Auftrag des Gesundheitsministerium NRW; hier: Kinder

Wir haben Sie als Experten für den Bereich Kinder-Hospize (stationär) in NRW ausgewählt und würden uns freuen, wenn Sie uns folgende Fragen aus Ihrer Sicht und mit Blick auf die Situation in diesem Bundesland beantworten könnten:

- Was sind für Sie wichtige Kriterien für eine Bedarfsplanung/Anzahl von Betten/Einrichtungen speziell für Kinder/Jugendliche? Wie würden Sie diese berücksichtigt sehen wollen? Wie unterscheiden sich diese von den Kriterien für Erwachsene?
- Expecten Sie, dass der Ausbau der SAPV den Bedarf von Hospizbetten verändert? Wenn ja, in welcher Hinsicht?
- Sehen Sie eine Problematik in der mittlerweile kostenfreien Unterbringung im Hospiz im Gegensatz zur mit Kosten verbundenen Unterbringung im Pflegeheim/Pflegeeinrichtungen?
- Sollten Hospize eine Erweiterung ihrer Aufgaben erfahren? Bei den von uns abgehaltenen Runden Tischen wurde z.B. Nachthospiz genannt.
- Brauchen wir spezialisierte Hospize, z.B. für beatmete Patienten oder Patienten mit bestimmten Erkrankungen?
- Was ist Ihr persönlicher Standpunkt in Hinblick auf das Ziel einer flächendeckenden Versorgung mit stationären Hospizbetten in NRW?

Anhang 12: Statistische Übersichten zu Leistungsempfängern der Pflegeversicherung in NRW am 15.12.2007- alle Pflegestufen

Nordrhein-Westfalen								
Pflegestatistik über die Pflegeversicherung								
Z 1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12.2007- alle Pflegestufen -								
Pflegestufen ----- Alter von ... bis unter ... Jahren	Leistungsempfänger / Leistungsempfängerinnen							Pflege- geld ²⁾
	ins- gesamt ¹⁾	ambu- lante Pflege	stationäre Pflege					
zusammen			voll- stationäre Pflege	Kurzzeit- pflege	Tages- pflege	Nacht- pflege		
Insgesamt								
Insgesamt	484801	106832	153462	144926	3564	4962	10	224507
unter 5	3084	111	7	6	1	-	-	2966
5 - 10	6258	190	17	12	5	-	-	6051
10 - 15	6249	223	10	1	9	-	-	6016
15 - 20	5223	240	30	18	12	-	-	4953
unter 5 - 20	20814	764	64	37	27			19986
20 - 25	3746	226	45	41	4	-	-	3475
unter 5 - 25	24560	990	109	78	31			23461
25 - 30	3027	256	93	86	5	2	-	2678
30 - 35	2801	251	125	118	7	-	-	2425
35 - 40	3836	482	271	263	6	2	-	3083
40 - 45	5401	751	535	520	11	4	-	4115
45 - 50	6733	1029	1000	958	23	19	-	4704
50 - 55	8136	1394	1556	1489	30	37	-	5186
55 - 60	11198	1820	2271	2140	50	81	-	7107
60 - 65	14817	2406	3244	3037	63	144	-	9167
65 - 70	29319	5643	6889	6400	139	347	3	16787
70 - 75	45156	9812	11234	10281	303	649	1	24110
75 - 80	67679	16596	18890	17393	536	957	4	32193
20-80	201849	40666	46153	42726	1177	2242	8	115030
25-80	198103	40440	46108	42685	1173	2242	8	111555
80 - 85	97278	25321	33037	30921	866	1248	2	38920
85 - 90	93815	23838	38463	36579	889	995	-	31514
90 - 95	48955	11342	23657	22867	428	362	-	13956
≥ 95	22090	4901	12088	11796	177	115	-	5101
80 u. mehr	262138	65402	107245	102163	2360	2720	2	89491

Zusammenstellung nach möglichen Alterseinteilungen für die potenziellen Hospizpopulationen

unter 5 - 20	20814	764	64	37	27			19986
20-80	201849	40666	46153	42726	1177	2242	8	115030
80 u. mehr	262138	65402	107245	102163	2360	2720	2	89491

unter 5 - 25	24560	990	109	78	31			23461
25-80	198103	40440	46108	42685	1173	2242	8	111555
80 u. mehr	262138	65402	107245	102163	2360	2720	2	89491

Tabelle 47: Leistungsempfänger in NRW am 15.12.2007- alle Pflegestufen; Quelle: IT.NRW; im September 2010 auf Anfrage bereitgestellt und modifiziert

- 1) Bei der Zahl der Leistungsempfänger insgesamt können Doppelerfassungen entstehen, sofern Empfänger von Tages- bzw. Nachtpflege zusätzlich auch ambulante Pflege oder Pflegegeld erhalten
- 2) Ohne Empfänger von Pflegegeld, die zusätzlich auch ambulante Pflege erhalten. Diese werden bei der ambulanten Pflege berücksichtigt. Stichtag: 31.12.2007.

Diese Legende gilt für Tabelle 47 bis Tabelle 52 in Anhang 12.

Nordrhein-Westfalen								
Pflegerstatistik über die Pflegeversicherung								
Z 1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12.2007- Pflegestufe I -								
Pflegestufen	Leistungsempfänger / Leistungsempfängerinnen							
-----	ins- gesamt 1)	ambu- lante Pflege	stationäre Pflege					Pflege- geld 2)
Alter von ... bis unter ... Jahren			zusammen	voll- stationär e Pflege	Kurzzeit- pflege	Tages- pflege	Nacht- pflege	
Insgesamt								
Pflegestufe I	257476	57337	55902	51601	2129	2170	2	144237
unter 5	1941	44	1	1	-	-	-	1896
5 - 10	3285	70	8	6	2	-	-	3207
10 - 15	3167	93	1	-	1	-	-	3073
15 - 20	2349	79	3	1	2	-	-	2267
unter 5 - 20	6485	229	21	10	11			6235
20 - 25	1398	55	4	4	-	-	-	1339
unter 5 - 25	7773	292	33	21	12			7448
25 - 30	1075	77	6	6	-	-	-	992
30 - 35	1090	64	21	19	2	-	-	1005
35 - 40	1620	148	54	53	1	-	-	1418
40 - 45	2357	245	106	100	5	1	-	2006
45 - 50	3216	393	285	273	7	5	-	2538
50 - 55	4172	563	533	506	18	9	-	3076
55 - 60	6191	849	810	768	22	20	-	4532
60 - 65	8429	1215	1301	1204	34	63	-	5913
65 - 70	16229	2746	2652	2445	75	132	-	10831
70 - 75	25286	4905	4134	3710	162	262	-	16247
75 - 80	38399	8880	6972	6230	345	395	2	22547
20 - 80	68246	14891	19031	17656	370	1005		34324
25 - 80	99324	23509	33173	30950	655	1566	2	42642
80 - 85	55126	14656	12654	11542	539	573	-	27816
85 - 90	51027	14021	14894	13808	566	520	-	22112
90 - 95	23047	6098	8171	7766	253	152	-	8778
95 u. mehr	8072	2136	3292	3159	95	38	-	2644
80 u. mehr	94043	23151	47184	45181	788	1213	2	23708

Zusammenstellung nach möglichen Alterseinteilungen für die potenziellen Hospizpopulationen

unter 5 - 20	6485	229	21	10	11			6235
20 - 80	68246	14891	19031	17656	370	1005		34324
80 u. mehr	94043	23151	47184	45181	788	1213	2	23708

unter 5 - 25	7773	292	33	21	12			7448
25 - 80	99324	23509	33173	30950	655	1566	2	42642
80 u. mehr	94043	23151	47184	45181	788	1213	2	23708

Tabelle 48: Leistungsempfänger in NRW am 15.12.2007- Pflegestufe I; Quelle: IT.NRW; im September 2010 auf Anfrage bereitgestellt und modifiziert

Nordrhein-Westfalen								
Pflegestatistik über die Pflegeversicherung								
Z 1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12.2007- Pflegestufe II -								
Pflegestufen ----- Alter von ... bis unter ... Jahren	Leistungsempfänger / Leistungsempfängerinnen							Pflege- geld ²⁾
	ins- gesamt ¹⁾	ambu- lante Pflege	stationäre Pflege				Pflege- geld ²⁾	
zusammen			voll- stationär e Pflege	Kurzzeit- pflege	Tages- pflege	Nacht- pflege		
Insgesamt								
Pflegestufe II	168774	38271	66236	62847	1169	2218	2	64267
unter 5	972	47	2	1	1	-	-	923
5 - 10	2062	52	7	5	2	-	-	2003
10 - 15	1841	60	6	-	6	-	-	1775
15 - 20	1610	70	6	4	2	-	-	1534
unter 5 - 20	6485	229	21	10	11			6235
20 - 25	1288	63	12	11	1	-	-	1213
unter 5 - 25	7773	292	33	21	12			7448
25 - 30	1117	69	20	18	2	-	-	1028
30 - 35	1060	70	35	33	2	-	-	955
35 - 40	1393	153	78	75	1	2	-	1162
40 - 45	2020	267	171	168	2	1	-	1582
45 - 50	2435	350	339	322	8	9	-	1746
50 - 55	2791	500	592	564	5	23	-	1699
55 - 60	3612	637	862	810	13	39	-	2113
60 - 65	4770	834	1186	1111	20	55	-	2750
65 - 70	9933	2101	2792	2584	51	157	-	5040
70 - 75	15161	3705	4757	4378	111	268	-	6699
75 - 80	22666	6142	8187	7582	154	451	-	8337
20 - 80	68246	14891	19031	17656	370	1005		34324
25 - 80	66958	14828	19019	17645	369	1005		33111
80 - 85	32366	8681	14154	13305	286	561	2	9531
85 - 90	32576	8041	16563	15878	284	401	-	7972
90 - 95	19287	4254	10747	10412	150	185	-	4286
95 u. mehr	9814	2175	5720	5586	68	66	-	1919
80 u. mehr	94043	23151	47184	45181	788	1213	2	23708

Zusammenstellung nach möglichen Alterseinteilungen für die potenziellen Hospizpopulationen

unter 5 - 20	6485	229	21	10	11			6235
20 - 80	68246	14891	19031	17656	370	1005		34324
80 u. mehr	94043	23151	47184	45181	788	1213	2	23708

unter 5 - 25	7773	292	33	21	12			7448
25 - 80	66958	14828	19019	17645	369	1005		33111
80 u. mehr	94043	23151	47184	45181	788	1213	2	23708

Tabelle 49: Leistungsempfänger in NRW am 15.12.2007- Pflegestufe II; im September 2010 auf Anfrage bereitgestellt und modifiziert

Nordrhein-Westfalen								
Pflegestatistik über die Pflegeversicherung								
Z 1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12.2007- Pflegestufe III -								
Pflegestufen ----- Alter von ... bis unter ... Jahren	Leistungsempfänger / Leistungsempfängerinnen							Pflege- geld ²⁾
	ins- gesamt ¹⁾	ambu- lante Pflege	stationäre Pflege				zusammen	
zusammen			voll- stationär e Pflege	Kurzzeit- pflege	Tages- pflege	Nacht- pflege		
Insgesamt								
Pflegestufe III	57869	11224	30642	29871	254	511	6	16003
unter 5	170	20	3	3	-	-	-	147
5 - 10	911	68	2	1	1	-	-	841
10 - 15	1241	70	3	1	2	-	-	1168
15 - 20	1264	91	21	13	8	-	-	1152
unter 5 - 20	3586	249	29	18	11			3308
20 - 25	1059	108	28	25	3	-	-	923
unter 5 - 25	4645	357	57	43	14			4231
25 - 30	834	110	66	62	3	1	-	658
30 - 35	650	117	68	65	3	-	-	465
35 - 40	823	181	139	135	4	-	-	503
40 - 45	1019	239	253	248	3	2	-	527
45 - 50	1075	286	369	356	8	5	-	420
50 - 55	1163	331	421	409	7	5	-	411
55 - 60	1377	334	581	546	14	21	-	462
60 - 65	1592	357	731	698	9	24	-	504
65 - 70	3108	796	1396	1330	13	50	3	916
70 - 75	4613	1202	2247	2106	30	110	1	1164
75 - 80	6498	1574	3615	3486	33	94	2	1309
20 - 80	23811	5635	9914	9466	130	312	6	8262
25 - 80	22752	5527	9886	9441	127	312	6	7339
80 - 85	9647	1984	6090	5951	39	100	-	1573
85 - 90	10082	1776	6876	6770	38	68	-	1430
90 - 95	6555	990	4673	4631	22	20	-	892
95 u. mehr	4188	590	3060	3035	14	11	-	538
80 u. mehr	30472	5340	20699	20387	113	199		4433

Zusammenstellung nach möglichen Alterseinteilungen für die potenziellen Hospizpopulationen

unter 5 - 20	3586	249	29	18	11			3308
20 - 80	23811	5635	9914	9466	130	312	6	8262
80 u. mehr	30472	5340	20699	20387	113	199		4433

unter 5 - 25	4645	357	57	43	14			4231
25 - 80	22752	5527	9886	9441	127	312	6	7339
80 u. mehr	30472	5340	20699	20387	113	199		4433

Tabelle 50: Leistungsempfänger in NRW am 15.12.2007- Pflegestufe III; im September 2010 auf Anfrage bereitgestellt und modifiziert

Nordrhein-Westfalen								
Pflegestatistik über die Pflegeversicherung								
Z 1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12.2007 - Pflegestufe III – darunter Härtefälle								
Pflegestufen ----- Alter von ... bis unter ... Jahren	Leistungsempfänger / Leistungsempfängerinnen							Pflege- geld ²⁾
	ins- gesamt ¹⁾	ambu- lante Pflege	stationäre Pflege					
zusammen			voll- stationär e Pflege	Kurzzeit- pflege	Tages- pflege	Nacht- pflege		
Insgesamt								
Pflegestufe III –darunter Härtefälle								
insgesamt	846	226	620	617	1	2	-	-
unter 5	-	-	-	-	-	-	-	-
5 - 10	4	3	1	1	-	-	-	-
10 - 15	2	2	-	-	-	-	-	-
15 - 20	7	6	1	1	-	-	-	-
unter 5 - 20	13	11	2	2	-	-	-	-
20 - 25	10	6	4	4	-	-	-	-
unter 5 - 25	23	17	6	6	-	-	-	-
25 - 30	12	6	6	6	-	-	-	-
30 - 35	20	8	12	12	-	-	-	-
35 - 40	28	14	14	14	-	-	-	-
40 - 45	41	20	21	21	-	-	-	-
45 - 50	43	21	22	22	-	-	-	-
50 - 55	45	22	23	22	-	1	-	-
55 - 60	46	15	31	31	-	-	-	-
60 - 65	46	8	38	38	-	-	-	-
65 - 70	77	28	49	48	-	1	-	-
70 - 75	67	8	59	59	-	-	-	-
75 - 80	77	6	71	71	-	-	-	-
20 - 80	512	162	350	348	-	2	-	-
25 - 80	502	156	346	344	-	2	-	-
80 - 85	124	21	103	103	-	-	-	-
85 - 90	105	21	84	84	-	-	-	-
90 - 95	59	4	55	54	1	-	-	-
95 u. mehr	33	7	26	26	-	-	-	-
80 u. mehr	321	53	268	267	1	-	-	-

Zusammenstellung nach möglichen Alterseinteilungen für die potenziellen Hospizpopulationen

unter 5 - 20	13	11	2	2	-	-	-	-
20 - 80	512	162	350	348	-	2	-	-
80 u. mehr	321	53	268	267	1	-	-	-

unter 5 - 25	23	17	6	6	-	-	-	-
25 - 80	502	156	346	344	-	2	-	-
80 u. mehr	321	53	268	267	1	-	-	-

Tabelle 51: Leistungsempfänger in NRW am 15.12.2007- Pflegestufe III darunter Härtefälle; im September 2010 auf Anfrage bereitgestellt und modifiziert

Nordrhein-Westfalen								
Pflegestatistik über die Pflegeversicherung								
Z 1 am 15.12.2007 noch keiner Pflegestufe zugeordnet								
Alter von ... bis unter ... Jahren	ins- gesamt 1)	ambu- lante Pflege	stationäre Pflege					Pflege- geld 2)
			zusammen	voll- stationär e Pflege	Kurzzeit- pflege	Tages- pflege	Nacht- pflege	
Insgesamt								
Noch keiner Pflegestufe zugeordnet								
insgesamt	682	-	682	607	12	63	-	-
unter 5	1	-	1	1	-	-	-	-
5 - 10	-	-	-	-	-	-	-	-
10 - 15	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	-	-	-	-	-	-	-	-
unter 5 - 20	1		1	1	-	-	-	-
20 - 25	1	-	1	1	-	-	-	-
unter 5 - 25	2		2	2	-	-	-	-
25 - 30	1	-	1	-	-	1	-	-
30 - 35	1	-	1	1	-	-	-	-
35 - 40	-	-	-	-	-	-	-	-
40 - 45	5	-	5	4	1	-	-	-
45 - 50	7	-	7	7	-	-	-	-
50 - 55	10	-	10	10	-	-	-	-
55 - 60	18	-	18	16	1	1	-	-
60 - 65	26	-	26	24	-	2	-	-
65 - 70	49	-	49	41	-	8	-	-
70 - 75	96	-	96	87	-	9	-	-
75 - 80	116	-	116	95	4	17	-	-
20 - 80	330	-	330	286	6	38	-	-
25 - 80	329	-	329	285	6	38	-	-
80 - 85	139	-	139	123	2	14	-	-
85 - 90	130	-	130	123	1	6	-	-
90 - 95	66	-	66	58	3	5	-	-
95 u. mehr	16	-	16	16	-	-	-	-
80 u. mehr	351	-	351	320	6	25	-	-

Zusammenstellung nach möglichen Alterseinteilungen für die potenziellen Hospizpopulationen

unter 5 - 20	1		1	1	-	-	-	-
20 - 80	330	-	330	286	6	38	-	-
80 u. mehr	351	-	351	320	6	25	-	-

unter 5 - 25	2		2	2	-	-	-	-
25 - 80	329	-	329	285	6	38	-	-
80 u. mehr	351	-	351	320	6	25	-	-

Tabelle 52: Leistungsempfänger in NRW am 15.12.2007- Pflegestufe III darunter Härtefälle; im September 2010 auf Anfrage bereitgestellt und modifiziert

Anhang 13: Übersicht der Erkrankungen nach ACT

Vier Gruppen lebensbedrohlicher und lebenslimitierender Erkrankungen

- Gruppe 1:

Lebensbedrohliche Erkrankungen, für die kurative Therapien existieren, wobei aber ein Therapieversagen wahrscheinlich ist. Eine palliative Versorgung kann während der Phase eines unklaren Therapieerfolges oder bei Therapieversagen notwendig sein.

Kinder/Jugendliche in Langzeitremission oder nach erfolgreicher kurativer Therapie gehören nicht in diese Gruppe.

Beispiele: Krebs, irreversibles Organversagen von Herz, Leber, Nieren

- Gruppe 2:

Erkrankungen, bei denen lang andauernde intensive Behandlungen das Ziel haben, das Leben zu verlängern und die Teilnahme an normalen kindlichen Aktivitäten zu ermöglichen, bei denen aber ein vorzeitiger

Tod wahrscheinlich ist.

Beispiele: zystische Fibrose, Muskeldystrophie

- Gruppe 3:

Fortschreitende Erkrankungen ohne therapeutische Optionen, bei denen häufig über viele Jahre eine ausschließlich palliative Therapie durchgeführt wird.

Beispiele: Zeroidlipofuszinosen, Mukopolysaccharidosen

- Gruppe 4:

Erkrankungen mit schweren neurologischen Behinderungen, die Schwäche und Anfälligkeit für gesundheitliche Komplikationen verursachen und sich unvorhergesehener Weise verschlechtern können, die aber üblicherweise

nicht als fortschreitend angesehen werden.

Beispiele: schwere Mehrfachbehinderungen wie z. B. bei Hirn- oder Rückenmarkerkrankungen (inkl. einiger Kinder mit schwerer Zerebralparese

Übersicht nach Zernikow und Henkel, zitiert nach⁷³

Anhang 14: Zusammenstellung verschiedener epidemiologischer und demographischer Daten nach Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen

Gestorbene nach Altersgruppen und ausgewählten Todesursachen im Jahr 2008 für alle Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen, eigene Darstellung nach: Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Gestorbene nach Altersgruppen und ausgewählten Todesursachen, kreisfreie Städte und Kreise, Jahr 2008 und Bevölkerungsstand nach 5er-Altersgruppen, Gemeinden, Stichtag 31.12.2008; erhältlich unter www.landesdatenbank.nrw.de

Krankheiten des Kreislaufsystems, Krankheiten des Atmungssystems, Krankheiten des Verdauungssystems und sonstige Krankheiten werden bei allen Altersgruppen exemplarisch für die Städte Düsseldorf, Duisburg und Herne komplett angegeben. Aufgrund der geringen Fallzahlen werden für die restlichen Kreise und kreisfreien Städte bei den Altersgruppen unter 20 und unter 25 Jahren nur die für eine Berechnung notwendigen Zahlen Gestorbene insgesamt und Bösartige Neubildungen angegeben.

Düsseldorf, krfr. Stadt*		Davon > 80 Jahre	Davon < 20 Jahre	Davon < 25 Jahre	Ø Alter 2008	Ø Alter 2030	Pflegebedürftige 2030 in 1000	19,1
Einwohner gesamt	584 217	27 979	98 261	178 193	43,1	44,3	Davon stationär in 1000	7,1
Gestorbene insgesamt	6 056	2920	47	53			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	45,9
Bösartige Neubildungen	1 631	493	4	4				
Krankheiten des Kreislaufsystems	2 379	1525	0	5				
Krankheiten des Atmungssystems	463	460	3	3				
Krankheiten des Verdauungssystems	272	110	0	1				
Sonstige	1 311	332	44	40				

Duisburg, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	19,0
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	494 048	26 239	9 5739	124 289	43,3	46,1	Davon stationär in 1000	5,9
Gestorbene insgesamt	6 031	2734	36	45			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	25,3
Bösartige Neubildungen	1 607	456	6	8				
Krankheiten des Kreislaufsystems	2 297	1 353	3	4				
Krankheiten des Atmungssystems	476	254	1	1				
Krankheiten des Verdauungssystems	299	119	0	0				
Sonstige	1 352	552	26	32				

Essen, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	23,2
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	579 759	33 847	103 692	137 824	44,2	46,2	Davon stationär in 1000	8,3
Gestorbene insgesamt	7 319	3 568	40	52			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	24,4
Bösartige Neubildungen	1 944	619	7	8				
Krankheiten des Kreislaufsystems	2 859	1 745						
Krankheiten des Atmungssystems	653	373						
Krankheiten des Verdauungssystems	388	177						
Sonstige	1 475	654						

Krefeld, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	10,3
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	236 333	12 536	44 865	58 252	43,6	48,1	Davon stationär in 1000	3,1
Gestorbene insgesamt	2 562	1 217	16	21			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	50,7
Bösartige Neubildungen	682	197	1	2				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 025	639						
Krankheiten des Atmungssystems	191	93						
Krankheiten des Verdauungssystems	119	41						
Sonstige	545	247						

Mönchengladbach, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	258 848	12 354	51 881	67 405	42,7	46,6	Davon stationär in 1000	11,8
Gestorbene insgesamt	2 939	1371	20	31			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	3,8
Bösartige Neubildungen	788	214	3	4				64,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 212	748						
Krankheiten des Atmungssystems	277	147						
Krankheiten des Verdauungssystems	135	52						
Sonstige	527	210						

Mülheim a. d. Ruhr, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	168 288	10 275	30 082	38 429	45,3	48,1	Davon stationär in 1000	6,5
Gestorbene insgesamt	2 153	1 048	14	15			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	2,4
Bösartige Neubildungen	585	183	0	0				44,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	843	497						
Krankheiten des Atmungssystems	155	85						
Krankheiten des Verdauungssystems	91	44						
Sonstige	479	239						

Oberhausen, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	215 670	10 614	41 449	53 481	43,3	46,6	Davon stationär in 1000	9,7
Gestorbene insgesamt	2 671	1 235	12	17			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	2,8
Bösartige Neubildungen	759	209	1	1				49,7
Krankheiten des Kreislaufsystems	998	594						
Krankheiten des Atmungssystems	206	109						
Krankheiten des Verdauungssystems	162	72						
Sonstige	546	251						

Remscheid, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	112 679	5 930	23 172	29 551	43,1	47,0	Davon stationär in 1000	4,5
Gestorbene insgesamt	1 252	574	6	6			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	1,3
Bösartige Neubildungen	360	111	1	1				37,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	458	257						
Krankheiten des Atmungssystems	94	54						
Krankheiten des Verdauungssystems	64	24						
Sonstige	276	128						

Solingen, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	161 779	8 678	32 220	41 162	43,3	47,4	Davon stationär in 1000	6,4
Gestorbene insgesamt	1 890	973	5	8			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	2,4
Bösartige Neubildungen	463	145	0	1				45,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	788	531						
Krankheiten des Atmungssystems	142	73						
Krankheiten des Verdauungssystems	74	29						
Sonstige	423	195						

Wuppertal, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	353 308	19 196	67 188	88 602	43,4	46,4	Davon stationär in 1000	13,0
Gestorbene insgesamt	4 232	2 143	21	33			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	5,1
Bösartige Neubildungen	1 152	377	2	4				36,0
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 620	1 046						
Krankheiten des Atmungssystems	337	168						
Krankheiten des Verdauungssystems	211	105						
Sonstige	912	447						

Kleve, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	14,9
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	308 448	14 118	66 249	83 945	41,9	47,8	Davon stationär in 1000	4,9
Gestorbene insgesamt	3 254	1 582	28	34			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	84,7
Bösartige Neubildungen	880	257	5	6				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 288	831						
Krankheiten des Atmungssystems	208	94						
Krankheiten des Verdauungssystems	173	86						
Sonstige	705	314						

Mettmann, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	18,9
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	499 193	24 710	95 715	121 079	43,9	48,7	Davon stationär in 1000	7,6
Gestorbene insgesamt	5 253	2 583	34	45			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	81,3
Bösartige Neubildungen	1 465	429	4	5				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 948	1 269						
Krankheiten des Atmungssystems	397	229						
Krankheiten des Verdauungssystems	264	127						
Sonstige	1 179	529						

Rhein-Kreis Neuss		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	17,9
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	443 608	19 538	89 014	111 951	42,9	47,4	Davon stationär in 1000	5,5
Gestorbene insgesamt	4 266	2 037	23	32			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	92,4
Bösartige Neubildungen	1 201	337	4	4				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 690	1 040						
Krankheiten des Atmungssystems	285	153						
Krankheiten des Verdauungssystems	174	75						
Sonstige	916	432						

Viersen, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	13,6
	302 689	14 091	63 569	79 183	42,6	48,6	Davon stationär in 1000	4,4
Gestorbene insgesamt	3 056	1 458	16	22			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	86,1
Bösartige Neubildungen	839	249	0	0				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 165	702						
Krankheiten des Atmungssystems	188	99						
Krankheiten des Verdauungssystems	146	63						
Sonstige	718	345						

Wesel, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	22,3
	472 175	22 606	93 671	119 327	43,2	49,4	Davon stationär in 1000	7,2
Gestorbene insgesamt	4 821	2 258	30	38			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	75,8
Bösartige Neubildungen	1 376	372	2	3				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 797	1 056						
Krankheiten des Atmungssystems	342	190						
Krankheiten des Verdauungssystems	252	125						
Sonstige	1 054	515						

Aachen, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	9,7
	259 269	12 246	42 455	67 408	41,5	44,9	Davon stationär in 1000	3,3
Gestorbene insgesamt	2 386	1 258	13	17			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	42,2
Bösartige Neubildungen	626	203	1	1				
Krankheiten des Kreislaufsystems	825	564						
Krankheiten des Atmungssystems	174	105						
Krankheiten des Verdauungssystems	121	58						
Sonstige	640	328						

Bonn, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	317 949	17 162	59 978	79 836	41,8	44,7	Davon stationär in 1000	10,4
Gestorbene insgesamt	2 865	1 615	21	26			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	4,2
Bösartige Neubildungen	789	297	3	3				46,3
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 064	753						
Krankheiten des Atmungssystems	185	118						
Krankheiten des Verdauungssystems	127	81						
Sonstige	700	366						

Köln, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	995 420	44 138	176 379	240 397	41,8	43,6	Davon stationär in 1000	30,9
Gestorbene insgesamt	9 289	4 453	53	70			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	11,0
Bösartige Neubildungen	2 515	759	4	9				50,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	3 429	2 102						
Krankheiten des Atmungssystems	668	375						
Krankheiten des Verdauungssystems	483	221						
Sonstige	2 194	996						

Leverkusen, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	161 322	7 979	31 129	40 049	43,5	46,1	Davon stationär in 1000	6,2
Gestorbene insgesamt	1 681	801	7	9			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	2,3
Bösartige Neubildungen	444	125	0	0				68,1
Krankheiten des Kreislaufsystems	621	381						
Krankheiten des Atmungssystems	111	55						
Krankheiten des Verdauungssystems	97	34						
Sonstige	408	206						

Aachen, Kreis		Davon > 80 Jahre	Davon < 20 Jahre	Davon < 25 Jahre	Ø Alter 2008	Ø Alter 2030	Pflegebedürftige 2030 in 1000	15,9
Einwohner gesamt	309 251	14 621	65 148	82 212	42,5	47,2	Davon stationär in 1000	4,4
Gestorbene insgesamt	3 291	1 601	23	26			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	68,6
Bösartige Neubildungen	845	232	1	1				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 295	811						
Krankheiten des Atmungssystems	283	160						
Krankheiten des Verdauungssystems	138	62						
Sonstige	730	336						

Düren, Kreis		Davon > 80 Jahre	Davon < 20 Jahre	Davon < 25 Jahre	Ø Alter 2008	Ø Alter 2030	Pflegebedürftige 2030 in 1000	14,3
Einwohner gesamt	269 607	12 135	56 495	71 794	42,1	48,1	Davon stationär in 1000	4,4
Gestorbene insgesamt	2 620	1 289	15	18			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	66,9
Bösartige Neubildungen	722	229	1	1				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 004	630						
Krankheiten des Atmungssystems	197	101						
Krankheiten des Verdauungssystems	130	57						
Sonstige	567	272						

Rhein-Erft-Kreis		Davon > 80 Jahre	Davon < 20 Jahre	Davon < 25 Jahre	Ø Alter 2008	Ø Alter 2030	Pflegebedürftige 2030 in 1000	19,7
Einwohner gesamt	464 061	19 888	92 830	118 110	42,6	47,2	Davon stationär in 1000	5,8
Gestorbene insgesamt	4 506	2 134	26	36			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	87,9
Bösartige Neubildungen	1 178	323	2	3				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 770	1 115						
Krankheiten des Atmungssystems	315	160						
Krankheiten des Verdauungssystems	209	89						
Sonstige	1 034	447						

Euskirchen, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	10,3
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	192 638	9 278	40 943	51 402	42,4	48,3	Davon stationär in 1000	3,2
Gestorbene insgesamt	1 906	960	14	18			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	64,7
Bösartige Neubildungen	509	149	1	2				
Krankheiten des Kreislaufsystems	744	479						
Krankheiten des Atmungssystems	145	71						
Krankheiten des Verdauungssystems	95	49						
Sonstige	413	212						

Heinsberg, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	13,1
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	256 004	11 343	55 753	70 412	41,7	48,5	Davon stationär in 1000	4,1
Gestorbene insgesamt	2 619	1 245	16	17			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	71,7
Bösartige Neubildungen	657	186	1	1				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 052	641						
Krankheiten des Atmungssystems	217	106						
Krankheiten des Verdauungssystems	145	66						
Sonstige	548	246						

Oberbergischer Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	13,2
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	284 890	13 787	62 762	79 468	41,8	47,7	Davon stationär in 1000	4,8
Gestorbene insgesamt	3 015	1 532	17	24			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	64,3
Bösartige Neubildungen	775	238	1	1				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 252	818						
Krankheiten des Atmungssystems	225	106						
Krankheiten des Verdauungssystems	142	69						
Sonstige	621	301						

Rheinisch-Bergischer-Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	12,7
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	277 635	13 949	57 918	71 570	43,4	48,5	Davon stationär in 1000	4,3
Gestorbene insgesamt	2 751	1 504	19	24			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	93,7
Bösartige Neubildungen	675	219	3	4				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 092	748						
Krankheiten des Atmungssystems	231	142						
Krankheiten des Verdauungssystems	137	67						
Sonstige	616	328						

Rhein-Sieg-Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	25,7
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	598 225	26 398	127 770	160 070	42,0	47,6	Davon stationär in 1000	8,2
Gestorbene insgesamt	5 164	2 593	43	58			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	95,9
Bösartige Neubildungen	1 445	442	5	5				
Krankheiten des Kreislaufsystems	2 012	1 297						
Krankheiten des Atmungssystems	348	192						
Krankheiten des Verdauungssystems	238	106						
Sonstige	1 121	556						

Bottrup, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	6,2
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	117 756	6 188	22 742	29 222	43,5	48,2	Davon stationär in 1000	1,8
Gestorbene insgesamt	1 428	691	6	7			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	60,1
Bösartige Neubildungen	395	113	0	0				
Krankheiten des Kreislaufsystems	527	317						
Krankheiten des Atmungssystems	91	54						
Krankheiten des Verdauungssystems	93	43						
Sonstige	322	164						

Gelsenkirchen, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	262 063	14 818	51 551	66 943	43,3	46,1	Davon stationär in 1000	9,2
Gestorbene insgesamt	3 524	1 703	21	25			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	3,0
Bösartige Neubildungen	887	294	3	3				23,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 326	799						
Krankheiten des Atmungssystems	279	162						
Krankheiten des Verdauungssystems	225	90						
Sonstige	807	358						

Münster, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	273 875	13 373	49 251	70 456	41,2	44,9	Davon stationär in 1000	8,6
Gestorbene insgesamt	2 461	1 318	20	25			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	3,7
Bösartige Neubildungen	745	265	1	1				57,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	828	572						
Krankheiten des Atmungssystems	183	114						
Krankheiten des Verdauungssystems	106	53						
Sonstige	599	314						

Borken, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	370 323	14 327	89 156	112 070	39,9	45,9	Davon stationär in 1000	14,1
Gestorbene insgesamt	3 286	1 561	41	50			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	4,5
Bösartige Neubildungen	947	274	4	8				87,0
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 206	716						
Krankheiten des Atmungssystems	228	125						
Krankheiten des Verdauungssystems	172	99						
Sonstige	733	347						

Coesfeld, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	220 662	9 614	50 887	63 786	40,8	48,3	Davon stationär in 1000	9,4
Gestorbene insgesamt	1 990	1 053	11	15			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	3,7
Bösartige Neubildungen	530	168	0	1				90,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	744	494						
Krankheiten des Atmungssystems	189	125						
Krankheiten des Verdauungssystems	107	57						
Sonstige	420	209						

Recklinghausen, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	636 180	33 660	125 209	160 646	43,4	48,8	Davon stationär in 1000	30,3
Gestorbene insgesamt	7 474	3 537	47	62			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	9,3
Bösartige Neubildungen	1 989	634	3	4				58,1
Krankheiten des Kreislaufsystems	2 869	1724						
Krankheiten des Atmungssystems	526	285						
Krankheiten des Verdauungssystems	413	155						
Sonstige	1 677	739						

Steinfurt, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	444 399	19 296	102 762	129 220	40,8	47,0	Davon stationär in 1000	17,4
Gestorbene insgesamt	4 083	2 017	33	37			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	6,0
Bösartige Neubildungen	1 104	310	1	2				83,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 526	969						
Krankheiten des Atmungssystems	311	178						
Krankheiten des Verdauungssystems	190	96						
Sonstige	952	464						

Warendorf, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	10,1
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	280 107	13 128	63 310	79 506	41,3	47,5	Davon stationär in 1000	3,3
Gestorbene insgesamt	2 592	1 304	16	22			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	79,0
Bösartige Neubildungen	730	221	0	1				
Krankheiten des Kreislaufsystems	966	624						
Krankheiten des Atmungssystems	203	119						
Krankheiten des Verdauungssystems	136	70						
Sonstige	557	270						

Bielefeld, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	10,2
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	323 615	18 196	63 396	85 356	42,3	45,0	Davon stationär in 1000	3,9
Gestorbene insgesamt	3 384	1 863	18	24			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	34,7
Bösartige Neubildungen	876	331	2	2				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 269	868						
Krankheiten des Atmungssystems	251	158						
Krankheiten des Verdauungssystems	179	83						
Sonstige	809	423						

Gütersloh, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	12,9
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	353 944	15 763	80 478	101 145	40,9	46,6	Davon stationär in 1000	4,3
Gestorbene insgesamt	3 152	1 643	18	29			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	84,8
Bösartige Neubildungen	875	284	0	4				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 224	811						
Krankheiten des Atmungssystems	227	135						
Krankheiten des Verdauungssystems	133	63						
Sonstige	693	350						

Herford, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	8,0
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	251 567	14 175	53 220	67 435	42,8	47,3	Davon stationär in 1000	2,8
Gestorbene insgesamt	2 735	1 477	14	17			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	42,6
Bösartige Neubildungen	697	221	0	0				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 161	784						
Krankheiten des Atmungssystems	189	113						
Krankheiten des Verdauungssystems	131	68						
Sonstige	557	291						

Höxter, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	6,3
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	149 800	8 356	32 781	41 410	42,3	49,5	Davon stationär in 1000	1,8
Gestorbene insgesamt	1 628	871	13	16			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	45,8
Bösartige Neubildungen	391	114	1	2				
Krankheiten des Kreislaufsystems	681	458						
Krankheiten des Atmungssystems	118	71						
Krankheiten des Verdauungssystems	69	34						
Sonstige	369	194						

Lippe, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	12,1
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	355 178	20 405	77 975	98 639	42,6	47,8	Davon stationär in 1000	4,9
Gestorbene insgesamt	3 987	2 131	22	31			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	50,4
Bösartige Neubildungen	1 023	353	3	5				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 605	1 066						
Krankheiten des Atmungssystems	243	140						
Krankheiten des Verdauungssystems	205	103						
Sonstige	911	469						

Minden-Lübbecke, Kreis			Davon > 80 Jahre	Davon < 20 Jahre	Davon < 25 Jahre	Ø Alter 2008	Ø Alter 2030	Pflegebedürftige 2030 in 1000	12,0
Einwohner gesamt						42,5	47,7	Davon stationär in 1000	4,7
	317 665	18 054	69 274	87 209	Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %			43,3	
Gestorbene insgesamt	3 492	1 844	26	38					
Bösartige Neubildungen	845	280	0	0					
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 459	953							
Krankheiten des Atmungssystems	254	151							
Krankheiten des Verdauungssystems	166	82							
Sonstige	768	378							

Paderborn, Kreis			Davon > 80 Jahre	Davon < 20 Jahre	Davon < 25 Jahre	Ø Alter 2008	Ø Alter 2030	Pflegebedürftige 2030 in 1000	9,9
Einwohner gesamt						40,0	45,7	Davon stationär in 1000	3,6
	298 869	12 398	67 091	87 174	Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %			79,8	
Gestorbene insgesamt	2 482	1 291	19	27					
Bösartige Neubildungen	679	218	1	2					
Krankheiten des Kreislaufsystems	983	641							
Krankheiten des Atmungssystems	176	104							
Krankheiten des Verdauungssystems	120	70							
Sonstige	524	258							

Bochum, krfr. Stadt			Davon > 80 Jahre	Davon < 20 Jahre	Davon < 25 Jahre	Ø Alter 2008	Ø Alter 2030	Pflegebedürftige 2030 in 1000	15,4
Einwohner gesamt						43,9	47,4	Davon stationär in 1000	4,9
	378 596	20 736	63 458	87 471	Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %			38,1	
Gestorbene insgesamt	4 489	2 214	21	28					
Bösartige Neubildungen	1 226	401	1	1					
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 726	1 079							
Krankheiten des Atmungssystems	355	191							
Krankheiten des Verdauungssystems	216	102							
Sonstige	966	441							

Dortmund, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	20,4
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	584 412	30 456	108 614	145 244	43,2	45,8	Davon stationär in 1000	6,7
Gestorbene insgesamt	6 743	3 120	50	58			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	36,7
Bösartige Neubildungen	1 810	516	3	4				
Krankheiten des Kreislaufsystems	2 757	1 652						
Krankheiten des Atmungssystems	493	251						
Krankheiten des Verdauungssystems	382	141						
Sonstige	1 301	560						

Hagen, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	6,6
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	192 177	10 887	38 620	49 571	43,6	47,0	Davon stationär in 1000	2,3
Gestorbene insgesamt	2 357	1 108	10	16			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	23,5
Bösartige Neubildungen	640	201	1	2				
Krankheiten des Kreislaufsystems	940	549						
Krankheiten des Atmungssystems	185	97						
Krankheiten des Verdauungssystems	126	53						
Sonstige	466	208						

Hamm, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	7,2
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	182 459	8 966	38 335	48 788	42,1	47,1	Davon stationär in 1000	2,4
Gestorbene insgesamt	2 040	989	10	12			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	50,1
Bösartige Neubildungen	547	183	2	2				
Krankheiten des Kreislaufsystems	784	489						
Krankheiten des Atmungssystems	164	87						
Krankheiten des Verdauungssystems	96	40						
Sonstige	449	190						

Herne, krfr. Stadt		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	166 924	9 747	30 757	39 940	43,9	48,2	Davon stationär in 1000	7,1
Gestorbene insgesamt	2 110	1 042	20	24			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	2,1
Bösartige Neubildungen	557	189	1	1				29,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	797	496	2	2				
Krankheiten des Atmungssystems	161	91	0	0				
Krankheiten des Verdauungssystems	121	52	0	0				
Sonstige	474	214	17	21				

Ennepe-Ruhr-Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	335 914	18 370	62 553	80 278	44,2	48,8	Davon stationär in 1000	13,0
Gestorbene insgesamt	4 031	2 067	17	21			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	5,1
Bösartige Neubildungen	1 015	325	1	2				56,7
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 571	985						
Krankheiten des Atmungssystems	324	199						
Krankheiten des Verdauungssystems	223	112						
Sonstige	898	446						

Hochsauerlandkreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	271 891	14 494	59 107	74 433	42,4	48,6	Davon stationär in 1000	8,9
Gestorbene insgesamt	2 975	1 493	15	20			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	3,4
Bösartige Neubildungen	769	244	0	0				51,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 356	853						
Krankheiten des Atmungssystems	197	95						
Krankheiten des Verdauungssystems	130	58						
Sonstige	523	243						

Märkischer Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	14,6
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	437 785	20 935	92 303	117 671	42,5	47,9	Davon stationär in 1000	5,9
Gestorbene insgesamt	4 775	2 293	34	48			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	51,8
Bösartige Neubildungen	1 256	388	0	1				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 946	1 190						
Krankheiten des Atmungssystems	324	180						
Krankheiten des Verdauungssystems	252	93						
Sonstige	997	442						

Olpe, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	5,4
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	140 481	6 261	31 368	39 494	41,1	47,2	Davon stationär in 1000	1,6
Gestorbene insgesamt	1 387	657	16	20			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	69,7
Bösartige Neubildungen	395	107	3	5				
Krankheiten des Kreislaufsystems	541	343						
Krankheiten des Atmungssystems	106	51						
Krankheiten des Verdauungssystems	89	42						
Sonstige	256	114						

Siegen-Wittgenstein Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	9,9
Einwohner gesamt		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
	286 299	14 254	57 341	75 370	42,6	47,8	Davon stationär in 1000	2,9
Gestorbene insgesamt	3 150	1 583	26	32			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	52,4
Bösartige Neubildungen	800	255	3	3				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 370	855						
Krankheiten des Atmungssystems	229	126						
Krankheiten des Verdauungssystems	157	65						
Sonstige	594	282						

Soest, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	12,5
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	306 131	14 839	65 712	83 135	42,0	48,0	Davon stationär in 1000	5,8
Gestorbene insgesamt	3 273	1 645	16	27			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	66,9
Bösartige Neubildungen	838	261	2	3				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 362	879						
Krankheiten des Atmungssystems	262	143						
Krankheiten des Verdauungssystems	166	69						
Sonstige	645	293						

Unna, Kreis		Davon	Davon	Davon	Ø Alter	Ø Alter	Pflegebedürftige	19,1
		> 80 Jahre	< 20 Jahre	< 25 Jahre	2008	2030	2030 in 1000	
Einwohner gesamt	416 679	20 729	84 388	107 861	42,9	48,8	Davon stationär in 1000	6,0
Gestorbene insgesamt	4 710	2 175	27	33			Zuwachs stationär gegenüber 2007 in %	70,3
Bösartige Neubildungen	1 255	344	3	3				
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 892	1 098						
Krankheiten des Atmungssystems	379	206						
Krankheiten des Verdauungssystems	235	89						
Sonstige	949	438						