



# Handreichung

für ambulante und  
stationäre Hospizdienste

## Impressum

Der PARITÄTISCHE Hessen  
Auf der Körnerwiese 5  
60322 Frankfurt am Main  
Telefon: 069 955 262 – 42  
Telefax: 069 955 262-32  
www.paritaet-hessen.org

Redaktion: Nina Hollatz, Barbara Helfrich

Layout, Satz: P. Baumgardt  
Fotos / Piktogramme: © fotolia.com

V. i. S. d. P.: Günter Woltering  
Landesgeschäftsführer des PARITÄTISCHEN Hessen



November 2017

## Inhalt

Vorwort .....	5
<b>1. Hospizbewegung und Entwicklung der Palliativversorgung in der Bundesrepublik .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Statistische Hintergründe .....</b>	<b>8</b>
<b>3. Individuelle Beratung der Krankenkasse zu Fragen der Inanspruchnahme von Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung .....</b>	<b>9</b>
<b>4. Ambulante Hospizarbeit .....</b>	<b>10</b>
Tätigkeitsbereiche .....	10
Strukturelle Möglichkeiten .....	10
Gesetzliche Grundlagen sowie Finanzierungsmöglichkeiten für ambulante Hospizdienste: Rahmenvereinbarung § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V .....	11
– Ehrenamtlichkeit .....	12
– Fortbildung .....	13
– Versicherungen .....	13
<b>5. Ambulante Palliativversorgung .....</b>	<b>14</b>
Die drei Varianten der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung .....	14
Tipps für die Praxis .....	16
Vergütung neuer Leistungen der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) .....	16
<b>6. Stationäre Hospize .....</b>	<b>17</b>
Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize nach § 39 a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31.03.2017 .....	17
– Personalfragen: Ehrenamt und Hauptamt .....	17
– Ausstattung .....	18
– Finanzierungsfragen: Versorgungs- und Vergütungsvertrag .....	18
Besonderheiten von ambulanten und stationären Hospizdiensten für Kinder und Jugendliche § 39 a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31.03.2017 .....	19
Hinweise für den Hospiz-Neubau .....	21
Teilstationäre Versorgung in einem Tageshospiz .....	24

## Inhalt

<b>7. Neuerungen durch das Hospiz und Palliativgesetz (HPG) in stationären Pflegeeinrichtungen</b> .....	25
Hospizkultur in Einrichtungen der stationären Alten- und Eingliederungshilfe .....	25
Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gem. § 132g SGB V .....	27
<b>8. Ausbau der palliativen Versorgung im Krankenhaus gem. § 17 b Abs. 1 KHG Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser</b> .....	30
<b>9. Praktische Tipps für die Öffentlichkeitsarbeit</b> .....	30
<b>Anhang</b>	
Literatur .....	32
Glossar .....	34
Adressen .....	36

## Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe PARITÄTERINNEN und PARITÄTER,

„**Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen**“ – unter dieser Präambel steht die Charta zur Betreuung Sterbender, die im September 2010 veröffentlicht wurde. Dem PARITÄTISCHEN Hessen ist es ein großes Anliegen, die hospizliche und palliative Arbeit ganz in diesem Sinne voranzubringen. Erfreulicherweise hat die Bundesregierung in der vorigen Legislaturperiode einen Verbesserungsbedarf bei der Versorgung sterbender Menschen erkannt und das Hospiz- und Palliativgesetz verabschiedet, das seit Dezember 2015 in Kraft ist. Nun gilt es, diesen neuen gesetzlichen Rahmen mit vielen Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Rahmenvertragspartner in den Ländern zu konkretisieren.

In der Praxis stehen Akteure Sozialer Arbeit vor der Herausforderung, vorhandene Strukturen anzupassen und weiterzuentwickeln. Mit dieser Broschüre möchten wir sie dabei konkret unterstützen. Unsere Handreichung gibt einen Überblick über die neuen gesetzlichen Möglichkeiten und möchte Organisationen sowie interessierte Einzelpersonen dazu ermutigen, sich in der Hospiz- und Palliativarbeit zu engagieren und einzubringen.

Für all diejenigen, die sich bereits mit hospizlicher und palliativer Arbeit befassen und schon aktiv und engagiert sterbende Menschen unterstützen, zeigt die Broschüre Möglichkeiten auf, sich neuen Bereichen zu öffnen oder neue Schwerpunkte zu setzen.

Stationäre Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe möchten wir anregen, feste Strukturen und Prozesse rund um die Begleitung Sterbender und Trauernder – auch trauernder Mitarbeiter\_innen – zu schaffen und auszubauen. Dies kann beispielsweise gelingen, indem sie Mitarbeiter\_innen gezielt in Palliative Care schulen oder Strukturen der Zusammenarbeit mit externen Hospizinitiativen und Trauernetzwerken aufbauen.

Gemeinsam mit seinen Mitgliedsorganisationen möchte der PARITÄTISCHE Hessen aktiv dazu beitragen, dass sich die Situation lebenszeitlimitiert Erkrankter verbessert. Wir möchten uns dafür einsetzen, dass die Bedürfnisse sterbender Menschen und derjenigen, die ihnen würdevolle letzte Tage ermöglichen möchten, deutlicher formuliert und besser gehört werden.

Ihr



Dr. Wolfgang Werner  
Vorstandsvorsitzender

Ihre



Dr. Yasmin Alinaghi  
Landesgeschäftsführerin

## 1. Hospizbewegung und Entwicklung der Palliativversorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Hospizbewegungen im Sinne von Initiativen des bürgerschaftlichen Engagements gibt es – von einzelnen historisch belegten Fällen seit 1500 abgesehen – in der Bundesrepublik seit den 1970er Jahren, in anderen europäischen Ländern schon länger. In der Nähe von London wurde 1967 von Cicely Saunders das Christopher's Hospice gegründet. Das erste stationäre Hospiz in Deutschland entstand 1986 in Aachen (Haus Hörn).<sup>1</sup>

*„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“*

Cicely Saunders, eine der Begründerinnen der Hospizbewegung<sup>2</sup>



Seit den 1990er Jahren nimmt die Hospizbewegung in Deutschland strukturierte Formen an. Die ersten Fachverbände gründen sich, bspw. 1996 der Deutsche Hospiz Verein, DHPV. 1997 wird auch die KASA ins Leben gerufen, die Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung in Hessen, als Teil der hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.. Seit 1997 gibt es auch eine gesetzliche Grundlage zur Abrechnung einiger hospizlicher Dienste.

Es geht dabei für Schwerstkranke ohne Heilungsperspektive und ihr soziales Umfeld um ein würdevolles Verbringen der letzten Lebenszeit bzw. Unterstützung zur Begleitung und Entlastung Angehöriger. Ambulante Hospiz- bzw. Pflegedienste begleiten und unterstützen die Erkrankten im Idealfall im eigenen Umfeld, solange die multimorbiden Symptome es ermöglichen und das soziale Umfeld in der Lage ist zu unterstützen, mit medizinischer und pflegerischer Versorgung. Je nach Ausprägung der Symptomlast erfolgt dies im Rahmen von allgemeiner ambulanter Palliativversorgung (AAPV) oder spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV). Sollten die Anforderungen an die palliativmedizinische Versorgung und die pflegerischen Bedürfnisse der Erkrankten einen bestimmten Grad übersteigen, kann die Versorgung des Erkrankten in ein stationäres Hospiz mit Palliative Care Teams (PCT) und/oder Palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKD) verlegt werden. Immer öfter wird auch die Versorgung von Bewohner\_innen stationärer Einrichtungen der Alten- oder Eingliederungshilfe mit palliativen und/oder hospizlichen Leistungen bzw. Diensten erforderlich. Laut der

<sup>1</sup> <https://de.wikipedia.org/wiki/Hospiz> abgerufen am 26.09.2017

<sup>2</sup> <http://www.zitate-online.de/autor/saunders-cicely/> abgerufen am 11.10.2017

2014 veröffentlichten „Gießener Sterbenstudie“ der hochschulnahen TransMIT GmbH verstorbt bereits jetzt etwa jede/r dritte Bundesbürger\_in in einem Pflegeheim.<sup>3</sup> Alle demografischen Prognosen sagen eine deutlich steigende Zahl an Pflegebedürftigen für die nächsten 30 Jahre voraus.

Im November 2015 wurde mit der Verabschiedung des **Hospiz- und Palliativgesetzes** (HPG) ein neuer Meilenstein in der Hospizbewegung zur Verbesserung der Versorgung gesetzt.<sup>4</sup> Grundlegend wird nun die palliative Versorgung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse (§ 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und in den Katalog der ambulanten Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 Abs. 2a SGB V) aufgenommen. Ambulante Hospizdienste werden nun finanziell besser gefördert. Stationäre Hospize können über Krankenkassen eine 95-prozentige tagessatzbezogene Bedarfserstattung beantragen. Mittlerweile gilt es auch in stationären Bereichen der Altenhilfe und der Behindertenhilfe Elemente der palliativen Versorgung zu implementieren. Für die Bewohner\_innen in Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe muss (§ 132 g SGB V) eine Beratung zur vorausschauenden Versorgungsplanung (Advanced Care Planning) angeboten werden. Die Rahmenvertragspartner haben allerdings bis zum Redaktionsschluss im Oktober keine Einigung erzielen können. Der für die Einrichtungen zur Verfügung stehende Kosten- und Personalrahmen ist somit noch nicht gesetzt.

## 2. Statistische Hintergründe

In Deutschland gibt es inzwischen mindestens 236 stationäre Hospize und mehr als 304 Palliativstationen in Krankenhäusern sowie über 1500 ambulante Hospizdienste (Stand: 2016).<sup>5</sup>

### In Hessen gibt es

- 100 ambulante Hospizinitiativen
- 10 ambulante Kinderhospizdienste
- von 110 ambulanten Hospizdiensten werden 76 gem. § 39a Abs. 2 SGB V gefördert
- 20 stationäre Hospize
- 1 stationäres Kinderhospiz
- 22 ambulante Palliativteams SAPV (mit abgeschlossenem Vertrag mit den Gesetzlichen Krankenkassen)
- 3 ambulante Palliativteams für Kinder und Jugendliche.<sup>6</sup>

<sup>3</sup> <https://www.transmit.de/presse/presse-2014/139-studie-zum-sterben-in-einrichtungen-offenbart-maengel> abgerufen am 12.10.2017

<sup>4</sup> Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz) vom 1.12.2015, BGBl. I S. 2114

<sup>5</sup> Zahlen und Fakten. DHPV.de. Abgerufen am 27.09.2017

<sup>6</sup> Information des Hessisches Ministerium für Soziales und Integration anlässlich des. Welthospiztags am 14.10.2017 <https://soziales.hessen.de/presse/pressemitteilung/am-ende-zaehlt-der-mensch>

Etwa 75 Prozent der Bevölkerung möchten gerne in einer vertrauten Umgebung „zu Hause“ sterben, zehn Prozent stellen sich ein Hospiz als Sterbeort vor. Rund 80 Prozent der Menschen sterben aber nicht zu Hause. 46 Prozent versterben in Krankenhäusern, rund 31 Prozent in Pflegeeinrichtungen, in denen sie nur kurze Zeit verbracht haben. Nur drei Prozent sterben in einem Hospiz.<sup>7</sup>

Zwischen 1996 und 2015 hat die Anzahl der stationären Hospize für Erwachsene und derjenigen für Kinder und Jugendliche sowie die Anzahl der Palliativstationen bzw. -einheiten stark zugenommen. Waren es im Jahr 1996 bundesweit noch 30 Hospize und 28 Palliativstationen bzw. -einheiten, wurden 2015 insgesamt 236 Hospize (davon 15 für Kinder und Jugendliche) sowie 304 Palliativstationen bzw. -einheiten verzeichnet.<sup>8</sup>

## 3. Individuelle Beratung der Krankenkasse zu Fragen der Inanspruchnahme von Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung

Mit dem neuen § 39b Abs. 1 SGB V zur Hospiz- und Palliativberatung können gesetzlich versicherte Menschen nun individuelle Beratung zu Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung durch die Krankenkassen in Anspruch nehmen. Unter anderem können sie eine Liste der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote bestellen. Zusätzlich können sie auch allgemeine Informationen zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung anfragen und entsprechende Dokumente anfordern. Krankenkassen weisen bei Bedarf in lotsenähnlicher Funktion daraufhin, welche behördlichen Stellen Informationsmaterial und Formulierungshilfen bereitstellen. Im Internet sollten entsprechende Verlinkungen bereitgestellt werden.<sup>9</sup>



<sup>7</sup> Bertelsmann-Stiftung Spotlight Gesundheit 10/2015: Palliativversorgung nach einer Emnid Befragung durch Prof. Dr. George, M.

<sup>8</sup> Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.: Stationäre Hospize für Erwachsene, stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Palliativstationen in Deutschland – Daten zur Entwicklung und zum aktuellen Stand -, 16.02.2016, S. 4

<sup>9</sup> Regelungen des GKV Spitzenverbandes vom 20.06.2016 Für die Informationen der Versicherten über die Möglichkeiten der persönlichen Vorsorge für die letzte Lebensphase nach § 39b Abs. 2 Satz 2 SGB V

## 4. Ambulante Hospizarbeit

### Tätigkeitsbereiche

Ambulante Hospizarbeit wird von Gruppen und Initiativen als psychosoziale Sterbebegleitung für Palliativpatienten\_innen erbracht, meist in deren häuslicher Umgebung. Möglich sind aber auch Besuche durch ambulante Hospizdienste in stationären Einrichtungen oder in Krankenhäusern. Ziel ambulanter Hospizarbeit ist es, lebenszeitlimitiert erkrankten Menschen zu ermöglichen, die letzte Lebensphase mit größtmöglicher Lebensqualität in gewohnter Umgebung zu verbringen. In der Regel erfolgt parallel zu der Arbeit von Hospizdiensten eine palliativ-pflegerische sowie -medizinische Betreuung, entweder durch allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) als Verbund verschiedener Professionen aus Medizin und Pflege unter hausärztlicher Regie oder zeitweise, bzw. ergänzend bei entsprechend schwerer Symptomlast durch multiprofessionelle Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV-Teams). Eine entsprechende Beratung, eingebettet in ein Versorgungsnetz, sollte von ambulanten Hospizdiensten erbracht werden können.

### Strukturelle Möglichkeiten

Ambulante Hospizinitiativen müssen nicht zwingend als ein rechtliches Konstrukt, bspw. als eingetragener, gemeinnütziger Verein, organisiert sein, da sie nicht primär als „Leistungserbringer“ im Gesundheitswesen betrachtet werden, wie bspw. Pflegedienste oder Kliniken. Möglich ist auch freies, ehrenamtliches Engagement. Eine rechtliche Struktur eröffnet jedoch eine Bandbreite von Möglichkeiten, wie z. B. die Arbeitgeberfunktion mit der Möglichkeit, Mitarbeiter\_innen fest anzustellen. Möglich wird auch der organschaftliche Abschluss von Mietverträgen und Versicherungen, von Kooperationsverträgen, Mitgliedschaft in anderen Verbänden und nicht zuletzt die Beantragung von Zuschüssen durch die Krankenkasse oder die Akquise anderer Fördermitteln und Spenden.

Die Erstellung eines Leitbildes zur Erarbeitung und Festschreibung gemeinsamer Werte und Ziele, aber auch als Visitenkarte für die Außenwirkung und als Definition des Selbstverständnisses für die Mitarbeiter\_innen nach innen, ist empfehlenswert.<sup>10</sup>

Wenn ein Verein gegründet wird, ist darüber hinaus eine detaillierte Satzung erforderlich, die den Vereinszweck (im Sinne der Selbstlosigkeit), aber auch spezielle Regelungen des Vereins, bspw. Vorstandsbildung, Beitragsordnung, Regelung von Beschlüssen sowie die Einberufung von Mitgliederversammlungen, festlegt. Die Satzung muss durch das örtlich zuständige Amtsgericht anerkannt und in das Register eingetragen werden. Eine Anerkennung der Gemeinnützigkeit kann beim Finanzamt beantragt werden und gilt dann für zunächst drei Jahre.

<sup>10</sup> Hospizarbeit und palliative Versorgung in Hessen; Praxishilfe für die Hospiz- und Palliativarbeit vor Ort: S. 33 ff.; Hrsg. HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für die Gesundheitserziehung e.V., Arbeitsbereich KASA, und HPVH – Hospiz- und Palliativverband Hessen e.V., aktualisierte Auflage Frankfurt am Main 2014



Eine Vereinsgründung ist ab sieben interessierten Gründer\_innen möglich, weitere Informationen erhalten sie in einschlägiger vereinsrechtlicher Literatur bspw. über die Website des Bundesjustizministeriums

<http://www.bmjv.de/> unter „Publikationen“: „Leitfaden zum Vereinsrecht“ oder auch über die Website des Hessischen Ministeriums der Finanzen <https://finanzen.hessen.de/> unter dem link „Publikationen“ (Stand: 08.2017).

### Gesetzliche Grundlagen sowie Finanzierungsmöglichkeit für ambulante Hospizdienste: Rahmenvereinbarung § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V

In ambulanten Hospizdiensten, die einen Zuschuss der Krankenkasse erhalten möchten, muss neben ehrenamtlich Engagierten mindestens eine fest angestellte fachlich verantwortliche Kraft tätig sein. Deren berufliche Qualifikation und eine dreijährige hauptberufliche Tätigkeit in einer der einschlägigen Qualifikationen sowie das Absolvieren einer Palliative Care Weiterbildung wird nach § 4 gemäß Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V gefordert. Zusätzlich müssen ein Koordinatoren-Seminar und ein Seminar zur Führungskompetenz nachgewiesen werden. Für die Leitung von Kinderhospizdiensten muss ein pädiatrisches Zusatzmodul (mindestens 40 Std.) absolviert werden.

In der ambulanten Sterbebegleitung zu Hause oder im Krankenhaus können Begleitungen nur jahresbezogen abgerechnet werden, wenn die Begleiteten versterben. Fälle, in denen Patienten\_innen begleitet werden und über ein Jahr hinaus weiterleben, können nicht abgerechnet werden. Lediglich Hospizdienste für Kinder können auch laufende Begleitungen abrechnen.

Eine konkrete Verbesserung durch das HPG ist die Übernahme von Miet- und Fahrtkosten. Eine Reihe von Sachkosten können auf Grundlage einer Formel aus der Anzahl der Ehrenamtlichen, der abgeschlossenen Begleitungen und gesetzlich festgelegter Faktoren berechnet und abgegolten werden.<sup>11</sup> Um eine finanzielle Refinanzierung durch Krankenkassen zu erhalten, müssen Anbieter diverse Anforderungen erfüllen. Beispielsweise müssen unter anderem Tätigkeitsnachweise gemäß Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V, in der Fassung vom 14.03.2016, erbracht werden, der Datenschutz muss sichergestellt und personelle Mindestvoraussetzungen müssen erfüllt werden. Die Anträge auf Förderung müssen bis zum 31. März des laufenden Kalenderjahres an die Krankenkassen oder die von ihnen bestimmte Stelle gestellt werden, so dass nach Antragsprüfung die ermittelten Förderbeträge bis zum 30. Juni des laufenden Kalenderjahres ausgezahlt werden können. Ein Mustervordruck der Abrechnung befindet sich im Anhang zur Rahmenvereinbarung.

<sup>11</sup> § 5 Abs. (7) und (8) der angegebenen Rahmenvereinbarung) Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016

## Ehrenamtlichkeit

Die Koordination und Organisation der Ausbildung der Ehrenamtlichen ist ein Teil des Aufgabenbereiches der fest angestellten Kraft. Nach wie vor sind Spenden und ehrenamtliche Arbeit, trotz verbesserter Bedingungen durch das HPG, unverzichtbar und auch durch den Gesetzgeber – aber auch durch viele Protagonisten der Hospizbewegung – ausdrücklich gewünscht, um das Engagement auf breiter Basis in der Bevölkerung zu verankern.

### Die Tätigkeit der Ehrenamtlichen erstreckt sich insbesondere auf:

- **Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung**
- **Begleitung der sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen**
- **Hilfen beim Verarbeitungsprozess in der Konfrontation mit dem Sterben**
- **Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten**
- **Hilfe bei der im Zusammenhang mit dem Sterben erforderlichen Auseinandersetzung mit sozialen, ethischen und religiösen Sinnfragen**<sup>12</sup>



Mit dem HPG werden Personalkosten für die Fort- und Weiterbildung der Ehrenamtlichen gefördert: „...innerhalb des Förderbetrags nach Abs. 7 und 8...“<sup>13</sup> Pauschal je einsatzbereiten Ehrenamtlichen im Kalenderjahr sind das bis zu 100 Euro.

Wichtig für die Zusammenarbeit von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter\_innen ist die gleichwertige Behandlung und Wertschätzung des ehrenamtlichen Engagements. Die gute Zusammenarbeit zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen sowie deren Wissens- und Erfahrungsaustausch ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal der ambulanten Hospizdienste.<sup>14</sup>

Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e.V. hat in seiner Arbeitshilfe „Qualitätsprozesse in ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten“ einen Fragenkatalog entwickelt, der Grundlage zur Überprüfung der eigenen Qualität sein kann.<sup>15</sup>

<sup>12</sup> § 3 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016

<sup>13</sup> Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016

<sup>14</sup> Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.: Arbeitshilfe des DHPV: Qualitätsprozesse in ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten, Berlin 12.09.2017; S. 4

<sup>15</sup> ebenda

## Fortbildung

Ambulante Hospizdienste haben auch die Aufgabe, Ehrenamtliche für die Hospizarbeit zu interessieren, zu gewinnen und mittels Schulungen darauf vorzubereiten. Innerhalb von sechs bis zwölf Monaten sollten Ehrenamtliche mit 100 Unterrichtseinheiten auf ihre Arbeit im ambulanten Hospizdienst vorbereitet werden. Ein begleitetes Praktikum sollte Teil der Ausbildung sein.<sup>16</sup>

Während der Ausbildung nimmt die Befähigungsphase einen großen Teil ein. Dabei stehen hauptsächlich die eigene Biografie, ein Reflektieren eigener Erlebnisse und Einstellungen im Zusammenhang mit Sterben, Tod und Trauer, aber auch kultureller Verhaltensmuster und eigener Ängste und Grenzen im Vordergrund. Im Weiteren werden zum Thema Trauer Strategien zur Trauerbewältigung erarbeitet, im Umgang mit dem Hospizgast unter anderem Kommunikation und empathische Fähigkeiten fortentwickelt, aber auch Allgemeines, wie die Geschichte der Hospizbewegung, besprochen. Außerdem werden Methoden der Schmerztherapie und Symptomkontrolle thematisiert.

Zum direkten Umgang mit Sterbenden werden Prozesse bei Sterbenden und die Patientenwahrnehmung beleuchtet. Zuletzt geht es auch um die konkrete Tätigkeit im Hospizdienst als Teil eines multiprofessionellen Teams und um rechtliche Fragen.

## Versicherungen

Als rechtlich eigenständige Organisation können Anbieter ambulanter Hospizarbeit, sofern eine Organisationsform, bspw. ein Verein gewählt wurde, auch Versicherungen abschließen. Empfehlenswert ist der Abschluss einer Haftpflichtversicherung, evtl. auch einer Inventarversicherung. Der Abschluss einer Veranstaltungshaftpflichtversicherung oder einer auch auf einen speziellen Zeitraum bezogenen Freizeitversicherung könnte bei über den Vereinszweck hinausgehenden Veranstaltungen sinnvoll sein. Beim Einsatz in weiträumigen Gebieten und bei Fahrten der Ehrenamtlichen mit dem eigenen Fahrzeug kann der Abschluss einer Dienstreise-Fahrzeug-Versicherung sinnvoll sein. Rechtsschutzversicherungen sind oft teuer, können aber den Verein bei der Durchsetzung eigener Ansprüche unterstützen.

Über eine Registrierung bei der Berufsgenossenschaft sichern Hospizinitiativen ihre haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter\_innen gegen Unfälle ab (versichert wird die Anzahl von Vollzeitäquivalenzstellen, d.h. vorhandene Teilzeitverhältnisse werden kumuliert zu Vollzeitstellen). Die Mitteilung der Anzahl der Mitarbeiter\_innen erfolgt in der Regel rückwirkend zum Jahresende. Oftmals gibt es für Vereine, die Mitglied bei Dachverbänden wie dem PARITÄTISCHEN Hessen sind, vergünstigte Bedingungen für einen Versicherungsabschluss bei Rahmenvertragspartnern.<sup>17</sup> Einige Versicherungen sind als Sachkosten durch das neue HPG förderfähig.<sup>18</sup>

<sup>16</sup> S. 11, Qualitätsanforderung zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Hospizarbeit, Hrsg. Bundesarbeitsgemeinschaft HOSPIZ zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V.

<sup>17</sup> Hospizarbeit und palliative Versorgung in Hessen; Praxishilfe für die Hospiz- und Palliativarbeit vor Ort: S. 45 ff. ff.; Hrsg. HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für die Gesundheitserziehung e.V., Arbeitsbereich KASA, und HPVH – Hospiz- und Palliativverband Hessen e.V., aktualisierte Auflage Frankfurt am Main 2014

<sup>18</sup> Handreichung des DHPV zu den Änderungen der Rahmenvereinbarung gem. § 39a Abs. 2 SGB V für die ambulante Hospizarbeit sowie zur weiteren Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfestellen in die Förderung der ambulanten Hospizdienste, Stand: 21.03.2016, S. 5

## 5. Ambulante Palliativversorgung

### Die drei Varianten der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung

Seit der Einführung des neuen HPG gibt es neben der AAPV und der SAPV (nach § 37b SGB V, § 132d) die gesetzliche Grundlage für eine dritte Möglichkeit der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung, quasi eine AAPV 2. Laut Rahmenvereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung (BQKPMV) in Verbindung mit der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie Nr. 24a (HKP-RL Nr. 24a) vom 29.11.2016 ist diese für teilnehmende Ärzt\_innen in § 6 in Verbindung mit der Anlage 1 zu fachlichen Anforderungen der Vereinbarung der BQKPMV definiert. Zur neuen Variante BQKPMV steht die Verabschiedung der praktischen Inhalte durch den Gemeinsamen Bundesausschuss noch aus (Stand Oktober 2017). Voraussichtlich wird sie in Bezug auf den Schweregrad der Erkrankung und die damit zusammenhängende Pflegebedürftigkeit bzw. medizinische Anspruchsstärke zwischen der AAPV und der SAPV angesiedelt werden.

Berechtigt zur Teilnahme an der AAPV-Vereinbarung sind alle an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V teilnehmenden Ärzt\_innen sowie Fachärzt\_innen der unmittelbaren Patientenversorgung. Dabei müssen evidenzbasierte und praxiserprobte Leitlinien, bspw. die S3-Leitlinie Palliativmedizin, berücksichtigt werden. Der Aufgabenkatalog nach den § 4 und 5, bspw. Sicherstellung palliativmedizinischer Versorgung während sprechzeitenfreier Zeiten unter Einbeziehung von (durch die Patient\_innen gewählten) Pflegediensten und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes oder auch das Nachkommen der Informationspflicht anderer Leistungserbringer, wie Rettungsdiensten, Krankenhäusern usw. gegenüber, muss beachtet werden. Dabei geht es u. a. um Informationen zum Medikamentenplan, zur aktuellen gesundheitlichen und psychischen Verfassung sowie um die Übermittlung von Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht und im Idealfall eines Dokuments zur vorausschauenden Planung (gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V). Bei Verschlechterung muss eine Verordnung von Versorgung nach SAPV-Richtlinien erfolgen, die durch den Hausarzt oder die Hausärztin verschrieben wird. Angehörige müssen auf Unterstützungsmöglichkeiten bspw. durch Palliativstützpunkte hingewiesen werden.

Die behandelnden teilnehmenden Ärzt\_innen müssen regelmäßig palliativmedizinische Fortbildungen im Umfang von acht Fortbildungspunkten pro Jahr absolvieren. Um für die AAPV anerkannt zu werden, müssen sie einen Antrag an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung stellen.

Die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern nach § 4 Abs. 1 a) und b) müssen die Ärzt\_innen schriftlich per Auflistung der Kooperationspartner (bspw. stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Hospizdienste, Palliativdienste, Palliativstationen, SAPV-Teams, ggfs. Physiotherapeut\_innen oder andere Leistungserbringer) und deren Unterschrift nachweisen. Vorschriften des § 128 SGB V, Regelungen über Kooperationsmöglichkeiten, aber auch das Verbot finanzieller Verflechtungen mit anderen Leistungserbringern oder auch Depotvorhaltungen (ausgeschlossen sind Notfallmedikamente, wobei die Notfalldefinition schwierig sein kann) müssen eingehalten werden.

Bisher gilt der Umkehrschluss, dass AAPV dann erforderlich ist, wenn SAPV von der Komplexität der Symptomlast her betrachtet noch nicht möglich ist. Beide Systeme können bei dem/der gleichen Patient\_in zum Tragen kommen. Die SAPV muss ausdrücklich durch den Hausarzt oder die Hausärztin für einen kurzen Zeitraum verordnet werden, im Anschluss muss dann wieder eine Versorgung im AAPV-Rahmen, bzw. künftig unter Umständen im Rahmen der BQKPMV, erfolgen. Klinikärzt\_innen können SAPV sieben Tage verordnen, in Folge durch niedergelassene Ärzt\_innen i.d.R. bis zu 28 Tagen, zwei Folgeverordnungen sind möglich.<sup>19</sup>

Pflegestützpunkte sollten einbezogen werden. Bei der AAPV ist der Hausarzt oder die Hausärztin die koordinierende Kraft, der Pflegedienst erhält ein Entgelt über die HKP-Richtlinie oder die ambulante Pflege. Die Qualifikation der Mitarbeiter\_innen der Pflegedienste, die im Bereich der AAPV tätig werden, ist im Vergleich zur SAPV Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs.2 SGB V nicht eindeutig definiert. Darüber hinaus werden diese von den Patient\_innen gewählt und sind nicht fester Teil eines Teams wie bei der SAPV.

Interessant sind die strukturellen Unterschiede zwischen den drei Modellen. AAPV einerseits durch freie Zusammenarbeit der Akteure, die i.d.R. jeweils von der erkrankten Person gewählt werden, und andererseits festen SAPV-Teams, sowie des dazwischen positionierten neuen dritten Modells, der besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung (BQKPMV), ebenfalls durch ein frei gewähltes Team. Die Stellung der Pflege in diesem Rahmen ist in der aktuellen Gesetzesfassung nicht ausdrücklich neu formuliert worden (§ 28 Abs. 4 SGB XI). Die fehlenden Passagen zur Pflege kritisiert der Gesundheitsausschuss in seiner Empfehlung in der Bundesratsdrucksache Nr. 519/1/15 vom 12.11.2015.<sup>20</sup>

Auch die Ausrüstung mit Sachmitteln, die in der SAPV-Richtlinie des Bundesausschusses in Verbindung mit der Empfehlung des GKV geregelt ist, ist in der AAPV-Rahmenvereinbarung nicht detailreich aufgeführt. Im Unterschied zur AAPV-Regelung durch das HPG blieben die existierenden Bestimmungen zur SAPV seit den 2010er Jahren unberührt. Der Deutsche Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (DHPV) plant in einer gemeinsamen Initiative mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Vorschläge zu erarbeiten, um AAPV und SAPV systematisch und integrativ weiterzuentwickeln.

Dabei ist die sektorale Trennung der Bereiche ambulant und stationär im Gesundheits- und Pflegewesen immer wieder eine Herausforderung. Bei der geltenden Devise, Vorrang von ambulanten vor stationären Maßnahmen, die den großen Vorteil des Verbleibs im eigenen Umfeld und in gewohnten Strukturen haben kann, können leider innovative Behandlungsansätze nicht so leicht verordnet werden wie in stationären Zusammenhängen. Lösung dieser Dilemmata könnte ein sachgerechter Wechsel zwischen den einzelnen Sektoren sein, mit Hilfe von bspw. systemunabhängigen Patientenlotsen (Case Manager). Positiv zu einem für die Patient\_innen günstigen Klima beitragen können

<sup>19</sup> <http://www.palliativ-portal.de/images/pdf/SAPV63.pdf> abgerufen am 12.10.2017

<sup>20</sup> [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2015/0501-0600/519-1-15.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2015/0501-0600/519-1-15.pdf?__blob=publicationFile&v=1) abgerufen am 12.10.2017

<sup>21</sup> B. Weihrauch, Deutscher Hospiz und Palliativ Verband auf einer Tagung „Internationale Sylter Palliativtage“, 14. Mai 2012



auch bspw. grundlegender Kommunikationswille und die Lernbereitschaft aller Netzwerkpartner im Gesundheitswesen und das Schließen von gemeinsamen Zielvereinbarungen.<sup>22</sup>

## Tipps für die Praxis



Es wird dringend empfohlen, dass nicht nur die Kooperationen zwischen Leistungserbringern der AAPV (Ärzten, Pflegediensten, ambulanten Hospizdiensten, Physiotherapeuten, sowie Bedingungen der Rufbereitschaften...) per Unterschrift abgeschlossen werden, sondern tatsächlich auch „*verbindliche Absprachen zu Art und Weise der Kooperation getroffen werden*“.<sup>23</sup>

Es hat sich in dem Prozess bewährt, wenn feste, koordinierende Ansprechpersonen angegeben und standardisierte Gesprächsrunden definiert werden. Anfangs könnten diese bspw. vierteljährlich tagen, später halbjährlich. Schriftliche Vereinbarungen zu konkreten Absprachen (bspw. Uhrzeiten der Rufbereitschaft, Kommunikation zur aktuellen Symptomlage „*wer kommuniziert was, wann an wen*“...) sollten getroffen werden. Die Übergänge zwischen der AAPV, der besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung sowie der SAPV ist fließend, künftig werden beide oftmals auch ergänzend möglich sein.

## Vergütung neuer Leistungen der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

Seit dem 1. Oktober 2017 sollen neue Leistungen der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen werden. Nach vorheriger Genehmigung der Krankenkasse können Ärzt\_innen jetzt neue Abrechnungsschlüssel des Abschnittes 37.3 der Gebührenordnungsposition (GOP) angeben. Das sind bspw. eine palliativmedizinische Ersterhebung oder auch die Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, außerdem eine einmalige Vergütung für die telefonische Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten. Die Leistungen des Abschnittes 37.3 GOP werden zunächst für zwei Jahre extrabudgetär vergütet.

„*Darüber hinaus empfiehlt der Bewertungsausschuss den Vertragspartnern auf Landesebene, ab Oktober 2017 auch die palliativmedizinischen Leistungen in den haus- und kinderärztlichen EBM-Kapiteln (Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5) für zwei Jahre extrabudgetär zu honorieren.*“<sup>24</sup>

<sup>22</sup> S. 59 ff. Michaela Hach, „Schnittstellenproblematik und Überleitung“, Ambulante Palliativversorgung – ein Ratgeber, Hrsg. Eckhard Eichner, Ingmar Hornke, Thomas Sitte, 3. Aufl. Fulda 2014

<sup>23</sup> „EBM: Neue Leistungen der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung aufgenommen“ DHPV e.V., 31.08.2017 [http://www.dhvp.de/aktuelles\\_detail/items/ebm-neue-leistungen-der-ambulanten-palliativmedizinischen-versorgung-aufgenommen.html](http://www.dhvp.de/aktuelles_detail/items/ebm-neue-leistungen-der-ambulanten-palliativmedizinischen-versorgung-aufgenommen.html)

<sup>24</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung: „Info zu: Ambulante Palliativmedizin wird ausgebaut – Neue Leistungen im EBM“: [http://www.kbv.de/html/1150\\_30329.php](http://www.kbv.de/html/1150_30329.php)

## 6. Stationäre Hospize

### Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize nach § 39 a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31. 03. 2017

Stationäre Hospize gelten als baulich, organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Einrichtungen, sie können nicht Bestandteil einer stationären Pflegeeinrichtung oder eines Krankenhauses sein.<sup>25</sup>

Anspruchsberechtigte Versicherte sind lebenszeitlimitiert Erkrankte, deren Erkrankung progredient verläuft und weit fortgeschritten ist, bei der eine Heilung nicht zu erwarten und eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Versorgung nicht erforderlich ist. Dabei ist von einer zeitlich deutlich begrenzten Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder Monaten auszugehen. Aufgrund der besonderen Bedingungen für die familiäre, pflegerische und medizinische Versorgung ist eine ambulant pflegerische Versorgung im heimischen Umfeld nicht mehr ausreichend. Im Regelfall handelt es sich um symptomatische Ausprägungen zugrundeliegender Erkrankungen aus dem onkologischen Bereich, neurologische Erkrankungen, das Vollbild der Infektionskrankheit AIDS sowie chronische Erkrankungen von Nieren, Herz, Lunge oder Verdauungstrakt. Der vertrags- oder krankenhausesärztlich festzustellende verordnete Hospizaufenthalt wird regelhaft für vier Wochen befristet und kann verlängert werden.<sup>26</sup> Die durchschnittliche Verweildauer in einem stationären Hospiz beträgt 28 Tage.

Neben einem ausführlichen Katalog zur Linderung der physischen Aspekte vor allem mit Mitteln der Schmerztherapie stehen ausdrücklich Strategien der psychischen und spirituellen Bewältigung sowie Trauerbegleitung bei den Angehörigen im Fokus. Es ist sowohl eine vollstationäre als auch teilstationäre Versorgung in einem Hospiz auf Grundlage der Rahmenvereinbarung möglich. Möglich ist auch die Unterstützung bei Biografiearbeit und Bewältigungsstrategien der Erkrankten.<sup>27</sup>

### Personalfragen: Ehrenamt und Hauptamt

Bei allen gastzentrierten Bemühungen im Hospiz steht im Vordergrund, dass – auch wenn sich die Krankheit im Wesentlichen nicht aufhalten lässt – die Lebensqualität auf einem möglichst hohen Niveau erhalten wird oder vielleicht sogar gesteigert werden kann. In diesem Kontext ist der hohe Anspruch an die Qualität der Leistungserbringung zu verstehen. Ein multiprofessioneller Ansatz wird dabei verfolgt. Grundlage dafür ist ein Konzept, welches auf Basis des § 4 der Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize nach § 39 a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31. 03. 2017 geschrieben werden sollte. Die Pflegeprozesse müssen sachgerecht und kontinuierlich dokumentiert werden. Mittlerweile gibt es einige elektronische Programme zur Dokumentation von Prozessen im Hospiz. Sinnvoll ist, die entsprechende Software in Absprache mit dem jeweiligen palliativmedizinischen Team bzw. SAPV-Netz auszuwählen.

<sup>25</sup> § 1 Abs. 3 Rahmenvereinbarung stationäre Hospize nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31.03.2017

<sup>26</sup> § 2 Rahmenvereinbarung stationäre Hospize nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31.03.2017

<sup>27</sup> § 3 Rahmenvereinbarung stationäre Hospize nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31.03.2017

Der Gesetzgeber geht in der Rahmenvereinbarung ab 2016 für Neubauten von Hospizen von acht Personen aus. Maximal sind 16 Plätze möglich. Ein Anspruch auf eine lineare Hochrechnung der auf acht Plätze ausgelegten Angaben zum Personalschlüssel und zu Raumgrößen ist nicht verbindlich möglich. Ehrenamtliche Arbeit in die täglichen Abläufe des Hospizdienstes zu integrieren, ist in der Rahmenvereinbarung ausdrücklich vorgesehen. Der Träger muss die Ehrenamtlichen gemäß ihrer Befähigung einsetzen und für regelmäßige Supervision sorgen.<sup>28</sup>

### Ausstattung

Die Rahmenvereinbarung hält einige Angaben zur sächlichen und räumlichen Ausstattung des Hospizes vor, bspw. einen Tresor für die Betäubungsmittel und Lifter für Betten und Pflegebad sowie Spritzenpumpen, Inhalationsgeräte usw.<sup>29</sup> Auch eine spezielle Pflegebadewanne ist verpflichtend und kann bei entsprechend liebevoller Gestaltung des Bades und der Wanne zu Verbesserung des Wohlbefindens der Hospizgäste beitragen.



In der Regel sind Einzelzimmer vorgesehen, die so gestaltet sein sollten, dass Angehörige mit aufgenommen werden könnten. Die Rahmenvereinbarung enthält Empfehlungen zum Personalschlüssel und zur räumlichen Größe und Ausstattung des Gebäudes. Auch hier wird von acht Plätzen ausgegangen und es gibt nicht die Möglichkeit, die empfohlenen Quadratmeterzahlen analog zu den steigenden Platzzahlen linear hochzurechnen, da sich bei einer Steigerung oftmals Synergieeffekt ergeben. Deshalb kann bei mehr als acht Plätzen sowohl räumlich als auch personell keine eins-zu-eins Steigerung erfolgen.

### Finanzierungsfragen laufender Betrieb: Versorgungs- und Vergütungsvertrag

Als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheitswesen sollten die Krankenkassen frühzeitig in den Planungsprozess einbezogen werden. Letztlich müssen für den für jedes Hospiz zu schließenden Versorgungsvertrag zwischen den Verbänden der Kranken- und Ersatzkassen auf Landesebene die Rahmenbedingungen des Hospizes verhandelt werden, wie bspw. die Platzzahl, Details der Kostenzusagen durch die Krankenkassen, der Modus von Änderungsmitteilungen, Zulassung, Umfang des Haftpflichtversicherungsschutzes, Zahlungsbedingungen des Zuschusses, Begehung und Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK), Anforderung an die Leistungsdokumentation.<sup>30</sup>

Die Umsetzung der Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31.03.2017 ist verbindliche Vertragsgrundlage. Eine Zulassung im Sinne des § 72 SGB XI (Zulassung

<sup>28</sup> §§ 5, 6 u. 7 Rahmenvereinbarung stationäre Hospize nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31.03.2017

<sup>29</sup> ebenda

<sup>30</sup> §§ 8, 9 u. 10 Rahmenvereinbarung stationäre Hospize nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31.03.2017

zur Pflege) durch einen Versorgungsvertrag muss erfolgt sein, bevor ein leistungsgerechter tagesbezogener Bedarfssatz für zuschussfähige Leistungen der Krankenkassen in einem Vergütungsvertrag festgeschrieben werden kann. Die Vorbereitung bzw. Verhandlung beider Verträge muss parallel erfolgen, die Krankenkasse leitet die zu prüfenden Unterlagen an den MDK weiter.

Leistungen zur Freizeitgestaltung, kulturelle Veranstaltungen oder auch Trauerarbeit über den Tod des/der Versicherten hinaus können nicht bezuschusst werden. Leistungen zur Verwaltung und nicht öffentlich geförderte Investitionskosten jedoch sollen im Vergütungsvertrag berücksichtigt werden. Investitionskosten sind bspw. Abschreibungen für Gebäude, Anlagegüter und Inventar, geringwertige Wirtschaftsgüter, Instandhaltung und -setzung, Fremdkapitalverzinsung sowie Miete, Leasing, Pacht und Erbbauzins. Sofern nicht anders vereinbart, wird eine jahresdurchschnittliche Belegung des stationären Hospizes mit mindestens 80 Prozent zugrunde gelegt. Aufnahme- und Entlassungs- bzw. Todestag können als Tag abgerechnet werden.<sup>31</sup> Im Sinne des § 39a Abs. 1 SGB V sind 95 Prozent des tagesbezogenen Bedarfssatzes zuschussfähig. Dessen Ermittlung und Vereinbarung orientiert sich an den §§ 82 und 85 SGB XI als Verfahrensbeschreibung unter Berücksichtigung der hospizlichen Besonderheiten.

Mindestens drei Monate im Voraus muss eine Betriebsanzeige nach § 11 Abs. 1 HGBP an das regional zuständige Versorgungsamt erfolgt sein, die bis zur abschließenden Verhandlung des Versorgungs- und Vergütungsvertrags mit den Krankenkassenverbänden positiv mit konkretem Eröffnungsdatum beschieden sein muss.<sup>32</sup>

Kalkulationsgrundlagen für die Verhandlung mit den Kassen für die Investitionskosten können an die Berechnungsgrundlagen für vollstationäre Einrichtungen angelehnt werden.<sup>33</sup> Bei der Abschreibung von Investitionskosten werden die steuerrechtlichen Regelungen zugrunde gelegt.

### Besonderheiten von ambulanten und stationären Hospizdiensten für Kinder und Jugendliche § 39 a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31.03.2017

Hospize für Kinder und Jugendliche unterscheiden sich hauptsächlich in einem Punkt wesentlich von denjenigen für Erwachsene: Im Regelfall sind Hospize für Erwachsene die letzte Station, der letzte Aufenthaltsort im Leben eines unheilbar Erkrankten. Eine Verlegung oder Entlassung in ein heimisches Umfeld ist nicht vorgesehen. Dennoch gibt es im Einzelfall Entlassungen, da sich die gesundheitliche Situation einiger lebenszeitlimitiert Erkrankten durch gute Pflege im Hospiz wieder in dem Maße stabilisiert, dass sie in ein heimisches Umfeld entlassen werden können.

In Kinder- und Jugendhospizen dagegen ist der vorübergehende Aufenthalt Standard, eine Rückkehr in ein heimisches, familiäres Umfeld in der Regel vorgesehen. Der Unterschied besteht im Wesentlichen darin, dass Kinder und Jugendliche bei einer Diagnose der lebenszeitlimitierten Erkrankung

<sup>31</sup> §§ 8, 9 u. 10 Rahmenvereinbarung stationäre Hospize nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31.03.2017

<sup>32</sup> §§ 8, 9 u. 10 Rahmenvereinbarung stationäre Hospize nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31.03.2017

<sup>33</sup> <https://rp-giessen.hessen.de/soziales/soziale-angelegenheiten/investitionskosten> abgerufen am 16.10.2017

bis zum Alter von 17 Jahren vorübergehend bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres<sup>34</sup> in einem Kinderhospiz untergebracht und versorgt werden können. Oftmals werden die Aufenthalte der Kinder und Jugendliche langfristig geplant, was die Leiter\_innen der Kinder- und Jugendhospize oftmals vor eine planerische Herausforderung stellt.

Kinder und Jugendliche haben ab Diagnosestellung einer lebenszeitverkürzenden Erkrankung Anspruch auf einen Aufenthalt im Hospiz, quasi als Auszeit von der Pflege in der Familie, Erziehungsberechtigten soll eine Pause von der Alleinverantwortlichkeit ermöglicht werden. Ziel des Aufenthaltes könnte bspw. ein Kräftesammeln für das erkrankte Kind, aber auch die Familie des Erkrankten sein. Anlass kann auch der vorübergehende Bedarf nach mehr Raum für die Betreuung von Geschwistern oder anderen Familienmitgliedern sowie deren Begleitung in anspruchsvollen Lebensphasen sein. Währenddessen kann das erkrankte Kind in einem Hospiz als „Schutzraum“<sup>35</sup> untergebracht werden.



In Kinder- und Jugendhospizen stehen neben den pflegerischen, schmerztherapeutischen und palliativmedizinischen auch pädagogische und psychosoziale Aspekte im Vordergrund, auch für das soziale Umfeld des erkrankten Kindes oder Jugendlichen. Die Gestaltung des Tages ist hier von noch größerer Bedeutung als bei der Begleitung von sterbenden Erwachsenen. Die Trauerbegleitung der Angehörigen im Anschluss an den Hospizaufenthalt ist jedoch – wie auch im Hospiz für Erwachsene – nicht Teil der Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes, sondern gehört zur konzeptionellen Ausrichtung des Kinderhospizes.<sup>36</sup>

Mitarbeiter\_innen und vor allem verantwortliche Pflegekräfte müssen eine geeignete Ausbildung oder ein Studium absolviert haben und zudem über eine langjährige berufliche Erfahrung in einer Kinderklinik, in ambulanten Pflegediensten mit dem Schwerpunkt Kinderkrankenpflege oder in einem Palliativ Care Team für Kinder verfügen.<sup>37</sup>

Der Personalschlüssel ist ein wenig höher als für Hospize für Erwachsene. In der Rahmenvereinbarung wird ebenfalls von acht Plätzen ausgegangen, die Bedingungen lassen bei steigenden Platzzahlen keine lineare Hochrechnung zu, aber eine Anlehnung.<sup>38</sup>

<sup>34</sup> § 2 Abs. 1 c, Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Kinderhospizversorgung v. 31.03.2017

<sup>35</sup> § 2 Abs. 1 e, Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Kinderhospizversorgung v. 31.03.2017

<sup>36</sup> Ebenda § 3

<sup>37</sup> Ebenda § 5

<sup>38</sup> Ebenda § 6

In der sächlichen Ausstattung sind Kinderhospize mit denen für Erwachsene vergleichbar. Bei der räumlichen Kalkulation sind ebenfalls Einzelzimmer vorgesehen, es wird aber davon ausgegangen, dass drei Angehörige (Eltern und ein Geschwisterkind) je Kind mit aufgenommen werden sollten, wobei die bauliche Umsetzung individuellen Konzepten überlassen ist. Natürlich sind auch Spiel- und Therapieräume wie bspw. ein Snoezelraum und/oder Kreativraum vorgesehen.<sup>39</sup>

## Hinweise für den Hospiz-Neubau



Am Anfang der Planungen eines Hospiz-Neubaus sollte eine gründliche Recherche stehen: Gibt es bereits **vergleichbare Angebote in der Region**? Wie viele Menschen leben und sterben in der Region? (mögliche Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und DEStatis)

**Der potentielle Bedarf** sollte ermittelt werden. Aus welchen Einrichtungen in der Region können Patienten\_innen in das Hospiz verlegt werden (Krankenhäuser, Tumorzentren)? Frühzeitig sollten Termine mit medizinisch einschlägigen Einrichtungen rund um den geplanten Standort vereinbart werden. Empfehlenswert ist aber auch, frühzeitig Präsenz in hausärztlichen Praxen zu zeigen. Es sollte Kontakt zu bereits existierenden vergleichbaren regionalen Einrichtungen aufgenommen und deren Auslastung erfragt werden. Während der **Planungsphase** sollten andere Hospize in der Umgebung besichtigt und das Gespräch mit erfahrenen Leiter\_innen gesucht werden.

Schon im Vorfeld sollte die **Gründung eines Fördervereins** in Betracht gezogen werden. Hierüber können regional vernetzende Strukturen (ehrenamtlich Tätige, AAPV- und SAPV-Teams, Pflegekräfte, Ärzt\_innen, Apotheken, Physiotherapiepraxen, Freund\_innen und Förderer, Trauercafé) geschaffen und die Gewinnung und Ausbildung Ehrenamtlicher organisiert werden. Die Rechtsform eines eingetragenen gemeinnützigen Vereins kann bei entsprechender Größe vorteilhaft sein (sieben Gründungsmitglieder, die den gleichen Zweck verfolgen, sind Voraussetzung). Erst dann können Rechtsgeschäfte getätigt werden, bspw. Mietverträge geschlossen, Arbeitgeberfunktionen ausgeübt und Spenden systematisch verwaltet werden.

Hierbei ist die Formulierung einer Satzung, die u.a. die Arbeitsschwerpunkte des Vereins umreißt, genau den Zweck benennt, den Namen festlegt und die Selbstlosigkeit des Handelns darstellt (Gemeinnützigkeit) und formale Abläufe des Vereinsgeschehens regelt, unerlässlich und Grundlage für die weitere Tätigkeit. Sie kann nicht ohne weitere Beschlussfassung durch eine Mitgliederversammlung geändert werden. Eine Wertenerklärung sollte in Form eines schriftlichen Leitbildes erfolgen, das Grundlage für die Kommunikation nach innen und nach außen (bspw. für etwaige Kooperationspartner, zukünftige Mitarbeiter\_innen, Spender, Öffentlichkeitsarbeit) ist.<sup>40</sup>

<sup>39</sup> Ebenda § 7

<sup>40</sup> Grundlage: „Das Vereinsrecht. Eine Orientierungshilfe“ hrsg. vom HESSISCHEN MINISTERIUM DER JUSTIZ, FÜR INTEGRATION UND EUROPA (heute Hessisches Justizministerium)(2011)

Da nun eine 95-prozentige Übernahme des tagesbezogenen Bedarfssatzes<sup>41</sup> gesetzlich vorgesehen ist, ist eine enge Verknüpfung mit einem Förderverein und ein Transfer der dort generierten Spenden äußerst sinnvoll, denn es gibt immer noch eine fünfprozentige Finanzierungslücke. Vor dem Inkrafttreten des HPG im Jahr 2016 wurden sogar nur 90 Prozent der Kosten übernommen. Zusatzangebote wie bspw. Musik- oder Kunsttherapie oder auch einige Ausstattungsgegenstände, die das Wohlbefinden steigern können, müssen jenseits des Regelsatzes finanziert werden. Vereinsvorsitzende von Hospiz-Fördervereinen haben idealerweise entweder einen palliativmedizinischen Hintergrund und/oder Erfahrung in der Verwaltung. Seelsorgerische Erfahrung oder die Tätigkeit in einem Trauernetzwerk ist ebenfalls sinnvoll.

Ein Konzept des stationären Hospizes auf Grundlage des § 4 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V muss erarbeitet werden.

### vor Bau- beginn

Weitere Fragen sind: Können **Fördermaßnahmen**, wie bspw. Baukostenzuschüsse oder Förderungen von Ausstattungsbestandteilen über die Soziallotterien beantragt werden? Aktion Mensch, DHW, Glücksspirale? Rechtzeitig vor Baubeginn sollten die Richtlinien und die Antragsfristen geprüft, bzw. eine entsprechende Beratung in Anspruch genommen werden.

- ✘ Gespräche sollten zudem mit der **Gemeinde/Kommune und dem Landkreis** aufgenommen werden. Mögliche Themen, die dabei angesprochen werden können, sind: Ist eine einmalige Anschubfinanzierung in Form von Investitionskostenzuschuss, Spende oder Übernahme der Erschließungskosten von Grundstücken möglich? Sind Erbbaupachtverträge möglich? Eventuell sind auch die örtliche Gemeinde und/oder der Landkreis interessiert, den Bau oder auch den Betrieb finanziell zu unterstützen. Reden Sie mit Vertreter\_innen der Politik. Schaffung von Arbeitsplätzen und die künftige Einrichtung als Aufwertung der Infrastruktur können die Argumentation untermauern.
- ✘ Auch mit dem zuständigen **Versorgungsamt/der Betreuungs- und Pflegeaufsicht** sollten frühzeitige Gespräche aufgenommen werden, mindestens ein dreiviertel Jahr vor dem geplanten Baubeginn. Dort müssen die Baupläne überprüft und genehmigt werden. Ein zeitlicher und finanzieller Spielraum für angeordnete Nachbesserungen ist sinnvoll. Mindestens drei Monate vor Inbetriebnahme muss eine formelle Betriebsanzeige an das zuständige Versorgungsamt erfolgen, ggf. müssen Änderungsaufträge bis zur Eröffnung umgesetzt werden.
- ✘ Ein **Bauantrag** muss beim zuständigen Bauamt eingereicht werden (durch den/die Architekt\_in).
- ✘ Ziehen Sie eine Beauftragung des/der Architekt\_in als **Bauleiter\_in und Sicherheitskoordinator\_in** der Arbeiten auf der Baustelle in Erwägung.

- ✘ Prüfen Sie das Leistungsverzeichnis des Architekturbüros. Wer kümmert sich um die **Freistellungserklärungen** der auf dem Bau tätigen Handwerker? Wer kümmert sich um die Einhaltung des Zeitplans und fachgerechte Koordination der einzelnen Gewerke?
- ✘ Die **Telekom** muss frühzeitig beauftragt werden, denn sie benötigt bis zu einem dreiviertel Jahr zur Umsetzung der Anschlussanfrage.
- ✘ Schon **vor Baubeginn** sollte die Öffentlichkeitsarbeit eingeplant werden. Der Spatenstich kann der erste Pressetermin mit Unterstützer\_innen, dem Förderverein, Architekt\_innen und Akteur\_innen aus der Politik sein. Auch das Richtfest kann öffentlichkeitswirksam gefeiert werden.
- ✘ Vor Antrag auf einen Vergütungsvertrag muss der Träger unbedingt ein **Institutionskennzeichen** bei der ARGE IK - Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in St. Augustin beantragen, dies dauert ca. drei Wochen.
- ✘ Gespräche mit dem regional zuständigen Verhandlungspartner (Krankenkasse) für den **Vergütungssatz** sollten gesucht werden. Die Weiterleitung der eingereichten Unterlagen an den medizinischen Dienst übernimmt die Krankenkasse. Dort kann die Prüfung bis zu acht Wochen dauern und erst nach der Zustimmung des medizinischen Diensts kann die Endphase der Vergütungssatzverhandlung beginnen. Nach Abschluss der Verhandlung vergeht etwa ein Vierteljahr, bis alle sieben Kassen im Sternverfahren oder Umlaufverfahren die Originalverträge gezeichnet und zurückgesendet haben. Zum Ausgleich von Vergütungen sind aber zunächst oftmals der Verhandlungsabschluss und die mündliche Information durch die verhandlungsführende Krankenkasse an alle Beteiligten ausreichend.
- ✘ Wenn der **Rohbau** fertig ist, muss eine Begehung erfolgen, dafür muss vier Wochen vorher das Bauamt informiert werden.
- ✘ Bei der Planung des **Eröffnungsfests** als Pressetermin können sich unter anderem folgende Fragen stellen: Wo soll die Feier stattfinden? Im Gebäude, in den Hof- oder Gartenanlagen? An einem anderen Standort? Schon vier bis fünf Monate vor dem geplanten Termin sollte dieser mit den wichtigsten Unterstützer\_innen abgestimmt und eine Einladungsliste erstellt werden, die immer weiter ergänzt werden kann.
- ✘ Etwa eine halbes Jahr vor der Fertigstellung des Hospizes sollten die **Personalstellen** ausgeschrieben werden. Während der letzten Fertigstellungsphase bietet es sich an, die gewonnen Mitarbeiter\_innen mit Seminaren und Teambuildingmaßnahmen vorzubereiten. Gemeinsam kann das Hospiz eingerichtet werden. Es können Arbeitsabläufe und Trauerrituale mit einem ersten Personalstamm erarbeitet werden. Weitere Einstellungsschritte und Weiterbildungsmaßnahmen sollten gestaffelt erfolgen.

<sup>41</sup> § 10 Abs. 8 Rahmenvereinbarung stationäre Hospize nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31.03.2017

## Teilstationäre Versorgung in einem Tageshospiz

Tageshospize gibt es bereits in einigen europäischen Ländern und auch in der Bundesrepublik ist dieses hospizliche Angebot in den Rahmenvereinbarungen berücksichtigt, wird aber selten umgesetzt. Noch zu Zeiten der DDR wurde in Halle an der Saale von Heinrich Peras eine Einrichtung namens „Zeitoase“ gegründet, die zunächst ein Ort der Zuwendung sein sollte. 1993 wurde sie umgewandelt in ein Tageshospiz mit angeschlossenem stationärem Hospiz.<sup>42</sup>

Vor allem in Sachen „Case Management“ könnten Tageshospize für die Erkrankten wichtige Vernetzungsfunktionen übernehmen und ihnen somit die Last der Selbstorganisation nehmen. Hier können Mediziner\_innen präsent sein, aber auch andere Teilnehmende der Pflege, wie Schmerztherapeut\_innen und Psycho- und Physiotherapeut\_innen einen guten Schwerpunkt der Versorgungsstruktur bilden.<sup>43</sup>

Oftmals werden Tageshospize nur an einigen Tagen in der Woche von Erkrankten besucht. Hier werden Therapiemöglichkeiten für sie gebündelt und der Austausch gefördert. Tageshospize ermöglichen den Erkrankten durch die baulich auf den Bedarf angepasste Ausrüstung bspw. einfachere Körperpflege als im heimischen Umfeld und den Angehörigen durch den tages- oder stundenbezogenen Aufenthalt Entlastung und die Möglichkeit, Erledigungen zu machen, ohne sich um die Betreuung erkrankter Angehöriger zu sorgen.<sup>44</sup>



<sup>42</sup> S. 34 ff. Michaela Fink, Reimer Gronemeyer: Das erste Tageshospiz in Deutschland und seine Wurzeln, in: Tageshospize Orte der Gastfreundschaft, Hrsg. Sabine Pleschberger, Christof S. Eisl, Esslingen 2016

<sup>43</sup> S. 414 Sabine Pleschberger, Christof S. Eisl: Ausblicke auf Tageshospize als Orte der Gastfreundschaft, in: Tageshospize Orte der Gastfreundschaft, Hrsg. Sabine Pleschberger, Christof S. Eisl, Esslingen 2016

<sup>44</sup> S. 27 ff. Sabine Pleschberger: Tageshospize in Großbritannien, ebenda

## 7. Neuerungen durch das Hospiz und Palliativgesetz (HPG) in stationären Pflegeeinrichtungen

### Hospizkultur in Einrichtungen der stationären Alten- und Eingliederungshilfe

Implementierung von ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe oder eigenständige Versorgung? Vor dieser Frage stehen seit der Gültigkeit des § 119 Abs. 1 u. 3 SGB XI, Stand 28.03.2017 alle stationären Einrichtungen der Alten- oder Eingliederungshilfe. Für 69 Prozent der Bewohner\_innen ist das Altenheim der Sterbeort.<sup>45</sup> „Wissenschaftlichen Studien zufolge versterben ca. 20 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb der ersten vier Wochen<sup>46</sup> und rund 60 Prozent innerhalb des ersten Jahres nach Einzug.<sup>47</sup> Der Gesetzgeber geht davon aus, dass etwa zehn Prozent aller Sterbenden der SAPV bedürfen.“<sup>48</sup>

Viele Bewohner\_innen leiden am Lebensende unter schmerzvollen, wechselnden Symptomlasten, auch wenn ihre Erkrankungen oftmals nicht im eindeutig lebenszeitlimitierenden Bereich liegen. Auch sich im Alter verändernde kognitive Voraussetzungen können die krisenhaften Zustände verstärken. Seit Einführung des § 37b im SGB V im Rahmen der Gesundheitsreform können auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen Leistungen der palliativen und hospizlichen Palliativversorgung in Anspruch nehmen.<sup>49</sup> Ziel einer vor Ort stattfindenden Palliativbegleitung sollte die umfassende Schmerzerfassung und Symptomlinderung sein. Ein entsprechendes Fallmanagement durch Pflegekräfte, Palliativ Care-Pflegefachkräfte (160 Stunden Fortbildung) in Zusammenarbeit mit einem regional bezogenen Netzwerk aus bspw. Palliativmediziner\_innen, Ehrenamtlichen aus Hospizdiensten, Apotheken oder auch den jeweiligen Hausärzt\_innen ist dafür Grundlage. Durch die hausärztliche Einbeziehung kann von einer fundierten Anamnese ausgegangen werden. Die Hausärzt\_innen sollten aber ebenfalls über eine Basisqualifikation in Form eines Grundkurses für Palliativmedizin verfügen.

Das soziale Umfeld, gesetzliche Betreuer\_innen oder auch auf Wunsch spiritueller Beistand müssen ebenfalls einbezogen werden. Dabei ist eine schriftlich niedergelegte Patientenverfügung vorteilhaft. Für den Notfall sollte ein Dokument zur vorausschauenden Planung Möglichkeiten aufzeigen, falls der Hausarzt oder die Hausärztin nicht zur Verfügung steht. Diese müssen so platziert werden, dass sie jederzeit auch von Nachtdiensten gefunden werden, bspw. auf dem Nachttisch. Auch die medikamentöse Versorgung sollte in der Einrichtung auch in unvorhergesehenen Notfällen möglich sein. Dazu müssen entsprechende Vorräte vorgehalten werden.

<sup>45</sup> Gronemeyer, R. (2007) Versorgung am Lebensende- Bestandsaufnahme der palliativen Versorgung in Hessen, Hessisches Sozialministerium und Justus-Liebig-Universität – Institut für Sozialforschung: Gießen

<sup>46</sup> Schönberg, F./de Vries, B: Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege, Teil 2: Gesellschaftliche Konsequenz, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 2011, H. 5 S. 370-375

<sup>47</sup> Daneke, S. (): Mehr Hospizkultur in Pflegeheimen, in Die: Schwester/Der Pfleger 2009, S. 452-455

<sup>48</sup> Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen (3. Aufl., Feb. 2016), Hrsg. DHPV e.V. und DGAP, S.21

<sup>49</sup> Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen (3. Aufl., Feb. 2016), Hrsg. DHPV e.V. und DGAP, S.8 ff.

Eine Variante, Leistungen der palliativen und hospizlichen Versorgung zur Verfügung zu stellen, ist, dass im Pflegeheim selbst mit externen Leistungserbringern des SAPV und ambulanten Hospizdiensten kooperiert wird. Dies kann neben zur allgemeinen Palliativversorgung ausgebildeten Pflegekräften innerhalb des Personalstammes, die als Multiplikator\_innen agieren, durch Mediziner\_innen mit Basiskursen in Palliativpflege und Palliativmedizin nach Vorgaben der Bundesärztekammer geleistet werden.<sup>50</sup> In diesem Modell muss darauf geachtet werden, dass das externe Palliativ Care Team (PCT) auch über gerontologische Erfahrungen/Qualifikationen verfügt. Zudem müssen personelle Ressourcen zur Koordinierung vernetzender Strukturen eingeplant werden.

Eine weitere Variante ist, dass die Einrichtung selbst Leistungserbringer des PCT ist, wobei die gesetzlichen Grundlagen (§ 37b und §132 d SGB V) erfüllt sein müssen. Das Pflegepersonal steht unter einer höheren Arbeitsbelastung, wenn die vielfältigen palliativpflegerischen Aufgaben übernommen werden und es bedarf eines verbesserten Personalschlüssels.<sup>51</sup> Personelle Ressourcen zur Koordinierung von vernetzenden Strukturen zwischen internen und externen Angeboten fallen jedoch weg.

Bereits während der Bewerbungsphase und in Stellenausschreibungen kann bei Angebot einer palliativen und hospizlichen Versorgung in der Einrichtung die Kompetenz und die Bereitschaft potentieller Mitarbeiter\_innen bezüglich des Themas Sterbebegleitung angesprochen, bzw. abgefragt werden. Sofern Personalentwicklungsinstrumente wie Jahresgespräche oder Zielvereinbarungen genutzt werden, können diese zur Mitarbeiterzufriedenheit beitragen. Entwicklungsbedürfnisse, bspw. in Richtung Palliative Care, können in diesem Rahmen besprochen und geplant werden. Wenn die Einrichtung selbst Leistungserbringer der Palliativpflege ist, sollten Maßnahmen zur Qualitätssicherung entwickelt werden. Bisher wurde in den gesetzlich vorgegebenen Richtlinien für Pflegeeinrichtungen der spezielle hospizliche Bedarf hinsichtlich der Bildung von Qualitätskriterien noch nicht ausreichend berücksichtigt.<sup>52</sup> Dies gilt auch für den Benotungsschlüssel des MDK.

Auch die Qualifikation ehrenamtlicher Mitarbeiter\_innen als Hospizhelfer\_innen ist entweder als Kooperation mit externen, ausbildenden Hospizgruppen möglich oder kann in Eigenregie und auf der Grundlage bspw. der Vorgaben des DHPV erfolgen. Zusätzlich sind Einrichtungen seit Juli 2016 verpflichtet, neben der Veröffentlichung der Zusammenarbeit mit Ärzt\_innen und Apotheken auch an zentraler, gut sichtbarer Stelle zu veröffentlichen, mit welchen Hospiz- und Palliativnetzen sie zusammenarbeiten.<sup>53</sup>

Einrichtungen der stationären Eingliederungshilfe sehen sich oftmals vor weitere Herausforderungen gestellt. Zunehmend ergibt sich die Situation, dass die Bewohner\_innen von Eingliederungshilfeein-

<sup>50</sup> Ebenda, S. 10-17

<sup>51</sup> Würde und Selbstbestimmung ältere Menschen in der letzten Lebensphase – Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Stärkung der hospizlichen Begleitung und Palliativversorgung, 22. März 2017, Hrsg. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., S. 17

<sup>52</sup> Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Internet) <http://www.Dnqp.de> (ges. Dez. 2011); aus: Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen (3. Aufl., Feb. 2016), Hrsg. DHPV e.V. und DGAP, S.8 ff.

<sup>53</sup> Neu: erweiterte Informationspflicht gem. § 115 Absatz 1b SGB XI

richtungen älter werden und somit Mitarbeiter\_innen aber auch andere Bewohner\_innen mit dem Thema Sterben konfrontiert werden. Zunächst müssen Gespräche mit der unheilbar erkrankten Person aufgenommen werden. Es wird dazu geraten, der erkrankten Person die Diagnose einer unheilbaren Krankheit ehrlich mitzuteilen und im Anschluss die Wünsche und Bedürfnisse sensibel wahrzunehmen.<sup>54</sup>

*Hilfe dazu bietet ein Leitfaden zur „Zukunftsplanung am Lebensende: Was will ich?“ Herausgegeben von Bonn Lighthouse e.V.. Dieser Leitfaden könnte sich auch eignen, um die Wünsche von Menschen mit kognitiven Einschränkungen herauszufiltern.<sup>55</sup> Von der Schweizer Ärztin Elisabeth Kübler-Ross wurde ein Modell der Sterbephase entwickelt, das Mitarbeiter\_innen dabei helfen kann, Reaktionen und Bedürfnisse der Bewohner\_innen einzuschätzen und einzuordnen.<sup>56</sup>*

*Eine Mitarbeiterin der Lebenshilfe Aachen, Monika Winand, entwickelte einen Leitfaden zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Dort wird ein „Runder Tisch“ beschrieben, an dem allen Beteiligten ethische oder palliative Fallbesprechungen empfohlen werden. Neben Ratschlägen zum Umgang mit den Sterbenden gibt es in dem Leitfaden auch Empfehlungen und Rituale für die Bewohner\_innen und Mitarbeiter\_innen zum Abschiednehmen und Trauern.<sup>57</sup> Als Literaturempfehlungen für die Bewohner\_innen zur Begleitung der Trauerarbeit oder des Thema Sterbens wird häufig auf Kinderbuchliteratur zurückgegriffen, bspw. das Bilderbuch „Leb wohl, lieber Dachs“ von Susan Varley<sup>58</sup> oder auch „Kleiner Fuchs, großer Himmel“ von Brigitte Werner.*



## Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gem. § 132g SGB V

Die neu eingeführte Regelung sieht gem. § 132g SGB V vor, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI bzw. § 75 Abs.1 SGB XII eine „vorausschauende Versorgungsplanung“ gemeinsam mit den Bewohner\_innen bzw. Patient\_innen vornehmen (in einigen Ländern auch bekannt als Advance Care Planning, ACP). Entweder müssen die Einrichtungen selbst diese anbieten oder vertragliche Regelungen mit Trägerkooperationen treffen, bzw. entsprechende externe Vertragspartner empfehlen.

Unter Moderation von speziell geschulten ACP-Gesprächsbegleiter\_innen aus dem nicht-medizinischen Bereich, bspw. erfahrene Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter\_innen oder spirituelle Begleiter\_innen, kann unter Einbeziehung aller aktuellen und hypothetisch zukünftig auftretenden medizinischer Faktoren (Einbindung der Haus- und Fachärzte), aber auch unter Berücksichtigung psychischer, sozialer, spiritueller Fragen und Bedürfnisse sowie palliativmedizinischer und -pflegerischer Maß-

<sup>54</sup> Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW): Sterbebegleitung von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen 11.01.2016, S.3

<sup>55</sup> Bonn Lighthouse e.V.: Zukunftsplanung zum Lebensende: Was ich will!, Bestellung über: [bestellung@bonn-lighthouse.de](mailto:bestellung@bonn-lighthouse.de)

<sup>56</sup> Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW): Sterbebegleitung von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen 11.01.2016, S.3

<sup>57</sup> Lebenshilfe Aachen e.V.: Leitfaden zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer, Aachen 2016

<sup>58</sup> Zitiert in: Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW): Sterbebegleitung von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen 11.01.2016, S.3

nahmen ein gesundheitlicher Versorgungsplan zu pflegerischen und medizinischen Fragen erstellt werden. Dieser umfasst auch die Fragen, ob Angehörige als Stellvertreter\_in berechtigt oder erfahrene Betreuer\_innen ausgewählt werden und welche Behandlungswünsche relevant werden könnten, aber auch welche Werte und Grundhaltungen den Patient\_innen wichtig sind. Ziel der ACP ist die patientenzentrierte Behandlung mit allen Facetten. Thematisiert werden dabei auch konkrete krankheits- oder behinderungsimmanente Notfallszenarien und potentielle medizinische und pflegerische Interventionsmöglichkeiten, bspw. Handlungsmöglichkeiten und -wünsche bei Atemnot oder Herzstillstand, aber auch bei anhaltendem Zustand der Nichteinwilligungsfähigkeit, kognitiven Einschränkungen wie bspw. Demenz.

Verpflichtend müssen die Einrichtungen Leistungsberechtigte auf die Möglichkeit einer strukturierten gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase hinweisen. Die Inanspruchnahme ist jedoch freiwillig.

Eine Dokumentation des Gesprächsprozesses, auf die alle Beteiligte zugreifen können und die dennoch datengeschützt aufbewahrt werden muss, hält die Ergebnisse schriftlich fest. *„Frau Cora Schulze, stellv. Geschäftsführerin des Palliativ-Care-Teams Ostfriesland hat mit ihrem Team dazu [EDV-Schnittstelle, die den ACP-Prozess abbildet] bereits ein Konzept dazu erarbeitet.“*<sup>59</sup> In empfohlenen Abständen sowie bei akuten Veränderungen des gesundheitlichen Zustands sollte die Dokumentation aktualisiert werden.

Das Projekt „beizeiten begleiten“, das 2015 von einem Team rund um Jürgen in der Schmitten entwickelt wurde und in Frankfurt durch das Würdezentrum gUG beraten und geschult wird, schildert einige Möglichkeiten zur Qualifikation der Gesprächsbegleiter\_innen („beizeiten begleiten“ 2015 a). Unter „beizeiten begleiten“ 2015 b sind geeignete beispielhafte Dokumentenvorlagen zur Patientenverfügung, Notfallbogen o.ä. einsehbar.<sup>60</sup> Die Dokumentation erfolgt vertraulich und ist nur für die Leistungsberechtigten und die Gesprächsbegleiter\_innen einsehbar, es sei denn, die Leistungsberechtigten bestimmen weitere berechnigte Personen. Neben den persönlichen Eckdaten sollen die dokumentierten Willensäußerungen der Versorgungswünsche am Lebensende übersichtlich und nachvollziehbar dargestellt werden. Ergänzend und bei Einwilligungsfähigkeit der Leistungsberechtigten kann eine Patientenverfügung als separates Dokument erstellt werden, die als Bestandteil auch einen Notfallbogen für medizinische Notfallsituationen enthält, der ärztlich unterzeichnet werden muss. Sollte einem Beratungsprozess keine schriftliche Willensäußerung folgen, muss dies in der Dokumentation festgehalten werden. Eine Kopie der Dokumentation wird den Leistungsberechtigten ausgehändigt. Die Einrichtung muss dafür Sorge tragen, dass auch die Mitarbeitenden über entscheidende Eckpunkte der Versorgungsplanung informiert sind und bei geäußertem Änderungswunsch durch Leistungsberechtigte unverzüglich eine ergänzende Beratung und ggf. Änderung der Versorgungsplanung erfolgen kann. Wird die Verlegung von Leistungsberechtigten erforderlich, müssen in datenschutzrechtlich geeigneter Form Kopien der Versorgungsplanung mitgegeben werden.

<sup>59</sup> „Advance Care Planning (ACP in stationären Pflegeeinrichtungen Eine Einführung auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG)“ des Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. v. 23.02.2016

<sup>60</sup> Formulare und Broschüren zu dem Thema: [http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht\\_node.html](http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html)

Die Finanzierung, aber auch der anspruchsberechtigte Personenkreis sowie die Qualifikation der/des Berater\_in wird über §132g SGB V (HPG) geregelt, gemäß Rahmenvereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V, Stand 28.03.2017 und sieht die Krankenkasse der betreffenden Person als Kostenträger für zu bemessende Leistungseinheiten vor, die sich aus der Zahl der benötigten qualifizierten Mitarbeiter\_innen und der Zahl der durchgeführten Beratungen ergeben. Privatversicherte müssen gesonderte Abkommen mit ihren Kassen treffen. Details zur Organisation und Dokumentation werden ebenfalls geregelt. Ärztliche Leistungen (in Bezug auf die Versorgungsplanung) sollen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung heraus ausgeglichen werden.<sup>61</sup>

Bei der Implementierung dieses Prozesses in bestehende Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie der Eingliederungshilfe ist eine Reflektion der vorhandenen Strukturen und Prozesse sowie deren Umorganisation oder auch Ergänzung erforderlich.

Die Qualifikation und Kompetenz der Berater\_innen ist noch nicht abschließend geklärt ebenso wenig der Umfang der dafür vorgesehenen Schulungen. Eine bindende Regelung sollte bis Ende 2017 erfolgen.

Leider ist bis Redaktionsschluss dieser Broschüre Ende Oktober 2017 keine abschließende Einigung zwischen den Verhandlungspartnern erfolgt. Streitpunkte sind nach wie vor die Grundlagen der Vergütung, das Thema Sachkosten, die Qualifikation der Berater\_innen sowie eine Fiktion der Auslastung, die schwer einschätzbar ist, d.h. wie viele Bewohner\_innen nehmen tatsächlich Beratung zur vorausschauenden Versorgung in Anspruch. Falls keine Einigung möglich ist, muss ein Schiedsverfahren eingeleitet werden.

<sup>61</sup> „Advance Care Planning (ACP in stationären Pflegeeinrichtungen Eine Einführung auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG)“ des Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. v. 23.02.2016

## 8. Ausbau der palliativen Versorgung im Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1 KHG

### Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

Im Krankenhausfinanzierungsgesetz wurde im § 17b Abs. 1 eine Änderung vorgenommen. Nun kann per schriftlichem Antrag des Krankenhauses zeitlich befristet eine Ausnahme vom DRG-Vergütungssystem (Diagnose-Related-Groups: Fallpauschale) bei der Krankenkasse beantragt werden. Dies ist möglich, sofern Krankenhäuser interdisziplinäre Palliativteams vorhalten oder eng mit Palliativdiensten zusammenarbeiten. Zudem müssen sie über einen räumlich und organisatorisch abgegrenzten Bereich mit mindestens fünf Betten verfügen. Die Kalkulation eines Zusatzentgeltes für palliativmedizinische Qualifizierung und Leistung dafür ist möglich. Die Kriterien sollen bis Ende 2019 abschließend bewertet werden, bis dahin können individuelle Zusatzentgelte für Palliativdienste gemäß Mindeststandards verhandelt werden.<sup>62</sup>

## 9. Praktische Tipps für die Öffentlichkeitsarbeit

Organisationen oder soziale Einrichtungen, die hospizliche und palliative Arbeit beginnen oder ausweiten, sollten zunächst das nähere Umfeld informieren, beispielsweise mit den Sozialdiensten der umliegenden Krankenhäuser Kontakt aufnehmen, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Gemeinde/Kommune anschreiben und sie über die Möglichkeiten der hospizlichen Arbeit, je nach Schwerpunkt ambulant oder stationär, und mögliche Ansprechpersonen informieren. Mit der Veröffentlichung von Pressemeldungen zu besonderen Anlässen wie Eröffnungsfeier, Sommer- oder Winterfesten oder Trauerzeremonien kann eine breitere Öffentlichkeit erreicht werden. Dabei kann auf Spendenkonten der eigenen Einrichtung, des eigenen Dienstes oder auch des Fördervereins hingewiesen werden.

**Flyer** sollten kurz und prägnant formuliert sein und sich auf wenige Informationen konzentrieren. So können verschiedene Flyer für verschiedene Ziele konzipiert werden, bspw. einer zur Akquirierung Freiwilliger, weitere zur Veröffentlichung bestimmter Aktionen oder Veranstaltungen oder Besonderheiten beim Trauerangebot.<sup>63</sup>

Ein regelmäßiger **E-Mail-Newsletter** ist eine weitere Möglichkeit, die eigene Arbeit darzustellen und dabei eventuell positive Rückmeldungen von Hospizgästen oder deren Angehörigen zu zitieren, natürlich nach deren Genehmigung oder anonymisiert. Aber auch Zitate von haupt- und ehrenamtli-

<sup>62</sup> <https://www.dgpalliativmedizin.de/startseite/neue-zeitlich-flexible-multiprofessionelle-palliativdienste-im-krankenhaus-werden-die-lebensqualitaet-von-schwerkranken-deutlich-verbessern.html>

<sup>63</sup> Hospizarbeit und Palliative Versorgung in Hessen Praxishilfe für die Hospiz- und Palliativarbeit vor Ort, Hrsg. HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V., Arbeitsbereich KASA und HPV – Hospiz- und Palliativverband Hessen e.V., S. 72 ff.

chen Mitarbeiter\_innen, die oftmals durch die Arbeit mit Sterbenden und der Möglichkeit, eine Menschen bei seinem letzten Weg zu unterstützen und noch den einen oder anderen Wunsch erfüllen zu können, eine besondere Erfüllung erfahren und sie als Gewinn sehen, können für den Hospizdienst werben und andere Menschen motivieren, sich für diese Arbeit zu interessieren.

Weitere Möglichkeiten in der Öffentlichkeitsarbeit und im Fundraising sind die Organisation von Tombolas, Wanderausstellungen, Wohltätigkeitskonzerten, Theateraufführungen oder andere künstlerische oder gestalterische Tätigkeiten zum Wohle des Dienstes, bzw. der Einrichtung. In einer Vitrine können selbst hergestellte Produkte eines Hospizes oder Hospizdienstes präsentiert werden, von Marmelade über Weihnachtsbasterei bis hin zu künstlerisch gestalteten Keramik- oder Holzarbeiten.





## Literatur

- Ambulante Palliativversorgung – ein Ratgeber, Hrsg. Eckhard Eichner, Ingmar Hornke, Thomas Sitte, 3. Aufl. Fulda 2014
- Bertelsmann-Stiftung Spotlight Gesundheit 10/2015: Palliativversorgung nach einer Emnid Befragung durch Prof. Dr. George, M. 05.09.2017
- Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen (3. Aufl., Feb. 2016), Hrsg. DHPV e.V. und DGAP, S.21
- [http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht\\_node.html](http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html)
- Bonn Lighthouse e.V.: Zukunftsplanung zum Lebensende: Was ich will!, Bestellung über: [bestellung@bonn-lighthouse.de](mailto:bestellung@bonn-lighthouse.de)
- Bundesarbeitsgemeinschaft HOSPIZ zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V.: Qualitätsanforderung zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Hospizarbeit, Hrsg.; Niederzier 2005
- [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2015/0501-0600/519-1-15.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2015/0501-0600/519-1-15.pdf?__blob=publicationFile&v=1) abgerufen am 12.10.2017
- [http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ\\_161004\\_Handlungsempfehlungen\\_ONLINE.pdf](http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf) 18.10.2017
- <https://www.dgpalliativmedizin.de/startseite/neue-zeitlich-flexible-multiprofessionelle-palliativdienste-im-krankenhaus-werden-die-lebensqualitaet-von-schwerkranken-deutlich-verbessern.html>
- Cora Schulze: Einführung eines regionalen Advance Care Planning Systems (ACP-Systems) in stationären Pflegeeinrichtungen; Stand September 2017
- Daneke, S.: Mehr Hospizkultur in Pflegeheimen, in: Die Schwester/Der Pfleger 2009, S. 452-455
- „Das Vereinsrecht. Eine Orientierungshilfe“ hrsg. vom Hessischen Ministerium der Justiz, für Integration und Europa (heute Hessisches Justizministerium)(2011)
- Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. v. „Advance Care Planning (ACP in stationären Pflegeeinrichtungen Eine Einführung auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG)“, 23.02.2016
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.: Arbeitshilfe des DHPV: Qualitätsprozesse in ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten, Berlin 12.09.2017
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.: Handreichung des DHPV zur Änderung der Rahmenvereinbarung gem. § 39a Abs. 2 SGBV für die ambulante Hospizarbeit sowie zum weiteren Einbezug der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfestellen
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.: Stationäre Hospize für Erwachsene , stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Palliativstationen in Deutschland – Daten zur Entwicklung und zum aktuellen Stand, 16.02.2016
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.: Zahlen und Fakten, Stand 2016, 27.09.2017
- DHPV e.V., 31.08.2017 [http://www.dhpv.de/aktuelles\\_detail/items/ebm-neue-leistungen-der-ambulanten-palliativmedizinischen-versorgung-aufgenommen.html](http://www.dhpv.de/aktuelles_detail/items/ebm-neue-leistungen-der-ambulanten-palliativmedizinischen-versorgung-aufgenommen.html)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Internet) [http:// www. Dnqp.de](http://www.Dnqp.de) (ges. Dez. 2011); aus: Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen (3. Aufl., Feb. 2016), Hrsg. DHPV e.V. und DGAP, S.8 ff.
- DHPV: Empfehlung der Fachgruppe „Hospizkultur und Palliativmedizin in stationären Pflegeeinrichtungen“ zur Zusammenarbeit und Kooperationsgestaltung von Mitgliedseinrichtungen mit stationären Pflegeeinrichtungen, S. 1

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V Hrsg. :Würde und Selbstbestimmung älterer Menschen in der letzten Lebensphase – Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Stärkung der hospizlichen Begleitung und Palliativversorgung, 22. März 2017,
- Gronemeyer, R. (2007) Versorgung am Lebensende- Bestandsaufnahme der palliativen Versorgung in Hessen, Hessisches Sozialministerium und Justus-Liebig-Universität – Institut für Sozialforschung: Gießen
- Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz) vom 1.12.2015, BGBl. 1 S. 2114
- HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V., Arbeitsbereich KASA und HPV – Hospiz- und PalliativVerband Hessen e.V. Hospizarbeit und Palliative Versorgung in Hessen Praxishilfe für die Hospiz- und Palliativarbeit vor Ort, Hrsg.; aktualisierte und erweiterte Auflage, Frankfurt am Main 2014
- Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW): Sterbebegleitung von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen 11.01.2016
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: „Info zu: Ambulante Palliativmedizin wird ausgebaut – Neue Leistungen im EBM“: [http://www.kbv.de/html/1150\\_30329.php](http://www.kbv.de/html/1150_30329.php) 07.09.2017
- Lebenshilfe Aachen e.V.: Leitfaden zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer, Aachen 2016
- <http://www.palliativ-portal.de/images/pdf/SAPV63.pdf> abgerufen am 12.10.2017
- Rahmenvereinbarung stationäre Hospize nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V i. d. F. v. 31.03.2017
- Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Kinderhospizversorgung v. 31.03.2017
- Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016
- Regelungen des GKV Spitzenverbandes vom 20.06.2016 Für die Informationen der Versicherten über die Möglichkeiten der persönlichen Vorsorge für die letzte Lebensphase nach § 39b Abs. 2 Satz 2 SGB V
- <https://rp-giessen.hessen.de/soziales/soziale-angelegenheiten/investitionskosten> abgerufen am 16.10.2017
- <https://soziales.hessen.de/presse/pressemitteilung/am-ende-zaehlt-der-mensch> Information des Hessischen Ministerium für Soziales und Integration anlässlich des Welthospiztages 14.10.2017
- Tageshospize Orte der Gastfreundschaft, Hrsg. Sabine Pleschberger, Christof S. Eisl, Esslingen 2016
- Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 2011, H. 5 S. 370-375
- <https://www.transmit.de/presse/presse-2014/139-studie-zum-sterben-in-einrichtungen-offenbart-maengel> 12.10.2017
- <https://de.wikipedia.org/wiki/Hospiz> 26.09.2017
- <http://www.zitate-online.de/autor/saunders-cicely/> 11.10.2017

## Glossar

<b>AAPV:</b>	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
<b>ACP:</b>	Advance Care Planning (vorausschauende Versorgung)
<b>BMBF:</b>	Bundesministerium für Bildung und Forschung
<b>BMG:</b>	Bundesministerium für Gesundheit
<b>BMJV:</b>	Bundesministerium für Justiz
<b>BQKPMV:</b>	besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung
<b>Case Manager/Case Management:</b>	Fallbezogenes koordinierendes Vorgehen auch über Abteilungsgrenzen und stationäre und ambulante Bereiche hinweg
<b>DEStatis:</b>	Statistisches Bundesamt
<b>DHPV:</b>	Deutscher Hospiz und PalliativVerband e.V.
<b>DGP:</b>	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
<b>DKG:</b>	Deutsche Krankenhausgesellschaft
<b>DRG:</b>	Diagnose-Related-Groups: Sogenannte "Fallpauschale"
<b>EBM:</b>	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
<b>G-BA:</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss
<b>GKV-Spitzenverband:</b>	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
<b>GOP:</b>	Gebührenordnungsposition
<b>HAGE:</b>	Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
<b>Hospiz:</b>	Hospiz (lat. hospitium „Herberge“) ist eine Einrichtung der Sterbebegleitung. Im deutschen Sprachraum der Gegenwart wird mit Hospiz meist eine stationäre Pflegeeinrichtung bezeichnet, die meist über nur wenige Betten verfügt und ähnlich wie ein kleines Pflegeheim organisiert ist. <i>Quelle: <a href="https://de.wikipedia.org/wiki/Hospiz">https://de.wikipedia.org/wiki/Hospiz</a> (abgerufen am 01.03.2016)</i>
<b>HPG:</b>	Hospiz- und Palliativgesetz
<b>KASA:</b>	Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung in Hessen
<b>KBV:</b>	Kassenärztliche Bundesvereinigung
<b>KV:</b>	Kassenärztliche Vereinigung
<b>MDK:</b>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
<b>PV:</b>	Patientenverfügung
<b>SAPV:</b>	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
<b>SGB:</b>	Sozialgesetzbuch

### Palliative Pflege:

Palliation (Linderung, aus lat. pallium „Mantel“, palliare „mit einem Mantel umhüllen“, „verbergen“) Palliativpflege als begleitendes pflegerisches Angebot an Schwerstkranke und ihr soziales Umfeld ist ein weiterer Teilbereich des Gesamtkonzeptes Palliative Care.  
*(Quelle: Wikipedia: <https://de.wikipedia.org/wiki/Palliation> (abgerufen am 29.02.2016))*

<b>PCT:</b>	Palliativ Care Team
<b>PKD:</b>	Palliativmedizinischer Konsiliardienst
<b>RKI:</b>	Robert Koch Institut
<b>SAPV:</b>	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
<b>VV:</b>	Vorsorgevollmacht

## Adressen

### Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.

Aachener Straße 5, 10713 Berlin  
 Tel.: 030 /82 00 75 80, Fax: 030 /8200758-13  
 E-Mail: info@dhpv.de  
 www.dhpv.de

### Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

Aachener Str. 5, 10713 Berlin  
 Tel.: 030 / 30 10 100 0, Fax: 030 / 30 10 100 16  
 E-Mail: dgp@dgpalliativmedizin.de  
 www.palliativmedizin.de

### Fachverband SAPV e.V.

Weihergasse 15, 65203 Wiesbaden  
 Tel.: 0611/411 434 13, Fax: 0611/411 434 14  
 E-Mail: info@fachverband-sapv.de  
 www.fachverband-sapv.de

### Deutsche PalliativStiftung

Am Bahnhof 2, 36037 Fulda  
 Tel.: 0661/4804 9797 , Fax: 0661/4804 9798  
 E-Mail: info@palliativstiftung.de  
 www.palliativstiftung.de

### HAGE - Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.

Wildunger Straße 6/6a, 60487 Frankfurt  
 Tel.: 069/ 713 76 78-0, Fax: 069/ 713 76 78-11  
 E-Mail: info@hage.de  
 www.hage.de

Zu Fragen der Förderung ambulanter Hospizarbeit durch die gesetzlichen Krankenkassen  
 gem. §39a (2) SGB V:

### Knappschaft Regionaldirektion Frankfurt

Galvanistr. 31, 60486 Frankfurt  
 Tel.: 069/74301922, Fax: 069/74301919  
 www.bks.de

Zu Fragen der Förderung stationärer Hospizarbeit durch die gesetzlichen Krankenkassen  
 gem. §39a (1) SGB V:

### AOK- Die Gesundheitskasse in Hessen

Kölner Straße 8, 65760 Eschborn  
 Tel.: 06196/406106, Fax: 06196/406188  
 www.aok.de/hessen



