

## Empfehlung zur stationären Hospizversorgung in Niedersachsen

- Hospiz LAG Niedersachsen
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) - Landesvertretung Niedersachsen/ und Bremen
- Niedersächsische Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung (NKBHP)
- AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
- BKK Landesverband Mitte – Landesvertretung Niedersachsen
- IKK classic
- Knappschaft – Regionaldirektion Hannover
- SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse
- Verband der Ersatzkassen (vdek)

### Präambel

Die Unterzeichner dieser Empfehlung unterstützen die Ziele der *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. Sie bekräftigen insbesondere das Recht jedes Menschen auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen und arbeiten gemeinsam daran, dass die Menschen darauf vertrauen können, dass in der letzten Lebensphase ihre Vorstellungen, Wünsche und Werte respektiert werden.

In Niedersachsen hat sich in den letzten Jahren ein gut funktionierendes Versorgungsnetzwerk der spezialisierten Palliativversorgung und Hospizarbeit etabliert. Hervorzuheben ist, dass alle in der Hospizarbeit und der Palliativversorgung relevanten ambulanten und stationären Leistungsanbieter sowie das Ehrenamt und die verschiedenen Berufsgruppen wie u. a. Anbieter seelsorglicher, psychologischer und sozialarbeiterischer Leistungen eng und vertrauensvoll zusammenarbeiten. Die derzeitigen Versorgungsstrukturen in Niedersachsen können sich im bundesweiten Vergleich sehen lassen. Gleichwohl unterliegen diese vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung mit einem wachsenden Anteil älterer und hochbetagter Menschen einem stetigen Anpassungsbedarf, der von der Politik und den Akteuren in der Hospiz- und Palliativversorgung in Niedersachsen konstruktiv kritisch begleitet werden muss. Bei der Fortentwicklung der niedersächsischen Versorgungsstrukturen ist darauf zu achten, dass die besonderen Erfordernisse eines Flächenlandes mit ausgewiesenen ländlichen Regionen angemessen berücksichtigt werden und die Qualität, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit der Angebote gesichert wird.

### **Aktuelle Versorgungssituation der stationären Hospizarbeit**

Derzeit bestehen in Niedersachsen insgesamt 26 stationäre Hospize (davon zwei Kinderhospize in Syke und Wilhelmshaven) mit insgesamt 250 Plätzen (davon 24 in Kinderhospizen) in 21 Landkreisen und kreisfreien Städten sowie der Region Hannover. Sechs weitere Hospize sind in Planung. Darüber hinaus sind 130 ambulante Hospizdienste tätig. Im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) existieren in Niedersachsen 44 Anbieter. In niedersächsischen Krankenhäusern stehen ca. 320 Palliativbetten zur Verfügung. Ferner führen ca. 490 praktizierende Ärzte in Niedersachsen die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“. (Quelle: Daten der GKV Nds.)

Die Zahlen und Daten machen deutlich, dass in den meisten Regionen in Niedersachsen entsprechende Leistungsangebote der stationären Hospizversorgung zur Verfügung stehen. Gleichwohl wird es notwendig sein, in den Regionen, in denen ein ausreichendes Angebot noch nicht existiert, bedarfsgerechte, den qualitativen Anforderungen entsprechende, nachhaltige und wirtschaftliche Strukturen zu schaffen.

### **Bedarfsgerechte Gestaltung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskapazitäten von stationären Hospizen**

Stationäre Hospize sind Einrichtungen der Spezialversorgung. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben und Rahmenverträge können nur Erkrankte mit sehr aufwendigem Versorgungsbedarf im Hospiz Aufnahme finden. Das betrifft Erkrankte mit progredient verlaufender Erkrankung, deren Heilung ausgeschlossen und deren Lebenserwartung voraussichtlich auf Tage bis Wochen begrenzt ist. Ferner ist eine Aufnahme in ein stationäres Hospiz nur möglich, wenn eine ambulante Versorgung bei Ausschöpfung aller Möglichkeiten (ambulante Pflege, ambulanter Hospizdienst, spezialisierte ambulante Palliativversorgung) nicht möglich bzw. ausreichend ist und eine Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich ist. In der Regel trifft dies z.B. bei nachfolgenden Krankheitsbildern im Endstadium zu: Krebs, AIDS, Nervensystem- und chronische Organerkrankungen (Niere/Herz/Darm/Lunge). In der Folge dieser Regelungen ist der Personenkreis, der Aufnahme in ein stationäres Hospiz finden kann, sehr begrenzt. Diesen restriktiven Bedingungen liegen die Überlegungen zugrunde, dass die Spezialversorgung im Hospiz nur dann erfolgen soll, wenn ansonsten trotz ausreichend vorhandener Angebote der ambulanten Palliativversorgung und der Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen kein anderer geeigneter Sterbeort, wie zum Beispiel die eigene Wohnung oder das Pflegeheim, zur Verfügung steht.

Die Unterzeichner dieser Empfehlung haben großes Verständnis für das vielfältige Engagement von Menschen in Niedersachsen, die das Ziel haben, möglichst überall in Niedersachsen ein stationäres Hospiz zu errichten. Allerdings sind vor dem Hintergrund, dass in Niedersachsen bereits 26 stationäre Hospize bestehen und diese von den Menschen in deren Einzugsgebiet gut erreichbar sind, Aktivitäten zur Errichtung weiterer stationärer Hospize überwiegend nicht bedarfsgerecht. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass in Niedersachsen sukzessive ambulante Hospiz- und Palliativstrukturen etabliert wurden.

Bereits im Rahmenkonzept „Weiterentwicklung der Hospizarbeit und Palliativversorgung in Niedersachsen“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung in der Fassung der 1. Fortschreibung aus Juli 2013 wird ausgeführt:

*„Aufgrund der spezialisierten Versorgung sollte daher vor der Realisierung bzw. Planung weiterer stationärer Hospize bezogen auf den vorgesehenen Standort ermittelt werden, ob – auch unter Berücksichtigung der Auslastung umliegender stationärer Hospize – in dem betreffenden Gebiet die Errichtung eines weiteren Hospizes tatsächlich angezeigt ist.“*

### **Anforderungen an die Planung und Etablierung stationärer Hospize in Niedersachsen**

An die Hospizarbeit werden mit Rücksicht auf die Schwerstkranken und Sterbenden zu Recht hohe qualitative Anforderungen gestellt. Stationäre Hospize haben eine gleichbleibende und hochqualifizierte Hospizarbeit zu gewährleisten. Bei einer ungesteuerten Ausweitung der Zahl der Hospize besteht die Gefahr, dass die notwendige Qualität in der Arbeit nicht gewährleistet wird. In diesem Zusammenhang wird auf die Qualitätsanforderungen des von der Hospiz LAG Niedersachsen etablierten Qualitätssiegels hingewiesen. Auch um diese Qualität der Versorgung im Hospiz sicherzustellen, ist es bei der Neuerrichtung stationärer Hospize geraten, dass eine nachhaltige wirtschaftliche Leistungsfähigkeit gegeben ist. Nicht wirtschaftlich zu betreibende Hospize können zu der Situation führen, dass die mangelnde Auslastung zu einem Absenken der Qualitätsstandards und ggf. zu Fehlbelegungen führt, weil aufgrund des wirtschaftlichen Drucks z.B. Betten mit Patienten belegt werden, die eigentlich keiner spezialisierten Versorgung bedürfen. Hinzuweisen ist, dass Versorgungsverträge mit den Krankenkassen nur abgeschlossen werden können, wenn die Einrichtungen Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten (§ 12 SGB V).

Um eine wirtschaftliche Auslastung eines Hospizes zu erreichen, wird es als erforderlich angesehen, dass im Jahresdurchschnitt mindestens 80% der Betten belegt sind. Nach aktuellen Erhebungen der Hospiz LAG weisen die stationären Hospize in Niedersachsen derzeit eine Belegungsquote von 60 bis 90 % aus. Täglich gehen viele Anfragen bei den Hospizen ein. Diese Anfragen werden zum Teil in keiner Statistik erfasst, weil es nicht zu förmlichen Anfragen kommt. Aufgrund der engen Voraussetzungen für eine Spezialversorgung im Hospiz, führt nach Befragung der Hospize nur jede dritte Anfrage auch tatsächlich zur Aufnahme. Das heißt, dass auf jedes zu belegende Bett ca. drei Anfragen notwendig sind, um die erforderliche Auslastungsquote zu erreichen (Faustregel).

Auf der Grundlage dieser Empfehlung, den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) sowie der Rahmenvereinbarung über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den mit der Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen haben die Unterzeichner einen Fragebogen entwickelt, der dazu dienen soll, den Bedarf zur Errichtung eines leistungsfähigen und wirtschaftlichen stationären Hospizes zu ermitteln.

Die Unterzeichner wollen damit einen Beitrag zu einer sachgerechten Diskussion zur Weiterentwicklung der niedersächsischen stationären Hospizversorgung leisten und begrüßen es, wenn örtliche Initiativen frühzeitig den Dialog mit ihnen aufnehmen.

Der Fragebogen ist dieser Empfehlung beigelegt.

Hannover, Mai 2015

## Fragebogen zur Ermittlung eines Bedarfes zur Errichtung eines leistungsfähigen und wirtschaftlichen stationären Hospizes:

### Grobeinschätzung:

1. Wie viele Hospiz- und Palliativbetten gibt es in einem Radius, der mit einem Auto in max. 60 Min erreichbar ist?
2. Wie viele Einwohner gibt es in einem Radius von ca. 60 Minuten Erreichbarkeit mit einem Auto?

### Feineinschätzung

3. Wie viele Einwohner gibt es in der Region, für die Sie ein stationäres Hospiz errichten wollen? Radius von ca. 60 Minuten Erreichbarkeit.
4. Gibt es in diesem Umkreis schon eine Palliativstation? Wie viele Betten hat diese?
5. Wie viele Menschen wurden im Erhebungszeitraum (ein Jahr) in ein Hospiz vermittelt? Ermittlung durch Anfragen möglicher Zuweiser an ein stationäres Hospiz.

Befragung von:

a. Kliniken
b. Hausärzten
c. Niedergelassenen Urologen, Gynäkologen und Onkologen u.a.
d. Gesamtzahl

6. Wie viele potentielle Hospizgäste (Patienten die der Spezialversorgung bedürfen) konnten im Erhebungszeitraum (ein Jahr) **nicht** in ein Hospiz vermittelt werden? Hierbei sind sowohl dokumentierte als auch die geschätzten Zahlen zu berücksichtigen.  
Befragung von:

a. Kliniken
b. Hausärzten
c. Niedergelassenen Urologen, Gynäkologen und Onkologen u.a.
d. Gesamtzahl

7. Wie viele Hospizgäste könnte dies für **Ihre Region** bedeuten?  
Befragung von:

a. Kliniken
b. Hausärzten
c. Niedergelassenen Urologen, Gynäkologen und Onkologen u.a.
d. Gesamtzahl

8. Welche Gründe für die Nichtvermittlung von potentiellen Hospizgästen wurden angegeben?  
Befragung von:

a. Kliniken
b. Hausärzten

c. Niedergelassenen Urologen, Gynäkologen und Onkologen u.a.
---

9. Besteht aus Sicht der Befragten Bedarf für die Errichtung eines Hospizes in Ihrer Region oder zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz in Ihrer Region?  
Befragung von:

a. Kliniken
-------------

b. Hausärzten
---------------

c. Niedergelassenen Urologen, Gynäkologen und Onkologen u.a.
---

d. Kurzzeitpflegeeinrichtungen
--------------------------------

## Auswertung

### 1. Grobeinschätzung

Nach der Ermittlung der Anzahl der bestehenden Hospiz- und Palliativbetten und der Einwohnerzahl in einem Radius von ca. 60 Minuten Erreichbarkeit kann eine Grobeinschätzung des Bedarfs an Hospizbetten erfolgen. Der Bedarf wird in Deutschland auf derzeit insgesamt 50 Betten (Hospiz- und Palliativbetten) je 1 Million Einwohner geschätzt, international wird er zum Teil mit 80 -100 Betten je 1 Million Einwohner angegeben (DHPV).

### 2. Feineinschätzung

Nach dem Bedarfszahlen für die Region erhoben wurden, kann die Wirtschaftlichkeit für das geplante stationäre Hospiz ermittelt werden.

Um eine wirtschaftliche Auslastung eines Hospizes zu erreichen, müssen im Jahresdurchschnitt mindestens 80% der Betten belegt sein.

Die Erfahrung zeigt, dass auf jedes zu belegende Bett ca. drei Anfragen notwendig sind, um eine derartige Belegung zu erzielen (Faustregel).

In Niedersachsen liegt die derzeitige durchschnittliche Belegung eines Hospizbettes bei ca. 20 Tagen.

Um zehn Betten dauerhaft zu belegen werden bei einer 100% Auslastung 18 Patienten pro Bett im Jahr (365: 20 Tage Verweildauer) also 180 Patienten benötigt. Für eine 80% Auslastung 146 Patienten.

Da nur aus jeder dritten offiziellen Anfrage eine Aufnahme resultiert, muss ein Hospiz im Jahr 438 Anfragen für die Hospizaufnahme erhalten.

Die unter Punkt drei ermittelten Zahlen müssen eine Personengruppe von ca. 438 Patienten ergeben haben, damit eine wirtschaftliche Auslastung für ein zehn Betten Hospiz in Ihrer Region gegeben ist. Für ein Hospiz mit einer anderen Bettenzahl (8-16 Betten) muss die Berechnung entsprechend vorgenommen werden.

Zu Ihrer weiteren Entscheidungsfindung wurde eine Zusammenfassung der Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize zum § 39a SGB V erstellt.

### **Zusammenfassung der Rahmenvereinbarung nach § 39a SGB V Anforderungen an stationäre Hospize**

<b>Präambel</b>		Aktive Sterbehilfe ist ausgeschlossen.	
<b>Stationäre Hospize</b>	<b>§1 (1)</b>	8-16 Plätze, familiärer Charakter, Anteil der Kosten wird durch Spenden und Ehrenamt aufgebracht, regional vernetzte Versorgungsstruktur (ambulanter Hospizdienst)	
	<b>§1 (2)</b>	Teilstationäre Pflege möglich	
	<b>§1 (3)</b>	Baulich, organisatorisch, wirtschaftlich selbständige Einrichtung, separates Personal und Konzept, <b>kein</b> Bestandteil einer Pflegeeinrichtung	
<b>Anspruchsberechtigte Versicherte</b>	<b>§2 (1)</b>	<b>Aufnahmevoraussetzung:</b> a) progredient verlaufende Erkrankung, Heilung ausgeschlossen, begrenzte Lebenserwartung, b) Krankenhausbehandlung nicht erforderlich c) ambulante Versorgung nicht ausreichend da palliativmedizinische / palliativpflegerische Behandlung Psychosoziale Begleitung notwendig	
	<b>§2 (2)</b>	<b>Krankheitsbilder:</b> Krebs, AIDS, Nervensystem- und chronische Organerkrankungen (Niere/Herz/ Darm/Lunge)	
	<b>§2 (3)</b>	Keine grundsätzliche Notwendigkeit der Hospizversorgung von Patienten aus Pflegeheimen	
	<b>§2 (4)</b>	Ärztliche Hospizverordnung notwendig	
	<b>§2 (5)</b>	Entlassung und Wiederaufnahme möglich	
<b>Versorgungsumfang</b>	<b>§3 (1)</b>	Ganztägig: Unterkunft, Verpflegung, palliativ-medizinische und pflegerische, soziale, therapeutische, geistig-seelische Leistungen, Sterbe- und Trauerbegleitung	
	<b>§3 (2)</b>	Lindernde Therapieausrichtung, Schmerztherapie, Symptomkontrolle, unter Abwägung ethischer Gesichtspunkte	
	<b>§3 (3)</b>	Ganzheitliche bedürfnisorientierte Pflege, Einbeziehung der Zugehörigen	
	<b>§3 (4)</b>	Krisenintervention (körperlich/psychisch)	

	§3 (5)	Psychosoziale Begleitung: Unterstützung im Verarbeitungsprozess, bei Kommunikationsschwierigkeiten, Orientierung, Zugehörigenarbeit, Trauerarbeit, Religiosität	
	§3 (6)	Ärztliche Behandlung, Arznei-, Verband- und Heilmittelversorgung, SAPV möglich bei Bedarf	
	§3 (7,8)	Leistungsumfang	
	§3 (9)	Betreuung Kinder im Kinderhospiz nach Entwicklungsstand	
<b>Qualitätsanforderungen</b>	§4 (1)	Pflege nach allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Expertenstandards, Qualitätssicherung	
	§4 (2)	Ständige Präsenz einer Pflegefachkraft, Pflegekonzept nach Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen es täglichen Lebens, bedarfsorientierte Pflegeplanung, interdisziplinäres Team	
	§4 (3)	Laufende Überprüfung der Qualität, Maßnahmen zur internen Sicherung festlegen und durchführen. Beteiligung an externer Qualitätssicherung	

√ ∅

<b>Qualitätsanforderungen</b>	§4 (4)	PDL (PFK, Pall.care, WB Leitung 460 Std., 3-jährige praktische Erfahrung, jährliche Fort- und Weiterbildungen Stellv. PDL (PFK, Pall.care, WB Leitung 720 Std.)	
		Vorhaltung von Personal laut Stellenschlüssel, Vertretungspersonal, jährliche Fort- und Weiterbildungen	
		Sozialarbeiter/Sozialpädagoge/Psychologe Hauswirtschafter/Funktionspersonal (kann auch stundenweise extern vergeben werden)	
		Ehrenamtlichen Mitarbeiter mit nachgewiesener Befähigung und regelmäßiger Begleitung	
		Instrumentelle Grundausstattung (Lifter, Perfusor,..)	
		Bauliche Voraussetzungen: Einbettzimmer, Angehörige können mit aufgenommen werden	
<b>Verträge</b>	§5	Versorgungsvertrag vorhanden, Rahmenvereinbarung ist verbindlicher Bestandteil	
<b>Kündigung von Verträgen</b>	§6	Sechs Monate Kündigungsfrist, wenn Voraussetzung der Zulassung nicht mehr erfüllt, ohne Kündigungsfrist bei grobem Vergehen	
<b>Vergütung</b>	§7	Tagesbezogener Bedarfssatz berücksichtigt besonderen Personalbedarf	

**Auszug aus den Anforderungen an das Qualitätsmanagement bei vollstationärer Pflege nach 113 SGB XI**

<b>1.3</b>	<b>Internes QM</b>	Einrichtungskonzept ist Grundlage für das Qualitätsmanagement	
		Alle wesentlichen Managementebenen sind beteiligt	
		Stetige Überprüfung und ggf. Verbesserung der Prozesse	
		Personelle und sächliche Ressourcen vorhanden für QM	
		Einbeziehung aller betroffenen Mitarbeiter und Patienten	
		PDCA-Zyklus ist implementiert	
		Qualitätsdokumente stehen allen Mitarbeitern zur Verfügung	
		Verantwortlichkeiten, Abläufe und Methoden sind	



		beschrieben und nachvollziehbar.	
<b>3.1.1</b>	<b>Pflegekonzept</b>	Pflegekonzept vorhanden, basiert auf pflegewissenschaftlichen Modellen und praktischer Erfahrung	
<b>3.1.2</b>	<b>Einzug</b>	Vorabinformation durch (Kranken-)Hausbesuch oder Informationsgespräch	
<b>3.1.3</b>	<b>Dokumentation</b>	Praxistaugliche geeignete Pflegeplanung und Dokumentation	
		Stammdaten, Pflegeanamnese, Biographie, Pflegeplanung, Pflegebericht, Leistungsnachweis	
<b>5</b>	<b>Maßnahmen zur Qualitätssicherung</b>	Einsetzen eines Qualitätsbeauftragten	
		Einrichtung von Qualitätszirkeln, Beschwerdemanagement Interne / externe Audits / Managementreview	