



## Empfehlung zur stationären Hospizversorgung in Niedersachsen

- Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen e.V. (HPVN)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) – Landesvertretung Niedersachsen/Bremen
- Betreuungsnetz schwerkranker Kinder UG (haftungsbeschränkt)
- Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V.
- AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen\*)<sup>1</sup>
- BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Niedersachsen, Bremen, Sachsen-Anhalt
- IKK classic\*)
- KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord, Standort Hannover\*)
- SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse\*)
- Verband der Ersatzkassen e.V. (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.

<sup>1</sup> \*) in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

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

Derzeit bestehen in Niedersachsen insgesamt 26 stationäre Hospize davon sind zwei Kinder- und Jugendhospize. Es gibt insgesamt 251 Plätze in 21 Landkreisen und kreisfreien Städten sowie der Region Hannover, davon 20 in Kinderhospizen. Weitere Hospize sind in Planung. Darüber hinaus sind rund 130 ambulante Hospizdienste tätig. Im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) existieren in Niedersachsen 50 Anbieter. Für den Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung bei Kindern und Jugendlichen existieren in Niedersachsen 6 Regionalteams mit insgesamt 25 Ärzten, 61 Pflegenden und 12 psychosozialen Fachkräften. In niedersächsischen Krankenhäusern stehen ca. 320 Palliativbetten zur Verfügung. Ferner führen ca. 540 praktizierende Ärzte in Niedersachsen die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“. (Quelle: Daten der GKV Nds.). Strukturen der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung, die das 2015 in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vorsieht, werden sich ergänzend entwickeln.

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. In der Regel trifft dies z.B. bei nachfolgenden Krankheitsbildern im Endstadium zu: Krebs, AIDS, Erkrankungen des Nervensystems und chronische Organerkrankungen (Niere/Herz/Darm/Lunge). Ferner ist eine Aufnahme in ein stationäres Hospiz nur möglich, wenn eine ambulante Versorgung nach 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 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 stehen.

Stationäre Kinder- und Jugendhospize sind selbstständige Einrichtungen der Palliativversorgung mit eigenständigem Versorgungsauftrag für Kinder und Jugendliche sowie junge Erwachsene mit einer lebensverkürzenden Erkrankung. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter, in der Regel mit mindestens 8 und höchstens 16 Plätzen. Die räumliche Gestaltung der Einrichtung muss auf die

besonderen Bedürfnisse der lebensverkürzend erkrankten Kinder ausgerichtet sein. Kinder- und Jugendhospize begleiten das kranke Kind/den kranken Jugendlichen und deren nächste Zugehörige<sup>2</sup>. Ihre Mitaufnahme und Begleitung durch besonders geschultes Personal gehört zum Aufgabenspektrum des stationären Kinder- und Jugendhospizes. Diese Einrichtungen verfügen über eine besondere personelle und räumliche Ausstattung, die eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung gewährleistet. Die hospizliche Betreuung und Versorgung erfolgt auf der Grundlage eines Einrichtungskonzeptes, das auf die Belange schwerstkranker und sterbender Kinder ausgerichtet ist. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zeichnet sich unter anderem durch ein sehr heterogenes Spektrum an Grunderkrankungen und teilweise sehr langen und intermittierenden Krankheitsverläufen aus. Aus diesem Grund werden die betroffenen Familien häufig über Jahre in den Strukturen der ambulanten und stationären Hospizarbeit begleitet und betreut.

Die Unterzeichner dieser Erklärung 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. Das gleiche gilt auch für die Schaffung weiterer Kinder- und Jugendhospizplätze. Durch die verhältnismäßig kleine Anzahl an betroffenen Familien und die länderübergreifende Kooperation der beteiligten Akteure stehen betroffenen Familien auch Kinderhospize in angrenzenden Bundesländern zur Verfügung, so dass eine bedarfsgerechte Versorgung möglich ist. Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass in Niedersachsen sukzessive ambulante Hospiz- und Palliativstrukturen etabliert wurden und weiterentwickelt werden.

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 vom HPVN (vormals Hospiz LAG Niedersachsen) etablierten Qualitätssiegels hingewiesen. Auch um diese Qualität der

---

<sup>2</sup> Zu den nächsten Zugehörigen zählen in der Regel Eltern und Geschwister.

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 darauf, dass Versorgungsverträge mit den Krankenkassen nur abgeschlossen werden können, wenn die Einrichtungen Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten (§ 12 SGB V). Das HPG und die aktuelle Rahmenvereinbarung über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung fordern, die Krankenkassen frühzeitig in die Planungsüberlegungen mit einzubinden.

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 des HPVN weisen die stationären Hospize in Niedersachsen derzeit zyklische Belegungsquoten 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).

Bei den Kinder- und Jugendhospizen sind ähnliche Belegungsquoten zu verzeichnen. In den Schulferienzeiten existiert temporär ein höherer Unterstützungsbedarf der Familien. Dieser begründet sich in der Tatsache, dass Kinder- und Jugendhospize nicht ausschließlich auf die Finalversorgung ausgerichtet sind, sondern betroffenen Familien Unterstützung und Entlastung bieten. Leider können in diesen Zeiträumen nicht immer alle Anfragen erfüllt werden.

Auf der Grundlage dieser Erklärung, 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 beauftragten Spitzenorganisationen haben die Unterzeichner einen Fragebogen entwickelt, der dazu dienen soll, den Bedarf zur Errichtung eines leistungsfähigen und wirtschaftlichen stationären Erwachsenen 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 Erklärung beigelegt.

Hannover, Juni 2018

# 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 Minuten erreichbar ist?
2. Wie viele Einwohner gibt es in einem Radius von ca. 60 Minuten Erreichbarkeit mit einem Auto?

## Feineinschätzung

1. Wie viele Einwohner gibt es in der Region, für die Sie ein stationäres Hospiz errichten wollen? Radius von ca. 60 Minuten Erreichbarkeit.
2. Gibt es in diesem Umkreis schon eine Palliativstation? Wie viele Betten hat diese?
3. 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

4. Wie viele potentielle Hospizgäste (Patienten die der Spezialversorgung bedürfen)<sup>1</sup> 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

5. 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

---

<sup>1</sup> Das betrifft Erkrankte mit progredient verlaufender Erkrankung, deren Heilung ausgeschlossen und deren Lebenserwartung voraussichtlich auf Tage bis Wochen begrenzt ist. In der Regel trifft dies z.B. bei nachfolgenden Krankheitsbildern im Endstadium zu: Krebs, AIDS, Erkrankungen des Nervensystems und chronische Organerkrankungen (Niere/Herz/Darm/Lunge). 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.

6. Welche Gründe für die Nichtvermittlung von potentiellen Hospizgästen wurden angegeben?

Befragung von:

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

7. 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**

Nachdem 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)<sup>2</sup>.

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 144 Patienten.

Da nur aus jeder dritten offiziellen Anfrage eine Aufnahme resultiert, muss ein Hospiz im Jahr 432 Anfragen für die Hospizaufnahme erhalten.

Die unter Punkt drei ermittelten Zahlen müssen eine Personengruppe von ca. 432 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.

---

<sup>2</sup> Bei einer Erhebung dieser Art ist es, trotz der Konkretisierung auf die unter Punkt 4 genannten Personengruppen, nicht möglich zwischen der tatsächlichen Hospizbedürftigkeit und eher anderen Versorgungsmöglichkeiten zu unterscheiden. Bei Abfragen nach möglichen Hospizpatienten des vergangenen Jahres werden erfahrungsgemäß überwiegend geschätzte und gefühlte Zahlen genannt. Daher ergibt sich aus drei bis vier Anfragen in der Regel nur eine Aufnahme.



**Anforderungen an stationäre Hospize**  
**Zusammenfassung der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V**  
**i.d.F. vom 31.03.2017**

<b>Präambel</b>		Aktive Sterbehilfe ist ausgeschlossen.
<b>Stationäre Hospize</b>	§1 (1)	8-16 Plätze, familiärer Charakter, Anteil der Kosten wird durch Spenden und Ehrenamt aufgebracht; regional vernetzte Versorgungsstruktur (ambulanter Hospizdienst)
	§1 (2)	Teilstationäre Pflege möglich
	§1 (3)	Baulich, organisatorisch, wirtschaftlich selbständige Einrichtung; separates Personal und Konzept, <b>kein</b> (Gebäude-)Bestandteil einer Pflegeeinrichtung oder eines Krankenhauses
<b>Anspruchsberechtigte Versicherte</b>	§2 (1)	<b>Aufnahmevoraussetzung:</b> a) progredient verlaufende Erkrankung, Heilung ausgeschlossen, begrenzte Lebenserwartung, b) Krankenhausbehandlung nicht erforderlich c) ambulante Versorgung im Haushalt, in der Familie, in einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einer vollstationären Einrichtung der Eingliederungshilfe nicht ausreichend, da palliativmedizinische/palliativpflegerische Behandlung, psychosoziale Begleitung notwendig
	§2 (2)	<b>Krankheitsbilder:</b> Krebs, AIDS, Nervensystem- und chronische Organerkrankungen (Niere/Herz/Darm/Lunge)
	§2 (3)	Keine grundsätzliche Notwendigkeit der Hospizversorgung von Patienten aus Pflegeheimen; Verlegung in Einzelfällen möglich
	§2 (4)	Ärztliche Hospizverordnung notwendig
	§2 (5)	Entlassung und Wiederaufnahme möglich
<b>Versorgungsumfang</b>	§3 (1)	Unterkunft, Verpflegung, palliativ-medizinische und pflegerische, therapeutische, psychosoziale Leistungen, Sterbe- und Trauerbegleitung
	§3 (2)	Lindernde Therapieausrichtung, Schmerztherapie, Symptomkontrolle, unter Abwägung ethischer Gesichtspunkte
	§3 (3)	Ganzheitliche bedürfnisorientierte Pflege, Einbeziehung der Zugehörigen
	§3 (4)	Krisenintervention (körperlich/psychisch)
	§3 (5)	Psychosoziale Begleitung durch Unterstützung im Verarbeitungsprozess, bei Kommunikationsschwierigkeiten, Orientierung, Zugehörigenarbeit, Trauerarbeit, Religiosität
	§3 (6)	Sicherstellung ärztlicher Behandlung sowie Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmittel; SAPV möglich bei Bedarf
<b>Qualität</b>	§4 (1)	Pflege nach allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Expertenstandards
	§4 (2)	Laufende Überprüfung der Qualität der Leistungserbringung, Maßstab Lebensqualität; interne und externe Qualitätssicherung
	§4 (3)	Konzept zur Konkretisierung und Beschreibung der multiprofessionellen Zusammenarbeit
	§4 (4)	Pflegedokumentationssystem
<b>Qualifikationsanforderungen</b>	§5 (1)	Vorhaltung geeigneten Personals; Gewähr für fach- und sachgerechte Versorgung und Begleitung
	§5 (2)	Ständige Präsenz einer Pflegefachkraft,
	§5 (3) - (4)	PDL (PFK, Palliativ-Care 160 Std. oder Studium mit vergleichbaren Inhalten, WB Leitung 460 Std. oder pflege- oder sozialwissenschaftliches Studium, 3-jährige praktische Erfahrung,

		jährliche Fort- und Weiterbildungen	
	§5 (5) - (7)	Stellv. PDL (PFK, Palliativ-Care 160 Std. oder Studium mit vergleichbaren Inhalten)	
		Vorhaltung von Personal laut Stellenschlüssel, Vertretungspersonal; jährliche Fort- und Weiterbildungen	
		Sozialarbeiter/Sozialpädagoge/Psychologe; jährliche Fort- und Weiterbildungen	
		Leistungs- und Verwaltungspersonal Hauswirtschafter/Funktionspersonal	
		Ehrenamtliche Mitarbeiter mit nachgewiesener Befähigung und regelmäßiger Begleitung	
<b>Personal- ausstattung</b>	§6 (1)	Berechnung der nach § 5 erforderlichen Personalausstattung; ein 8 Betten Hospiz, das alle Leistungen durch eigenes Personal erbringt, ist die Orientierungsgröße für die Kalkulation	
	§6 (2)	Werte unter § 6 (3) Orientierungsgrößen, Grundlage 8 Betten, Anpassung bei anderer Bettenzahl, keine lineare Fortschreibung	
	§6 (3)	<b>Funktion</b>	<b>Stellenanteil</b>
		<u>Pflege:</u> Pflegefachkraft nach § 5 (5) a und b	12,35 VZÄ
		<u>Psychosoziale Begleitung:</u> Psychosoziale Fachkräfte nach § 5 (5) c und therapeutische Angebote	0,75 VZÄ
<u>Leitung/Verwaltung:</u> • Hospizleitung • PDL • Verwaltung • Qualitätsmanagement/ Koordination Ehrenamt		0,5 VZÄ 0,75 VZÄ 0,75 VZÄ 0,4 VZÄ	
<u>Hauswirtschaft:</u> Küche, Reinigung, Haus- technik		2,7 VZÄ	
<b>Sächliche und räumliche Ausstattung</b>	§7 (1)	Listung der sächlichen Ausstattung zur Durchführung von Pflege und Behandlung (in ausreichender Anzahl) und von Hilfsmitteln und Medizingeräten (je 1)	
	§7 (2)	Individueller Anspruch des Versicherten auf bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V) bleibt davon unberührt	
	§7 (3)	Ausreichende Ausstattung an pflegerischen Verbrauchsgütern und Arbeitsmaterialien für bedarfs- und qualitätsgerechte Versorgung wird im Tagesbedarfssatz berücksichtigt, sofern die Verbrauchsgüter nicht individuell verordnet werden	
	§7 (4)	Bauliche Gegebenheiten sind an Zielen des § 1 zu orientieren. In der Regel Einzelzimmer; Aufnahme von Zugehörigen ermöglichen; einheitliche Orientierungsgrößen auf Grundlage eines 8 Betten Hospizes; kalkulatorische Größe für die Förderung von Investitionskosten und Investitionsfolgekosten nach § 10 (3); Abweichung nach Konzept und Bestand möglich; landesrechtliche Regelungen zu Investitionskosten und baurechtliche Regelungen bleiben unberührt; lineare Fortschreibung der folgenden Orientierungsgrößen für Hospize mit mehr als 8 Plätzen ist nicht abzuleiten	

		<b>Bereich</b>	<b>Räume</b>
		<u>Wohnbereich:</u> 240 qm insgesamt – 30 qm pro Platz (ggf. incl. Balkon)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 Einzelzimmer mit Bad (WC und Dusche); Übernachtung von Zugehörigen sollte auch im selben Zimmer möglich sein</li> <li>• Gästezimmer für Zugehörige mit Badezimmer (in angemessener Anzahl)</li> </ul>
		<u>Gemeinschaftsbereich:</u> 80 qm insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essraum/Essbereich</li> <li>• Gemeinschaftsraum/ Gemeinschaftsbereich</li> <li>• Raum der Stille</li> </ul>
		<u>Funktionsbereich:</u> 250 qm insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegebad</li> <li>• Küche</li> <li>• Dienstzimmer</li> <li>• Lagerräume für Lebensmittel, Hilfsmittel, Wäsche, etc.</li> <li>• Besprechungsraum</li> <li>• Arbeitsräume (rein/unrein) für Pflege und Hauswirtschaft</li> <li>• Büroräume</li> <li>• Umkleidezimmer für Mitarbeiter (Dusche und WC)</li> <li>• Mitarbeiterraum</li> <li>• Behindertengerechtes WC / Besucher-WC</li> <li>• Technikräume</li> </ul>
		<u>Verkehrsfläche:</u> 180 qm insgesamt	z.B. Flure, Aufzüge
		Außenflächen (inkl. Terrasse) werden ggf. im angemessenen Umfang berücksichtigt	
<b>Verträge</b>	<b>§8</b>	Frühzeitige Einbindung der Krankenkassen in Planungsprozesse bei Neugründung; Versorgungsvertrag erforderlich; Rahmenvereinbarung ist verbindlicher Bestandteil	
<b>Kündigung von Verträgen</b>	<b>§9</b>	Sechs Monate Kündigungsfrist zum Ende eines Kalenderjahres oder wenn Voraussetzung der Zulassung nicht mehr erfüllt, ohne Kündigungsfrist bei grobem Vergehen	
<b>Vergütung</b>	<b>§10</b>	Tagesbezogener Bedarfssatz berücksichtigt nur zuschussfähige Leistungen; Ermittlung aus jahresdurchschnittlicher Belegung der letzten drei Kalenderjahre, mind. 80 %; keine Berücksichtigung geringerer Belegung; Zuschussfähig sind 95 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes; keine Inrechnungstellung des nicht zuschussfähigen Anteils	

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

<b>Internes QM</b>	<b>1.3</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>Pflegekonzept</b>	<b>3.1.1</b>	Pflegekonzept vorhanden, basiert auf pflegewissenschaftlichen Modellen und praktischer Erfahrung
<b>Einzug</b>	<b>3.1.2</b>	Vorabinformation durch (Kranken-)Hausbesuch oder Informationsgespräch
<b>Dokumentation</b>	<b>3.1.3</b>	Praxistaugliche geeignete Pflegeplanung und Dokumentation
		Stammdaten, Pflegeanamnese, Biographie, Pflegeplanung, Pflegebericht, Leistungsnachweis
<b>Maßnahmen zur Qualitätssicherung</b>	<b>5</b>	Einsetzen eines/einer Qualitätsbeauftragten
		Einrichtung von Qualitätszirkeln, Beschwerdemanagement Interne/externe Audits / Managementreview