



KREIS  
VIERSEN

SOZIALAMT

# PALLIATIVE CARE BERICHT 2023

Die Situation im Kreis Viersen

KREIS VIERSEN

# Palliative Care Bericht 2023

## Die Situation im Kreis Viersen

---

Sozialamt 50/3 – Kommunales Integrationszentrum, Sozial- und Pflegeplanung

Inhalt	
Vorbemerkung .....	3
Abstract.....	3
1 Einleitung.....	5
2 Professionelle Sterbebegleitung.....	7
2.1 Entwicklung der Palliativmedizin und -wissenschaft .....	7
2.2 Bedeutung für Betroffene und Angehörige.....	9
2.3 Ausbildung zum ehrenamtlichen Hospizbegleiter .....	10
3 Unterschiedliche Versorgungsformen.....	11
3.1 Ambulante Palliativversorgung.....	11
3.2 Ambulante Hospizdienste .....	12
3.3 Palliativstationen .....	13
3.4 Stationäre Hospize .....	14
4 Zielgruppe der Palliative Care Versorgung .....	19
5 Versorgungslage im Kreis Viersen .....	21
6 Rechtsgrundlage und Finanzierung.....	26
7 Zusammenfassung.....	28
8 Handlungsempfehlungen .....	29
Literatur .....	31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Personalbesetzung stationäres Hospiz .....	16
Tabelle 2: Bauliche Anforderungen an ein stationäres Hospiz.....	17
Tabelle 3: Empfohlene Ausstattung pro eine Millionen Einwohner .....	21
Tabelle 4: Bedarfe im Kreis Viersen.....	21
Tabelle 5: Rechnerische Kapazitäten des Hospizes in Viersen.....	23
Tabelle 6: Vergleich Versorgung mit stationären Hospizplätzen.....	24

## Vorbemerkung

Der Kreis Viersen hat seit vielen Jahren eine langfristig angelegte und vorausschauende Pflegeplanung etabliert, die dem Kreistag jährlich zur Erklärung der Verbindlichkeit der Bedarfe an Tages- und Kurzzeitpflegeplätzen sowie Plätzen mit umfassendem Leistungsangebot gem. § 7 Abs. 6 Alten- und Pflegegesetz NRW vorgelegt wird.

Die Palliativversorgung im Kreis Viersen ist kein Bestandteil der verbindlichen Pflegeplanung nach dem Alten- und Pflegegesetz. Dennoch ist dem Kreis Viersen die zunehmende Bedeutung des Themenbereichs Palliativversorgung bewusst.

Da der Pflegeplanung des Kreises Viersen in der näheren Vergangenheit von verschiedensten Stellen der Wunsch nach einer Auseinandersetzung mit diesem Thema herangetragen worden ist, wurde ein eigener Fachbericht erstellt.

Der vorliegende Fachbericht hat das Anliegen, allgemein über Hospizarbeit zu informieren, die Rolle des Ehrenamts in diesem besonderen Kontext zu würdigen und die aktuelle Versorgungsstruktur im Kreis Viersen aufzuzeigen. Diese basiert auf Grundlage der dem Kreis Viersen vorliegenden Daten zu kreisweiten Angeboten und Einrichtungen.

## Abstract

In der fachlichen Auseinandersetzung hat sich in den vergangenen Jahren immer mehr der Begriff der ‚Palliative Care‘ durchgesetzt, der medizinische, pflegerische und soziale Aspekte unter sich vereint.

Der Ausbau der Palliative Care Strukturen folgt dem Ansatz der Hospizidee, die Betroffenen Schmerzfreiheit und eine möglichst hohe Lebensqualität geben möchte. Sie versucht, individuelle Wünsche zu erfüllen, etwa, in einem vertrauten häuslichen Umfeld zu versterben. Hierbei nehmen die ambulanten Hospiz- und Palliativangebote eine entscheidende Rolle ein.

Der vorliegende Bericht verdeutlicht die unterschiedlichen Strukturen der Palliativ Care Angebote und zeigt, dass enge Kooperationen zwischen den unterschiedlichen Dienstleistern, Koordinatoren und den vielen Ehrenamtlichen für eine optimale Versorgung der Patienten unabdingbar sind.

Die einzelnen Angebotsformen unterscheiden sich in ihrem Versorgungsauftrag, ihrer Spezifikation und dem Einsatzort voneinander. In allen Unterstützungsformen nimmt das Ehrenamt eine herausragende Rolle ein. Hierbei ist insbesondere die zeitintensive und obligatorische Ausbildung zum ehrenamtlichen Hospizbegleiter oder Hospizbegleiterin hervorzuheben, die einen Umfang von insgesamt 100 Stunden aufweist.

Die Versorgungslage im Kreis Viersen ist als insgesamt gut einzuschätzen. Als Zielwerte wurden die von der European Association for Palliative Care (EAPC) ausgearbeiteten Zielwerte in der palliativen Versorgungslandschaft für den Vergleich herangezogen. Aus deren Betrachtung und der Umrechnung der Werte für die Bevölkerung des Kreises Viersen lässt sich ein geringer Mehrbedarf einzelner Angebote berechnen.

Dieser geringe Mehrbedarf lässt sich insbesondere aus den Bedarfsberechnungen stationärer Palliativangebote ableiten. Während die Zielwerte bei Betten in stationären Hospizen und Palliativstationen für den Kreis Viersen bei rund 12-15 liegen, verfügt das Hospiz in Viersen-Dülken insgesamt über zehn Plätze und die Palliativstation im Krankenhaus in Nettetal über sieben Plätze.

In allen Bereichen besteht eine in Anlehnung an die Zielwerte der EAPC rechnerische Unterversorgung. Eine Befragung der Palliativdienstanbieter im Jahr 2022 unterstützt die Einschätzung, dass bei den ambulanten Angeboten aktuell kein akuter Mehrbedarf gesehen wird.

Bei den stationären Angeboten lässt sich aus den Zielwerten der EAPC ein geringer rechnerischer Mehrbedarf ableiten, der sich in Gesprächen mit dem Hospiz in Viersen und der Palliativstation in Nettetal durchaus widerspiegelt. Insbesondere die Palliativstation in Nettetal hat phasenweise größere Schwierigkeiten, einen geeigneten Hospizplatz für Personen zu finden und muss in diesen Fällen auf Hospize in umliegenden Städten und Landkreisen ausweichen. In der Betrachtung der Versorgungslage ist dabei jedoch nicht nur das Kreisgebiet zu betrachten. Vielmehr ist das Versorgungsgebiet eines Hospizes weiter gefasst als kommunale Grenzen. Bei der Einschätzung muss auch die angespannte Fachkräftesituation berücksichtigt werden.

## 1 Einleitung

Die Krankenkassen übernehmen Leistungen für „Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen [...], wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann“<sup>1</sup>.

Dass die Palliativversorgung dabei den Gesamtkontext eines Menschen in den Fokus nimmt, zeigt die Definition der Weltgesundheitsorganisation, die in ihr „[...] einen umfassenden Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihren Familien [sieht]. Dies umfasst Erkennung, Erfassung und Behandlung von Schmerzen und Linderung von Leiden sowie anderer Beschwerden und/oder Bedürfnisse körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“<sup>2</sup>.

Diese Versorgung kann, in Abhängigkeit der individuellen Situation der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen, in unterschiedlichen Formen und Strukturen (stationär oder ambulant, allgemein oder spezialisiert) erfolgen.

Die wohl bekanntesten Einrichtungen der Palliativversorgung sind stationäre Hospize. Stationäre Hospize zeichnen sich in ihrer Grundkonzeption durch eine heimatliche Atmosphäre aus, die auch durch eine geringe Anzahl an Plätzen gefördert wird.

Zu den Schwerpunkten der Hospizarbeit zählt neben den medizinischen und pflegerischen Aspekten insbesondere die psychosoziale und spirituelle Begleitung schwerstkranker Menschen und ihrer An- und Zugehörigen.

Eine weitere Form stationärer Einrichtungen sind Palliativstationen. Sie sind Organisationseinheiten eines Krankenhauses und versorgen Menschen mit lebensbeschränkenden Erkrankungen pflegerisch, medizinisch und emotional. Auch Palliativstationen arbeiten interdisziplinär und tragen zu der psychosozialen Gesundheit der Personen bei.

Neben stationärer Versorgung in Hospizen und auf Palliativstationen, findet ein Großteil der Versorgung schwerstkranker Menschen durch ambulante Palliativteams oder ambulante Hospizdienste statt. Ziel der ambulanten Hospizarbeit ist es, kranken Menschen in der gewohnten Umgebung eine höchstmögliche Lebensqualität zu ermöglichen.

In der ambulanten Versorgungslandschaft kann unterschieden werden zwischen allgemeinen ambulanten Hospizdiensten, allgemeinen ambulanten Palliativdiensten und spezialisierten ambulanten Palliativdiensten. Der Unterscheidung der einzelnen Angebote widmet sich der Bericht in Kapitel 3.

Ein bedeutender Teil der Arbeit von Hospizdiensten wird durch Ehrenamtliche getragen, die sich durch eine insgesamt 100 Stunden umfassende Fortbildung dafür qualifizieren, Sterbende und ihre An- und Zugehörigen individuell mental und emotional, aber auch organisatorisch in der letzten Lebensphase zu unterstützen.

Der vorliegende Fachbericht greift das Thema Palliativversorgung auf, stellt die unterschiedlichen Formen der Hospizarbeit dar, würdigt das ehrenamtliche Engagement im Kontext der Hospizarbeit und betrachtet die Versorgungslage im Kreis Viersen und

<sup>1</sup> SGB V §39a, Abs. 1

<sup>2</sup> <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> (aufgerufen am 06.10.2022)

den umliegenden Landkreisen und kreisfreien Städten. Zudem werden rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen den Bericht abschließen.

## 2 Professionelle Sterbebegleitung

Grundsätzlich kann die Palliativversorgung verstanden werden als „[...] die aktive und umfassende Versorgung von Menschen jeden Alters mit erheblichem gesundheitsbezogenem Leiden als Folge unterschiedlichster schwerer und fortschreitender Erkrankungen und insbesondere am Lebensende“<sup>3</sup>.

Die Sterbebegleitung in Form von pflegerischer und medizinischer sowie ehrenamtlicher Unterstützung hat seit den 1990er Jahren an enormer Bedeutung gewonnen, was sich insbesondere an der gestiegenen Zahl an Angeboten widerspiegelt. Für Betroffene und Angehörige bietet die Begleitung die Möglichkeit, die verbleibende Lebenszeit möglichst schmerzfrei und würdevoll verbringen zu können.

Ein Eckpfeiler der Hospizarbeit stellt das Ehrenamt dar, das emotional unterstützt und individuelle Wünsche berücksichtigen kann.

### 2.1 Entwicklung der Palliativmedizin und -wissenschaft

Die Idee, Hospize in der deutschen Versorgungslandschaft zu errichten, entwickelte sich in den 1980er Jahren durch Initiativen und Vereine. Seit 1992 existiert der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e.V. (damals gegründet als Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz), der den Dachverband für Hospize darstellt<sup>4</sup> und die Interessen schwerstkranker und sterbender Menschen vertritt.<sup>5</sup>

Die deutsche Hospizbewegung geht auf den Mediziner Johann-Christoph Student zurück, der fünf Grundsätze der Hospizarbeit definierte, an denen sich die moderne Arbeit immer noch orientiert:

1. Bedürfnisse des Sterbenden und seiner Angehörigen stehen im Fokus
2. Betreuung und Versorgung durch interdisziplinäres Team
3. Engagement von Ehrenamtlichen
4. Schmerzlinderung statt Heilungsbestreben
5. Professionelle Sterbebegleitung und Trauerbegleitung<sup>6</sup>

Die wachsende Bedeutung, die der Versorgung mit stationären Hospizen und Palliativstationen zukommt, zeigt die Entwicklung der Anzahl stationärer Einrichtungen.

---

<sup>3</sup> Radbruch et al.: (2022): Infrastruktur der Palliativversorgung – Versorgungspfade von pflegebedürftigen Menschen in der palliativen Phase, S. 35

<sup>4</sup> Vgl. Melching, Heiner (2015): Palliativversorgung Modul 2: Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung, Bertelsmann Stiftung, S. 6

<sup>5</sup> Vgl. [https://www.dhpv.de/ueber-uns\\_der-verband.html](https://www.dhpv.de/ueber-uns_der-verband.html) (aufgerufen am 01.12.2022)

<sup>6</sup> Vgl. <http://christoph-student.homepage.t-online.de/41518/41548.html> (aufgerufen am 30.11.2022)



Existierten 1996 deutschlandweit insgesamt 28 Palliativstationen und 30 stationäre Hospize, ist die Zahl bis heute auf rund 340 Palliativstationen sowie 250 stationäre Hospize gestiegen und hat sich damit mehr als verachtfacht.<sup>7</sup>

Auch im Kreis Viersen spiegelt sich dieser Trend in den Angebotsstrukturen der Palliativversorgung wider. Im März 2003 eröffnete das Haus Franz in Viersen-Dülken unter dem Motto „Ein Haus zum Sterben mitten im Leben“<sup>8</sup> als erstes stationäres Hospiz im Kreis Viersen. Ein Jahr später wurde die Palliativstation im Krankenhaus in Nettetal gegründet, die aktuell über sieben Betten verfügt.

Der Trend der wachsenden Bedeutung palliativmedizinischer und -pflegerischer Versorgung zeigt sich auch in der Ausbildung angehender Ärztinnen und Ärzte. Seit 2014 ist die Palliativmedizin verpflichtender Bestandteil der ärztlichen Ausbildung in Deutschland. An eigens errichteten Lehrstühlen für Palliativmedizin müssen angehende Ärztinnen und Ärzte eine Basisausbildung im Bereich der Sterbemedizin absolvieren.<sup>9</sup>

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung und auch im Deutschen Fachgebrauch verbreitet setzt sich immer mehr die aus dem englisch stammende Begrifflichkeit „Palliative Care“ durch.

Die Palliative Care umfasst nicht nur einen medizinischen und pflegerischen Aspekt, sondern vielmehr einen ganzheitlichen Ansatz der individuellen Begleitung, die den Anspruch hat, Lebenswirklichkeiten zu erfassen und subjektive Wünsche zu respektieren. Insofern wird eine Übersetzung mit „Palliativmedizin“ oder „Palliativpflege“ dem Gesamtanspruch der Palliativ Care nicht gerecht.<sup>10</sup>

Die Ziele der Palliativ Care sind die ganzheitliche körperliche, psychosoziale und spirituelle Leidenslinderung und Symptomkontrolle, die subjektive Lebensqualität zu fördern, An- und Zugehörige in der Zeit der Erkrankung und Trauer als Ansprechperson zu unterstützen und bestmöglich zu beraten.<sup>11</sup>

Die Ausbildung zur Fachkraft für Palliative Care ist nicht Teil der Pflegefachausbildung, sondern ein Angebot in Fortbildungsformat. Diese umfassen in der Regel mindestens 160 Unterrichtseinheiten und behandeln unter anderem Themen wie die Kommunikation mit schwerkranken und sterbenden Menschen, Angehörigenarbeit, Trauerphasenmodelle, multiprofessionelle Zusammenarbeit, kulturelle, religiöse und ethische Aspekte, Care- und Case Management oder Sterberituale.

Voraussetzung für die Zulassung zu der Fortbildung ist der Abschluss der Gesundheits-, Alten- oder Krankenpflegeausbildung mit mindestens einjähriger Berufserfahrung.<sup>12</sup>

Grundlegende Verbesserungen für die Hospiz- und Palliativversorgung hat der Gesetzgeber 2015 mit der Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) herbeigeführt. Insbesondere die ambulante Palliativversorgung wurde als Leistung zum

<sup>7</sup> Vgl. [https://www.dhvp.de/zahlen\\_daten\\_fakten.html](https://www.dhvp.de/zahlen_daten_fakten.html) (Stand 10.06.2022)

<sup>8</sup> <https://www.bodelschwinghwerk-duelken.de/chronik/geschichte/2003-2014-hospiz/> (aufgerufen am 14.12.2022)

<sup>9</sup> Vgl. Palliativversorgung Modul 2: Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung, BertelsmannStiftung, S. 6

<sup>10</sup> Vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2021): Handreichung teilstationärer Hospizangebote, S. 10

<sup>11</sup> Vgl. ebd., S. 10f

<sup>12</sup> Vgl. <https://www.pflegestudium.de/weiterbildung/palliative-care/#weiterbildung> (aufgerufen am 25.10.2022)

Katalog der gesetzlichen Krankenkassen hinzugefügt. Detaillierte Veränderungen sind in Kapitel 6 dargestellt.

Aus der medizinischen und pflegerischen Forschung hat sich die Forderung ergeben, eine palliative Versorgung bei schwerstkranken Menschen bereits parallel oder phasenorientiert zu kurativen Therapien einzusetzen und nicht die kurativen Maßnahmen kurz vor dem Versterben durch eine Palliativversorgung zu ersetzen.<sup>13</sup>

## 2.2 Bedeutung für Betroffene und Angehörige

Für Betroffene spielt die Sterbebegleitung in den letzten Tagen eine wichtige Rolle. Eine von der Bertelsmann Stiftung durchgeführte Umfrage aus dem Jahr 2015 verdeutlicht, dass mit 76 Prozent mehr als drei von vier Deutschen sich wünschen, Zuhause zu versterben, 10 Prozent in einem Hospiz, zwei Prozent in einem Pflegeheim und sechs Prozent in einem Krankenhaus.

Auf der anderen Seite zeigt die Studie jedoch auch, dass die Wirklichkeit eine andere ist. 20 Prozent der Menschen versterben Zuhause, drei Prozent in einem Hospiz, 31 Prozent in einem Pflegeheim und mit 46 Prozent beinahe jeder Zweite in einem Krankenhaus.

Die Studie belegt, dass eine weitere eklatante Diskrepanz zwischen dem Bedarf nach und dem Erhalten einer Palliativversorgung besteht. Insgesamt zeigt die Studie, dass bis zu 90 Prozent der Sterbenden eine Palliativversorgung benötigen, jedoch lediglich rund 30 Prozent eine palliativmedizinische Versorgung erhalten.<sup>14</sup>

Insbesondere die ambulante Versorgung durch Palliativ Care kann daher als wichtiger Baustein betrachtet werden, Menschen ihren Wunsch zu erfüllen, in ihrem eigenen häuslichen Umfeld zu versterben.

Häufig sind es An- und Zugehörige, die für die Betroffenen die wichtigsten Bezugspersonen sind. Oft tragen sie die Verantwortung der häuslichen Pflege und für organisatorische Dinge.

Eine Palliativ- oder Hospizbegleitung eines sterbenden Menschen nimmt dabei auch stets das soziale Umfeld der Person in den Fokus. Hospizdienste bieten Unterstützung bei Verarbeitungs- und Trauerprozessen, Hilfe bei der Organisation von Patientenverfügungen oder Vollmachten, Unterstützung bei Freizeitaktivitäten, die Organisation von spirituellen Begleitungen und Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten in Familien und Partnerschaften.

---

<sup>13</sup> Vgl. Kreis Viersen (2022): Pflegebericht 2022, S. 40

<sup>14</sup> Vgl. Bertelsmann Stiftung (2015): Wunsch und Wirklichkeit – Wo möchten die Menschen sterben?

### 2.3 Ausbildung zum ehrenamtlichen Hospizbegleiter

Das Fundament hospizlicher Arbeit stellt das Ehrenamt dar. In den meisten Fällen engagieren Ehrenamtliche sich in der psychosozialen Betreuung von Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen.<sup>15</sup>

Um ehrenamtlich in der Hospiz- und Palliativversorgung tätig sein zu dürfen, ist eine insgesamt 100 Stunden umfassende Ausbildung zur Hospizbegleitung obligatorisch.

Die Vorbereitungskurse fokussieren sich auf insgesamt vier Lernfelder, die die Inhalte als Rahmen begleiten. Ein Lernfeld ist die persönliche Biografie der Teilnehmenden. Diese wird einbezogen, da die eigene Lebensgeschichte und Erfahrungen als eine „[...] unverzichtbare Voraussetzung für einfühlsames Begleiten von Menschen [...]“<sup>16</sup> eingeschätzt werden. Das spirituelle Lernfeld sensibilisiert die Teilnehmenden für unterschiedliche Glaubensvorstellungen, Wertesysteme und daraus abzuleitende Wünsche und Bedürfnisse. Auf der kommunikativen Ebene werden die Herstellung, Aufrechterhaltung und Beendigung von menschlichen Beziehungen behandelt. Im informativen Lernfeld werden wesentliche Informationen über Hospizarbeit und Palliativversorgung, medizinische und pflegerische Grundinformationen vermittelt, aber auch Wissen über Patientenverfügungen oder Vorsorgeinformationen angeeignet.<sup>17</sup>

Im Kontext dieser Lernfelder werden die Inhalte des Vorbereitungskurses vermittelt. Zu diesen Inhalten zählen unter anderem die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie, Kontakt und Kommunikation, der Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie ihren Nahestehenden, Trauer, Nähe und Distanz, Spiritualität sowie ethische und rechtliche Aspekte am Lebensende.<sup>18</sup>

Für die Absolvierung der insgesamt 100 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten empfiehlt sich die Dauer von einem halben bis einem ganzen Jahr.<sup>19</sup>

Ein Praktikum ist ebenfalls Teil des Vorbereitungskurses. Die Kosten für die Ausbildung werden häufig von Hospizen oder anderen Einrichtungen übernommen, wenn Teilnehmende die Absicht haben, nach der Ausbildung ehrenamtlich in dem Bereich tätig zu sein.

---

<sup>15</sup> Vgl. [https://www.dhpv.de/themen\\_ehrenamt.html](https://www.dhpv.de/themen_ehrenamt.html) (aufgerufen am 28.10.2022)

<sup>16</sup> Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2021): Qualifizierte Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung- Rahmenempfehlung für Kursleitungen, S. 16

<sup>17</sup> Ebd., S. 16-17

<sup>18</sup> Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2021): Qualifizierte Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung- Rahmenempfehlung für Kursleitungen, S. 17

<sup>19</sup> Ebd., S. 19

### 3 Unterschiedliche Versorgungsformen

In der Versorgungslandschaft haben sich vielfältige Angebotsformen entwickelt, die die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen berücksichtigen. Die unterschiedlichen ambulanten und stationären Formen werden in diesem Kapitel vorgestellt.

#### 3.1 Ambulante Palliativversorgung

Bei der ambulanten Palliativversorgung kann zwischen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) unterschieden werden.

Die AAPV schließt dabei die Lücke zwischen der Primärversorgung, also etwa einem ambulanten Pflegedienst und spezialisierten Angeboten.<sup>20</sup> Zu der AAPV zählen die palliativmedizinische Ersterhebung, anhand derer die individuellen Bedarfe ermittelt werden können. Ebenfalls zur AAPV zählt die Koordination der medizinischen und pflegerischen Versorgung, eine Besuchsbereitschaft außerhalb regulärer Zeiten sowie Fallbesprechungen mit allen wichtigen Beteiligten.<sup>21</sup>

Im Kreis Viersen sind drei Pflegedienste angesiedelt, die AAPV übernehmen. Diese sind der ambulante palliativpflegerische Dienst der Caritas in Viersen, der Pflegedienst Kriegers in Viersen sowie der häusliche Pflegedienst der Diakonie in Grefrath.

Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedürfnissen und einer begrenzten Lebenserwartung können auf ärztliche Verordnung die spezialisierte Palliativversorgung in Anspruch nehmen. Der Anspruch ist in § 37b SGB V gesetzlich festgehalten.<sup>22</sup>

Spezielle Palliativversorgung finden sich auf Palliativstationen, in Hospizen oder eben in Form der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Komplexe Bedürfnisse und die Notwendigkeit einer SAPV können bestehen, wenn neurologische, psychiatrische, kardiale, gastrointestinale, Wunden, Tumore oder urogenitale Symptomatik durch allgemeine ambulante Versorgungsformen nicht im Sinne der Selbstbestimmung und dem Erhalten der Lebensqualität behandelt werden können.

Die SAPV ist in ihrer Arbeit nicht auf das „Zuhause“ von Menschen angewiesen, sondern arbeitet auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe unter dem Begriff des „gewohnten häuslichen Umfelds“. Zu den Leistungen der SAPV zählen Beratung zur palliativen Versorgung oder die fachliche Beratung von eingebundenen Leistungserbringern. Häufig werden Patienten täglich von einer Palliativpflegefachkraft und wöchentlich von einem Palliativarzt besucht.

Die SAPV unterscheidet sich von einer allgemeinen ambulanten Hospizversorgung in erster Linie durch ein erweitertes Angebot, das insbesondere die Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung,

<sup>20</sup> Vgl. <https://www.kbv.de/html/aapv.php> (aufgerufen am 28.11.2022)

<sup>21</sup> Vgl. <https://www.kbv.de/html/aapv.php> (aufgerufen am 28.11.2022)

<sup>22</sup> Vgl. Radbruch et al. (2022): Infrastruktur der Palliativversorgung – Versorgungspfade von pflegebedürftigen Menschen in der palliativen Phase, S. 42

Anleitung und Begleitung der verordnenden oder behandelnden Ärztin beziehungsweise des behandelnden Arztes beinhalten kann.

In Abgrenzung zu Regelangeboten können SAPV ihre Kapazitäten nach Bedarf einsetzen und individuell auf die Bedürfnisse der schwerkranken Personen und ihrer Angehörigen anpassen.<sup>23</sup>

Für die Leistungen der SAPV entstehen Versicherten keine Kosten. Diese werden von gesetzlichen und in der Regel auch der privaten Krankversicherung übernommen.<sup>24</sup> Um Angebote, die über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinausgehen, zu finanzieren, sind auch SAPV-Teams auf Spenden und Zuwendungen angewiesen.

Der ambulante Dienst „Home Care linker Niederrhein“ ist das einzige Angebot einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Er deckt neben dem Viersener Kreisgebiet auch die Stadt Mönchengladbach ab. Das Team ist interdisziplinär aufgestellt und umfasst Mediziner, Fachpflegekräfte für Palliativ Care, Sozialarbeiter und medizinische Fachangestellten.

Zu den Leistungen des Teams gehören neben den medizinischen Leistungen der Palliative Care unter anderem auch eine 24-Stunden-Rufbereitschaft an 365 Tagen im Jahr, Kriseninterventionen und die Vernetzung mit anderen Einrichtungen, wie zum Beispiel ambulanten Hospizdiensten.<sup>25</sup>

### 3.2 Ambulante Hospizdienste

Unter dem Begriff der ambulanten Hospizdienste werden alle Dienste, Gruppen und Initiativen verstanden, die ambulante Sterbebegleitung und palliativ-pflegerische Beratung für schwerstkranke Menschen erbringen. Die Voraussetzungen für den Zugang zu ambulanten Hospizleistungen gleichen sich mit den Bedingungen für einen stationären Hospizplatz.

Finanziell werden die ambulanten Hospizdienste durch die Krankenkassen ausgestattet, wenn diese Qualitätsstandards erfüllen. Unter anderem müssen die Hospizdienste im lokalen Verbund mit Initiativen des sozialen Engagements zusammenarbeiten, unter der ständigen fachlichen Verantwortung mindestens einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft stehen, mit einem Palliativmediziner und einem auf Palliativ-Pflege spezialisierten Pflegedienst zusammenarbeiten und mindestens 15 qualifizierte Ehrenamtliche einsetzen können.<sup>26</sup>

Wie für stationäre Hospize, gilt auch für ambulante Angebote eine personelle Mindestanforderung. So muss die verantwortliche Fachkraft eine Pflegeausbildung abgeschlossen haben oder einen Universitätsabschluss aus einem geeigneten Fachbereich vorweisen (etwa Sozialpädagogik, Heilpädagogik oder Soziale Arbeit), über mindestens drei Jahre Berufserfahrung verfügen, den Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahmen besitzen, ein 40-stündiges Koordinatoren-Seminar

<sup>23</sup> Vgl. <https://www.homecare-lnr.de/> (aufgerufen am 06.10.2022)

<sup>24</sup> Vgl. <https://www.homecare-lnr.de/was-kostet-palliativversorgung.html> (aufgerufen am 28.11.2022)

<sup>25</sup> Vgl. [https://www.homecare-lnr.de/Flyer\\_2019.pdf](https://www.homecare-lnr.de/Flyer_2019.pdf) (aufgerufen am 24.10.2022)

<sup>26</sup> Vgl. 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, S. 4

absolvieren und den Nachweis über ein Seminar zur Führungskompetenz im Umfang von 80 Stunden erbringen.<sup>27</sup>

Unabhängig davon, ob eine Person in einer Einrichtung der Wiedereingliederung lebt, in einem Krankenhaus betreut wird oder im häuslichen Umfeld lebt, versuchen ambulante Hospizdienste die Wünsche von sterbenden Menschen und ihrer An- und Zugehörigen zu berücksichtigen und sie bestmöglich in der letzten Phase des Lebens zu begleiten.

Hospizdienste sind in der Regel in zwei Bereiche unterteilt. Hauptamtliche Koordinatorinnen und Koordinatoren befragen Betroffene und ihre Zu- und Angehörige nach deren Wünschen und Erwartungen. Auch koordinieren sie andere notwendige Unterstützungsformen, wie palliativpflegerische oder psychologische Hilfen.

Der ehrenamtliche Teil der ambulanten Hospizdienste schenkt den Erkrankten und Vertrauten Zeit und Zuwendung. Die Gestaltung dieser Zeit ist durch die Erfüllung individueller Wünsche geprägt. So kann sie etwa zum Erzählen, Spielen, Spaziergehen, gemeinsam Essen oder die Biografiearbeit genutzt werden.

Die ambulante Hospizarbeit versteht sich dabei als „[...] kein Ort, an dem wir uns einrichten, sondern eine Haltung, mit der wir uns begegnen“<sup>28</sup>. Im Zentrum steht dabei die Erfüllung des Wunsches, in der letzten Phase des Lebens unterstützt zu werden.

Die medizinische und pflegerische Palliativversorgung werden von ambulanten Hospizdiensten in Zusammenarbeit mit ambulanten Palliativdiensten angeboten. Die Hauptamtlichen der Hospizdienste beraten zu den unterschiedlichen Angeboten und unterstützen bei der Schaffung der Zugangsvoraussetzungen zu medizinischen Leistungen.

### 3.3 Palliativstationen

Neben stationären Hospizen existiert in Form von Palliativstationen ein weiteres stationäres Angebot für unheilbar erkrankte Menschen.

Grundsätzlich unterscheiden sich stationäre Palliativstationen von Hospizen durch ihren Versorgungsauftrag. Während Hospize eigenständige Organisationsformen darstellen, sind Palliativstationen organisatorisch an ein Krankenhaus angebunden.

Ein weiterer Unterschied zwischen Hospizen und Palliativstationen liegt im Ziel der Versorgung. Während Hospize als Orte des Versterbens verstanden werden können, ist es das Ziel einer Palliativstation, Patientinnen und Patienten in eine ambulante Versorgungsstruktur, eine Pflegeeinrichtung oder ein Hospiz zu übergeben.

Die Behandlung auf der Palliativstation erfolgt dabei auch mit der Intention, nicht die Krankheit, sondern Symptome und Schmerzen, die durch diese verursacht werden, zu behandeln.

Der Kreis Viersen verfügt über eine stationäre Palliativeinrichtung, die an das städtische Krankenhaus in Nettetal angebunden ist. Die Station behandelt Personen, die stark symptombelastet sind und von anderen Stationen oder Hausärzten an die Palliativstation

<sup>27</sup> Vgl. 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, S. 7

<sup>28</sup> [https://www.dhvp.de/themen\\_ambulante-hospizarbeit.html](https://www.dhvp.de/themen_ambulante-hospizarbeit.html) (aufgerufen am 14.11.2022)

verwiesen werden. Insgesamt umfasst die Station sieben Betten. Bei hohem Bedarf kann die Zahl durch einen Rückgriff auf andere Betten im Haus jedoch um eine geringe Zahl an Plätzen erhöht werden.

Neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung werden Patientinnen, Patienten und Angehörige auch durch sozialrechtliche Beratungen, therapeutische, spirituelle und psychologische Angebote unterstützt.

Der Sozialdienst der Krankenhäuser hat den gesetzlichen Auftrag, Betroffene und Angehörige in sozialen Fragen zu beraten.<sup>29</sup> Dazu zählen unter anderem auch Themen wie Handlungs- und Entscheidungsvollmachten, rechtliche Aspekte bei der Betreuung oder soziale Regelungen am Arbeitsplatz. Auch bei der Entlassung spielt der Sozialdienst eine wichtige Rolle. Er unterstützt dabei, die Patientinnen und Patienten in individuelle und passende Hilfsnetzwerke einzubinden. Dazu zählen zum Beispiel die Vermittlung an ein Hospiz oder eine Pflegeeinrichtung oder die Organisation der ambulanten (Palliativ-)Versorgung.

Eine Seelsorgerin oder ein Seelsorger nimmt sich Fragen und Sorgen der Erkrankten an, die den Sinn des Lebens oder das Leben nach dem Tod behandeln und hilft dabei, sich mit dem nahenden eigenen Tod auseinanderzusetzen und individuelle Antworten zu finden. Eine psychosoziale Unterstützung kann in Anspruch genommen werden, um depressiven Stimmungen zu begegnen oder Gespräche mit Angehörigen zu initiieren. Diese kann auf Wunsch der Patientinnen und Patienten in einen konfessionellen Kontext gestellt werden, aber auch eine „neutrale psychologische Beratung“ sein. Die Palliativstation steht zur Berücksichtigung möglichst verschiedener Konfessionen in Kontakt mit Vertreterinnen und Vertretern von lokalen Glaubensgemeinschaften.

Zu den therapeutischen Maßnahmen der Palliativstation in Nettetal zählen Methoden, die der Entspannung dienen und somit das Wohlbefinden steigern können, etwa Physio-, Aroma- oder Kunst- und Musiktherapien. Das Krankenhaus in Nettetal verfügt über insgesamt 24 ausgebildete Palliative Care Fachkräfte, von denen 16 auf der Palliativstation eingesetzt werden.

Im Durchschnitt verbringen Patientinnen und Patienten rund elf Tage auf der Palliativstation. Das Krankenhaus empfiehlt aus fachlicher Sicht einen Mindestaufenthalt von sieben Tagen. Insgesamt verfügen in Deutschland rund 25 Prozent der Krankenhäuser über ein Palliativteam und rund zehn Prozent über eine Palliativstation.

### 3.4 Stationäre Hospize

Stationäre Hospize sind selbstständige Einrichtungen mit eigenständigem Versorgungsauftrag, die für Menschen mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Leistungen erbringen.<sup>30</sup>

<sup>29</sup> Vgl. §5, Absatz 5 Satz 2 KHGG NRW

<sup>30</sup> Vgl. Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 31.03.2017

In stationären Hospizen werden Menschen behandelt, bei denen eine Krankenhausbehandlung nicht zielführend und eine Versorgung in Pflegeeinrichtungen oder im häuslichen Umfeld nicht gewünscht oder nicht möglich ist.<sup>31</sup>

Der Anspruch auf eine Palliativversorgung wird von einem Arzt und dem medizinischen Dienst der Krankenkassen festgestellt, wenn ein Patient den Wunsch äußert, eine solche Leistung in Anspruch zu nehmen.

Zugang zu Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung haben Personen, die an einer Erkrankung leiden,

- die progredient<sup>32</sup> verläuft und bereits ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine Palliativversorgung notwendig und vom Patienten erwünscht ist,
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt
- und bei der eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich oder nicht gewünscht ist<sup>33</sup>

Darüber hinaus muss die Versorgung im Haushalt, in der Familie, in einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder eine Einrichtung der Eingliederungshilfe nicht ausreichen.

Zum Versorgungsumfang von Hospizen zählen neben der Unterkunft und Verpflegung auch palliativ-medizinische und -pflegerische Leistungen, psychosoziale Unterstützung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung.<sup>34</sup>

Im Zentrum steht somit nicht die Heilung der Menschen, sondern die Erhaltung der Lebensqualität und Selbstbestimmung.

Inhaltlich sind Hospize unterteilt in hauptamtliche und ehrenamtliche Mitarbeitende. Das Handeln der unterschiedlichen Gruppen ist in Form eines Gesamtkonzeptes aufeinander abgestimmt.

Das Konzept dient der Abstimmung aller in den Prozess eingebundenen Akteure und enthält Informationen über den Palliative Care-Ansatz, die psychosoziale Begleitung, den Aufnahme- und Entlassungsprozess, Krisenintervention, Angehörigenarbeit, Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Ärzten, Verabschiedung eines Verstorbenen sowie Kooperation und Vernetzung.<sup>35</sup>

---

<sup>31</sup> Vgl. Radbruch et al.: (2022): Infrastruktur der Palliativversorgung – Versorgungspfade von pflegebedürftigen Menschen in der palliativen Phase, S. 42

<sup>32</sup> Unter Progredienz (lateinisch: progredere – vorrücken, voranschreiten) versteht man das Fortschreiten einer Krankheit (progressiver Krankheitsverlauf) bzw. eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands.

<sup>33</sup> Vgl. Jansky, Maximiliane, Friedmann Nauck und Birgit Jaspers (2017): Gutachten zum Bedarf an Hospizbetten in Nordrhein-Westfalen. Universitätsmedizin Göttingen, S. 20

<sup>34</sup> Vgl. Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 31.03.2017

<sup>35</sup> Vgl. Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 31.03.2017



Zu den gesetzlich festgelegten Qualitätsanforderungen an ein Hospiz zählt die 24-stündige Anwesenheit einer Kranken-, Gesundheits- oder Altenpflegefachkraft. Die verantwortliche Pflegefachkraft muss über eine mindestens dreijährige Berufstätigkeit in einem relevanten Bereich, einen Abschluss einer Palliative Care- und Leitungsfunktion-Weiterbildung verfügen.<sup>36</sup>

Darüber hinaus muss ein Hospiz weiteres Pflegefachpersonal beschäftigen, psychosoziale Fachkräfte (etwa Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder Psychologinnen und Psychologen), Verwaltungspersonal sowie Hauswirtschafts- und Funktionspersonal.<sup>37</sup>

Für ein Hospiz sieht die *Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung* bestimmte Personalschlüssel (Tabelle 1) am Beispiel von acht Hospizplätzen vor.

Auch an die bauliche und sachliche Ausstattung eines Hospizes werden hohe Ansprüche gestellt. Neben medizinischem Fachequipment, das vorgehalten werden muss, zeigt Tabelle 2 die Standards des Angebots eines Hospizes.<sup>38</sup>

Das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) in der Fassung vom 31.01.2023 legt zudem fest, dass ausschließlich Einzelzimmer zugelassen sind (§38, Abs.1). Die Durchführungsverordnung in der Fassung vom 01.06.2019 legt eine maximale Bettenanzahl von 16 fest (§39 WTG DVO).

Tabelle 1: Personalbesetzung stationäres Hospiz<sup>39</sup>

Funktion	Stellenanteil
<u>Pflege:</u> Pflegefachkräfte nach § 5 Abs. 5a und b	12,35 VZÄ <sup>40</sup>
<u>Psychosoziale Begleitung:</u> Psychosoziale Fachkräfte nach §5 Abs. 5c und therapeutische Angebote	0,75 VZÄ
<u>Leitung / Verwaltung</u>	
• Hospizleitung	0,5 VZÄ
• Verantwortliche Pflegefachkraft	0,75 VZÄ
• Verwaltung	0,75 VZÄ
• Qualitätsmanagement / Koordination Ehrenamt	0,4 VZÄ
<u>Hauswirtschaft</u> Küche, Reinigung, Haustechnik	2,7 VZÄ

<sup>36</sup> Vgl. Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 31.03.2017

<sup>37</sup> Vgl. ebd.

<sup>38</sup> Vgl. ebd.

<sup>39</sup> Vgl. ebd.

<sup>40</sup> Vollzeitäquivalente

Das Bodelschwingh-Hospiz „Haus Franz“ ist das aktuell einzige stationäre Hospizangebot im Kreis Viersen. Es verfügt über zehn Einzelzimmer und „[...] will unheilbar kranken Menschen, ohne Rücksicht auf Alter, Nationalität und Konfession, eine Heimat sein, in der sie ihren letzten Lebensabschnitt weitestgehend selbstbestimmt verbringen können“<sup>41</sup>.

Das Hospiz ist organisatorisch an die Pflegeeinrichtung Haus Bodelschwingh angebunden. Im Jahr 2022 sind insgesamt 122 Gäste im Hospiz verstorben. Durchschnittlich verbringt ein Gast 24 Tage im Hospiz in Viersen. Im Schnitt liegt das Alter der Gäste bei rund 61 Jahren. Hauptsächlich werden Personen von Krankenhäusern oder Ärzten an das Hospiz verwiesen.

Das Hospiz beschäftigt 23 hauptamtliche Pflegekräfte und Sozialpädagogen. Der Betreuungsschlüssel liegt bei 1,2 Gästen pro Pflegekraft. Verwaltungsaufgaben, Haustechnik und die Hausküche werden von der Bodelschwingh-Pflegeeinrichtung übernommen.

Auch Angebote der Pflegeeinrichtung, etwa Yoga, Bewegungstherapien oder Feierlichkeiten zu Ostern, Weihnachten oder Karneval können von den Gästen des Hospizes in Anspruch genommen werden.

Das Hospiz arbeitet mit 14 regelmäßig tätigen Ehrenamtlichen, die mit den Gästen Spaziergehen, sich unterhalten, Schachspielen oder gemeinsam essen. Dabei ist den Bewohnerinnen und Bewohnern selbst überlassen, ob sie von Ehrenamtlichen betreut und unterstützt werden möchten. Mitarbeitende des Hospizes haben die Qualifizierung, Ehrenamtsschulungen selbst durchzuführen. Zudem bietet das Haus Supervisionen für sie an.

Die medizinische Versorgung der Gäste erfolgt durch eine Kooperation mit einem Medizinischen Versorgungszentrum, das einmal täglich eine Visite durchführt und eine 24-stündige Rufbereitschaft vorhält.

Derzeit gibt es Bestrebungen in verschiedenen kreisangehörigen Kommunen, weitere stationäre Hospizangebote für den Kreis Viersen zu schaffen.

**Tabelle 2: Bauliche Anforderungen an ein stationäres Hospiz<sup>42</sup>**

Bereich	Räume
<u>Wohnbereich</u> 240m <sup>2</sup> insgesamt – 30m <sup>2</sup> pro Platz (ggf. inkl. Balkon)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 Einzelzimmer mit Badezimmer (WC und Dusche); Übernachtung von Zugehörigen sollte im selben Zimmer möglich sein</li> <li>• Gästezimmer für Zugehörige mit Badezimmer (in angemessener Anzahl)</li> </ul>
<u>Gemeinschaftsbereich</u> 80m <sup>2</sup> insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essraum / Essbereich</li> <li>• Gemeinschaftsraum/ Gemeinschaftsbereich</li> </ul>

<sup>41</sup> <https://www.bodelschwinghwerk-duelken.de/hospiz/informationen/> (aufgerufen am 01.11.2022)

<sup>42</sup> Quelle: Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 31.03.2017

<u>Funktionsbereich</u> 250m <sup>2</sup> insgesamt	<ul style="list-style-type: none"><li>• Raum der Stille</li><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 Mitarbeitende (Dusche und WC)</li><li>• Mitarbeiteraum</li><li>• Behindertengerechtes WC / Besucher WC</li><li>• Technikräume</li></ul>
<u>Verkehrsfläche</u> 180m <sup>2</sup> insgesamt	<ul style="list-style-type: none"><li>• Z.B. Flure, Treppen, Aufzüge</li></ul>

## 4 Zielgruppe der Palliative Care Versorgung

Grundsätzlich richtet sich Palliative Care an alle Menschen, unabhängig von Alter, Herkunft oder sozialem Status. Studien zeigen jedoch, dass sowohl die Zielgruppe als auch die ehrenamtlich tätigen Personen in den Hospizdiensten recht homogen sind.

Wie in Kapitel 2.2 dargestellt, besteht bei 76 Prozent der Bevölkerung in Deutschland der Wunsch, im eigenen Zuhause und bei 10 Prozent der Wunsch, in einem Hospiz zu versterben. Beide Zahlen verdeutlichen die Bedeutung von ambulanten und stationären Palliative Care Angeboten. Studien, die sich mit der Perspektive der schwerkranken Menschen auseinandersetzen, verdeutlichen, dass bei der Inanspruchnahme palliativer Angebote das „friedliche Sterben“<sup>43</sup> im Mittelpunkt steht. Dieses beinhaltet die Schmerzfreiheit und soziale Begleitung während des Sterbens. Zudem geben die Befragten an, dass sie palliative Maßnahmen in Anspruch nehmen, um Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und lebensverlängernde Maßnahmen nicht zu beanspruchen.<sup>44</sup> Zudem existiert bei vielen der Wunsch, in einem wohnlichen Umfeld zu versterben. Sowohl das eigene häusliche Umfeld als auch das Hospiz als „Wohnung“ können diesem Charakter entsprechen.<sup>45</sup>

Im Jahr 2015 führte die Universität Göttingen eine Studie zur Hospizversorgung in Nordrhein-Westfalen durch. Unter anderem ergab die Studie, dass Hospize im Durchschnitt rund 130 Gäste jährlich betreuen, die im Schnitt 68,6 Jahre alt sind. Erwachsene zwischen 26 und 80 Jahre machen im Mittel 78,6 Prozent der Gäste aus.<sup>46</sup>

Mit 92,9 Prozent leidet der überwiegende Teil der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Hospize an einer Krebserkrankung. Darüber hinaus nehmen auch Menschen, die an einem Vollbild der AIDS-Krankheit leiden (0,2 Prozent), Gäste mit Erkrankungen des Nervensystems mit Lähmungen (1,9 Prozent) oder chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt oder Lungenerkrankungen (4,5 Prozent) stationäre Hospizangebote in Anspruch.<sup>47</sup>

Der Mittelwert der durchschnittlichen Verweildauer in einem stationären Hospiz beträgt der Studie zufolge 26,1 Tage.<sup>48</sup>

Eine Ehrenamtsstudie des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) hat festgestellt, dass die Ehrenamtlichen in einem Verhältnis von 6:1 weiblich und größtenteils im Alter zwischen 51 und 70 Jahren sind.

Auch die professionellen Koordinatorinnen und Koordinatoren sind zu 90 Prozent älter als 40 Jahre. Lediglich rund jeder zehnte ist zwischen 30 und 45 Jahre alt.

Die in der Studie befragten Koordinatorinnen und Koordinatoren rechnen zudem den überwiegenden Teil der Begleiteten der „gesellschaftlichen Mitte“ zu. Personen aus dem

---

<sup>43</sup> Schneider et al. (2017): Sterben Zuhause im Heim, S. 50

<sup>44</sup> Vgl. ebd., S. 50

<sup>45</sup> Vgl. ebd., S. 50f.

<sup>46</sup> Vgl. Jansky, Maximiliane, Friedmann Nauck und Birgit Jaspers (2017): Gutachten zum Bedarf an Hospizbetten in Nordrhein-Westfalen, S. 37

<sup>47</sup> Vgl. ebd., S. 37

<sup>48</sup> Vgl. ebd., S. 38

„gesellschaftlich Oben“ beziehungsweise „gesellschaftlichen Unten“ werden zwar auch begleitet, was jedoch nicht als Regelfall eingeschätzt wird.<sup>49</sup>

Mit Blick auf den bereits angedeuteten gesellschaftlichen Wandel mit einem wachsenden Anteil an Menschen mit nichtchristlichem Glauben oder Konfessionslose, bieten sich der ehrenamtlichen Hospizarbeit neue Gestaltungsmöglichkeiten. Sowohl die Akquise von Ehrenamtlichen als auch von potenziellen Nutzenden einer Sterbebegleitung können für die Angebote sensibilisiert werden. Häufig ist das Konzept eines Hospizes in Communities<sup>50</sup> nicht geläufig.<sup>51</sup>

Kultursensible Sterbebegleitung konzentriert sich nicht ausschließlich auf religiöse Faktoren. Auch fremd erscheinende Lebenswirklichkeiten, Wertvorstellungen, oder auch Hautfarbe, Schichtzugehörigkeit und finanzielle Ausstattung sind bedeutende Faktoren.

Menschen mit Einwanderungsgeschichte machen in NRW rund einen Drittel der Gesamtbevölkerung aus. Eine Versorgung in Hospizen ist hingegen eher eine Ausnahme. Mögliche Erklärungen dafür ist das durchschnittlich niedrigere Alter im Vergleich zu Menschen ohne Einwanderungsgeschichte und die durchschnittlich größeren Haushalte, die eine Versorgung im familiären Umfeld begünstigen.<sup>52</sup>

Eine Studie der Klinik für Palliativmedizin Göttingen hat im Jahr 2020 erforscht, dass ein Grund für die ungleiche Inanspruchnahme der Angebote darin besteht, dass Interkulturalität häufig auf die ethnische und territoriale Herkunft beschränkt wird. Vielmehr wünschen sich Betroffene, dass sie als Menschen mit einer ganz individuellen Biografie, Lebensstile und dadurch entstandenen oder entstehenden Bedürfnisse im Mittelpunkt stehen. Die Studie fasst dies unter *Offenheit* als zentrales Element für eine interkulturelle Öffnung in der Hospiz- und Palliativversorgung zusammen.

Zum Punkt Offenheit kann darüber hinaus auch noch das Streben der Versorgungsstruktur verstanden werden, sich mit An- und Zugehörigen der Betroffenen offen über religiöse und kulturelle Umgangsweisen in Sterbesituationen auszutauschen. Netzwerk- und Communityarbeit können aus Sicht der Studie als zentrales Instrument betrachtet werden, religiöse und kulturelle Vorbehalte und Unsicherheiten auf beiden Seiten zu überwinden.<sup>53</sup>

---

<sup>49</sup> Vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2021): Junges Ehrenamt in der Hospizarbeit

<sup>50</sup> Unter Community versteht man eine Gemeinschaft, Gruppe von Menschen, die ein gemeinsames Ziel verfolgen, gemeinsame Interessen pflegen, sich gemeinsamen Wertvorstellungen verpflichtet fühlen (Duden)

<sup>51</sup> Vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2021): Junges Ehrenamt in der Hospizarbeit, S. 18

<sup>52</sup> Vgl. Jansky, Maximiliane, Friedmann Nauck und Birgit Jaspers (2017): Gutachten zum Bedarf an Hospizbetten in Nordrhein-Westfalen, S. 64

<sup>53</sup> Vgl. Schade, Franziska, Christian Banse, Nicola Rieder und Friedemann Nauck (2019): Was macht erfolgreiche interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung aus?

## 5 Versorgungslage im Kreis Viersen

Die Ausstattung mit Palliative Care Angeboten unterscheidet sich innerhalb Deutschlands regional sehr stark. Die EAPC (European Association for Palliative Care) hat in ihrem „White Paper on Standards and Norms“ Zielwerte für die Versorgungslandschaft festgelegt.

Demnach werden 40-50 Betten auf Palliativstationen und stationären Hospizen, vier bis zehn SAPV-Teams sowie 12-25 ambulante Hospizdienste, jeweils pro eine Millionen Einwohner, als Richtwert empfohlen.<sup>54</sup>

Tabelle 3: Empfohlene Ausstattung pro eine Millionen Einwohner

Anzahl Betten auf Palliativstationen	Anzahl Betten in stationären Hospizen	SAPV-Teams	Ambulante Hospizdienste
40-50	40-50	4-10	12-25

Tabelle 4: Bedarfe im Kreis Viersen

Angebotsform	Zielwert Kreis Viersen	Vorhandenes Angebot	Differenz	Wert Kreis Viersen / Millionen Einwohner	NRW-Wert / Millionen Einwohner
Betten auf Palliativstationen	12-15	7	5-8	23,4	24,4
Betten in stationären Hospizen	12-15	10	2-5	33,5	31,1
SAPV-Teams	1-3	1	0-1,27	1,73	0,6
Ambulante Hospizdienste	4-8	3	1-4	10	16,2

Die Zielwerte, umgerechnet auf die Einwohnerzahl im Kreis Viersen in Höhe 298.761 (Stand 31.12.2021) bedeuten einen Bedarf an Betten auf Palliativstationen in Höhe von rund 12 bis 15. Der Bedarf an Betten in stationären Hospizen entspricht ebenfalls diesem Wert.

Die Empfehlung für SAPV-Teams liegt pro eine Millionen Einwohnern bei vier bis zehn. Für den Kreis Viersen ergibt sich dadurch ein Wert in Höhe von null bis etwas mehr als einem benötigten SAPV-Team.

Pro einer Millionen Einwohnern empfiehlt die EAPC 12-25 ambulante Hospizdienste. Dies würde auf die Anzahl der Einwohner im Kreis Viersen eine Anzahl in Höhe von rund 4 bis 8 bedeuten.<sup>55</sup>

<sup>54</sup> Vgl. Radbruch et al. (2022): Infrastruktur der Palliativversorgung – Versorgungspfade von pflegebedürftigen Menschen in der palliativen Phase, S. 27 ff.

<sup>55</sup> Eigene Berechnungen gemäß EAPC White Paper in standards and Norms

Die HomeCare Linker Niederrhein gGmbH in Viersen stellt das einzige SAPV-Team im Kreisgebiet dar. Sie deckt das Kreisgebiet sowie die Stadt Mönchengladbach mit ihrem Angebot ab. Bei einem Zielwert von rund 1 bis 3 SAPV-Teams, ist höchstens ein geringer Mehrbedarf aus den Berechnungen ableitbar.

Für den Bereich der ambulanten Hospizdienste lässt sich für den Kreis Viersen ein rechnerischer Bedarf in Höhe von rund 4 bis 8 ambulanten Hospizdiensten feststellen. Dieser wird durch die drei vorhandenen Dienste (Malteser-Hospizgruppe „Klaus Hemmerle“ in Grefrath, das Zentrum für ambulante Palliativberatung und Hospizarbeit in Brüggen und die Hospizinitiative Kreis Viersen e.V. in Viersen) im Kreisgebiet nicht ganz ausgefüllt.

Zu den Bedarfen sei jedoch angemerkt, dass neben den genannten Angeboten noch insgesamt sieben ambulante Palliativdienste existieren, die ein AAPV-Angebot vorhalten.

Auch die geografische Lage des Kreises Viersen, eingebunden zwischen dem Kreis Heinsberg, dem Kreis Kleve, den kreisfreien Städten Krefeld und Mönchengladbach, dem Rhein-Kreis Neuss und dem Kreis Wesel, muss bei der Angebotsbetrachtung berücksichtigt werden.

Um eine Vergleichbarkeit mit dem NRW weiten Durchschnitt herstellen zu können, enthält Tabelle 4 den hochgerechneten Wert des Kreises Viersen für eine Millionen Einwohner. Hierbei zeigt sich insbesondere in der stationären Ausstattung ähnliche Werte. Während der nordrhein-westfälische Durchschnitt eine etwas höhere Ausstattung mit Betten auf Palliativstationen aufweist, liegt der Wert für Betten in stationären Hospizen etwas höher als im Landesvergleich.

Deutliche Abweichungen zeigen sich hingegen in der ambulanten Versorgung. Während NRW-weit 0,6 SAPV-Teams für eine Millionen Einwohner bereitsteht, liegt der Wert für den Kreis Viersen bei 1,73. An dieser Stelle sei jedoch angemerkt, dass der Anbieter neben dem Kreis Viersen auch die Stadt Mönchengladbach abdeckt und der Wert somit verzerrt wird. Bei den ambulanten Hospizdiensten liegt der Kreis Viersen mit einem Wert von zehn pro einer Millionen Einwohner deutlich hinter dem NRW Schnitt (16,2 pro eine Millionen Einwohner) zurück.

Mit in die Betrachtung der Versorgungslage einfließen muss auch, dass der Kreis Viersen zu Beginn des Jahres 2022 eine Abfrage unter den bekannten ambulanten Palliativdiensten zu deren Schwerpunkten und Auslastung durchgeführt hat. Auch wenn, bedingt durch die Corona-Pandemie und den weiterhin bestehenden Fachkräftemangel, ein Dienst sein Angebot einstellen musste, spiegelten die anderen Dienste dem Kreis Viersen eine große Nachfrage nach palliativer Unterstützung.

Die vielfältigen Angebote betreffen unter anderem Sterbe- und Trauerbegleitung, psychosoziale Beratung, Pflegeberatung, allgemeine ambulante Palliativversorgung und spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Die Abfrage der Auslastung der Anbieter und Möglichkeiten, weitere Personen zu betreuen, teilten die Träger dem Kreis Viersen mit, dass die bestehenden Angebote im Schnitt noch über weitere Kapazitäten verfügen.

Dieser Einschätzung folgen auch die Pflegestützpunkte der Städte und Gemeinden, die dem Kreissozialamt keinen weiteren Bedarf im Bereich der ambulanten palliativen Versorgung melden.

An das städtische Krankenhaus in Nettetal ist die einzige Palliativstation im Kreis Viersen angebunden. Es umfasst insgesamt sieben Betten, was bei einem empfohlenen Wert von rund 12-15 Plätzen auf eine rechnerische Unterversorgung schließen lässt.

Dass ein steigender Bedarf an stationärer Palliativversorgung existiert, entspricht auch der Einschätzung des Krankenhauses selbst. Patientinnen und Patienten erhalten in der Regel innerhalb weniger Tage einen Platz auf der Palliativstation. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von elf Tagen, ist die Tendenz einer längeren Wartezeit jedoch zu erkennen. Auch hat das Entlassmanagement des Krankenhauses phasenweise Schwierigkeiten, innerhalb einer angemessenen Zeit einen Platz in einem stationären Hospiz für Patientinnen und Patienten zu finden. Dabei wird nicht nur das Hospiz in Viersen angefragt, sondern auch in einem für die Betroffenen und Angehörigen angemessenen weiteren Radius. Das Krankenhaus empfiehlt daher, wenn absehbar, sich bereits vor der palliativen Krankenhausbehandlung um einen stationären Hospizplatz zu bemühen.

In Einzelfällen kann das Krankenhaus in Nettetal die Bettenanzahl um wenige Betten für eine bestimmte Zeit erhöhen.

In Viersen-Dülken liegt mit dem Haus Franz das einzige stationäre Hospizangebot im Kreisgebiet. Es verfügt über insgesamt zehn Plätze, was bei einem gleichen Wert an empfohlenen Plätzen ebenfalls eine rechnerische Unterversorgung von rund zwei bis fünf Plätzen darstellt.

Die Palliativstation Nettetal spiegelte dem Kreis teilweise längere Wartezeiten bei der Vermittlung in ein stationäres Hospiz. In Einzelfällen konnte in der Vergangenheit kein Hospizplatz innerhalb eines angemessenen Zeitraums gefunden werden, sodass Patientinnen und Patienten an die Kurzzeitpflege vermittelt werden mussten.

Das Hospiz schilderte dem Kreis, dass seit 2021 in keinem Monat eine höhere Belegung als 95 Prozent zu verzeichnen war und die Auslastung teilweise 60 Prozent betrug. Dies lässt auf eine stark schwankende Auslastung des Hospizes schließen. In Monaten mit Auslastungsquoten von 95 Prozent ist bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 24 Tagen kein Platz im Hospiz verfügbar. In Monaten mit einer Auslastung von 60 Prozent, können rechnerisch fünf weitere Gäste betreut werden.

*Tabelle 5: Rechnerische Kapazitäten des Hospizes in Viersen*

Plätze Hospiz	Plätze Hospiz pro Monat (30 Tage)	95% Auslastung		60% Auslastung	
		Belegt	Frei	Belegt	Frei
10	300	285	15	180	120
Freie Plätze bei durchschnittlicher Verweildauer von 24 Tagen		0,625		5	



Die häufig zum Vergleich herangezogenen Nachbarkreise und -städte weisen eine teils deutlich höhere Hospizausstattung auf. Heraus sticht dabei der Kreis Kleve, der in Bezug auf die Einwohnerzahl vergleichbar mit dem Kreis Viersen ist, mit drei stationären Hospizen und insgesamt 33 Plätzen über eine deutlich höhere Versorgungsdichte verfügt. Das einzige stationäre Hospiz im Kreis Heinsberg liegt in Erkelenz und bietet Platz für 13 Gäste. In den kreisfreien Nachbarstädten Krefeld und Mönchengladbach existiert jeweils ein Hospiz mit 13 beziehungsweise 10 Plätzen. Die zwei Hospize im Rhein-Kreis Neuss in Kaarst und Neuss verfügen über insgesamt 20 Plätze, in Rheinberg liegt das einzige Hospiz im Kreis Wesel und verfügt über 10 Plätze. Ein zweites Hospiz mit geplanten 11 Plätzen wird derzeit in Wesel gebaut<sup>56</sup>. Die geplanten 11 Plätze werden bei den Berechnungen bereits miteinbezogen.

Tabelle 6: Vergleich Versorgung mit stationären Hospizplätzen

Kommune	Einwohner	Anzahl stationärer Hospizplätze	Anzahl je Millionen Einwohner
Kreis Heinsberg	258.306 <sup>57</sup>	13	50,33
Kreis Kleve	318.358 <sup>58</sup>	33	103,66
Stadt Krefeld	234.475 <sup>59</sup>	13	55,44
Stadt Mönchengladbach	272.398 <sup>60</sup>	10	36,71
Rhein-Kreis Neuss	451.766 <sup>61</sup>	20	44,27
Kreis Wesel	460.433 <sup>62</sup>	21	45,61
Kreis Viersen	298.761	10	33,47

Darüber hinaus haben sich in größeren Städten spezifische Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung gebildet. So existiert in Düsseldorf ein Kinderhospiz, in dem unheilbar kranke Kinder ihren letzten Lebensabschnitt verbringen können.

Unter allen Hospizen, die in an den Kreis Viersen angrenzenden kreisfreien Städten und Landkreisen beheimatet sind, wurde im Februar und März 2023 die Anzahl der aufgenommenen Gäste abgefragt, die aus dem Kreis Viersen kommen. Hintergrund der Erhebung ist die Erfassung potenzieller Personen, die keinen verfügbaren stationären Hospizplatz innerhalb des Kreisgebiets finden konnten.

Die Hospize in Erkelenz, Kleve und Krefeld konnten technisch bedingt dem Kreis die Daten nicht zur Verfügung stellen. Hervor stechen dabei die beiden Hospize im Rhein-Kreis Neuss, in denen im Jahr 2022 insgesamt 21 Gäste aus dem Kreis Viersen wohnten. Der überwiegende Teil der Gäste wohnte dabei im Hospiz in Kaarst. Das Hospiz in

<sup>56</sup> <https://www.hospizwesel.de/hospiz/hospiz/baufortschritte>

<sup>57</sup> <https://www.kreis-heinsberg.de/unser-kreis.html>

<sup>58</sup> <https://www.kreis-kleve.de/de/fachbereich1/zahlen-daten-und-fakten/>

<sup>59</sup> <https://www.krefeld.de/de/buergerservice/einwohner/>

<sup>60</sup> <https://www.moenchengladbach.de/de/rathaus>

<sup>61</sup> <https://www.rhein-kreis-neuss.de/de/verwaltung-politik/kreisportrait/einwohnerzahlen/>

<sup>62</sup> <https://www.kreis-wesel.de/>

Mönchengladbach beherbergte im Jahr 2022 insgesamt zehn, die zwei Hospize im Kreis Kleve, die die Zahlen bereitstellten, insgesamt sechs Gäste und das Hospiz im Kreis Wesel eine niedrige einstellige Zahl<sup>63</sup> an Gästen aus dem Kreis Viersen. Somit waren insgesamt mindestens rund 40<sup>64</sup> Personen aus dem Kreis Viersen in Hospizen in umliegenden Kreisen und kreisfreien Städten zu Gast.

Hospize, Palliativmediziner, Krankenhäuser, Pflegedienste, SAPV-Teams und ambulante Dienste aus den Kreisen Viersen und Heinsberg sowie der Stadt Mönchengladbach sind im regionalen Palliativnetz Mönchengladbach-Viersen organisiert. Sie haben sich das Ziel gesetzt, die „[...] durch das Gesundheitsstrukturgesetz auf Bundes- und durch das Rahmenprogramm der Landesregierung NRW auf Landesebene, gesetzlich zugesicherte gute palliative Versorgung für Alle wahr werden lassen“<sup>65</sup>.

Eine Übersicht aller Angebote findet sich auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin unter folgendem Link: [www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de](http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de)

---

<sup>63</sup> Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird die genaue Zahl nicht genannt

<sup>64</sup> Um keine Rückschlüsse auf die Zahl der Gäste aus dem Kreis Viersen im Hospiz in Rheinberg zuzulassen, wird die exakte Zahl der Gäste nicht genannt

<sup>65</sup> <https://www.palliativnetz-mg-vie.de/> (aufgerufen am 11.11.2022)

## 6 Rechtsgrundlage und Finanzierung

Die gesetzlichen Regelungen zu Hospizen sind im fünften Sozialgesetzbuch festgehalten. Demnach haben Menschen in Deutschland Anspruch auf einen stationären Hospizplatz, „[...] wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann“ (§ 39a SGB V).

Der Wunsch eines Umzugs, auch von einer stationären Pflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz, werden dabei ausdrücklich vom Gesetzgeber berücksichtigt. Gestärkt wurde der Leistungsanspruch durch das 2015 vom deutschen Gesetzgeber verabschiedete Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). Dieses regelt die Leistungsansprüche der Patientinnen und Patienten gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse in Bezug auf eine Palliativversorgung.

Im Konkreten stellt das HPG klar, dass Palliativversorgung zum Leistungskatalog der Krankenkassen (§ 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V) sowie zur ambulanten Versorgung im Rahmen häuslicher Krankenpflege zählt (§ 37 Abs. 2a SGB V).

Ebenfalls gesetzlich verankert ist der Anspruch auf eine Beratung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung (§39b SGB V). Auch Beratungen zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, oder Betreuungsverfügung fallen darunter.

Menschen mit Behinderung haben ebenfalls einen Anspruch, Palliativangebote in stationären Einrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe gemäß § 132 SGB V in Anspruch zu nehmen.<sup>66</sup>

Seit dem Jahr 2009 ist der Eigenanteil für Patientinnen und Patienten für die Inanspruchnahme stationärer Hospize entfallen. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen unter Berücksichtigung des Finanzierungsanteils der Krankenkasse 95 Prozent der Kosten. Die übrigen fünf Prozent werden von den Hospizen getragen, die den Anteil durch Spenden finanzieren.<sup>67</sup>

Nach Auskunft des Hospizes Haus Franz in Viersen liegt der Eigenanteil, den das Hospiz tragen muss, deutlich höher. Im Schnitt der vergangenen Jahre waren es rund 15 Prozent, was einer Gesamtsumme von etwa 150.000€ jährlich entspricht. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Leistungen der Krankenkassen sich ausschließlich auf die Versorgung der Gäste bezieht und mit dem Tod endet. Im Anschluss findet jedoch noch eine Begleitung der An- und Zugehörigen statt, die finanziell nicht angerechnet werden. Auch bietet das Hospiz in Viersen außergewöhnliche Leistungen (letzte Wünsche) an, bei denen Pflegekräfte die Gäste zum Beispiel an einen Strand oder in ein Fußballstadion begleiten. Das Hospiz berichtet, dass die nötigen Spenden, um die Leistungen zu finanzieren, dem Hospiz in der Regel zugeführt werden.

Eine Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner oder deren Angehörigen an der Finanzierung von Hospizleistungen ist ausdrücklich ausgeschlossen. Dies hat für Patientinnen und Patienten die Sicherheit, dass sie sich nicht um die Finanzierung ihres

---

<sup>66</sup> Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2017): Würde und Selbstbestimmung älterer Menschen in der letzten Lebensphase – Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Stärkung der hospizlichen Begleitung und Palliativversorgung.

<sup>67</sup> Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz.html> (aufgerufen am 18.11.2022)

Hospizaufenthalts sorgen müssen und unabhängig vom sozioökonomischen Status einen Platz in einem Hospiz beziehen können.

Auch ambulante Hospizdienste werden gemäß SGB V von den Krankenkassen finanziert und erhalten einen angemessenen Zuschuss zu Personalausgaben.

Die SAPV ist vorrangig medizinisch tätig und wird über einen Pauschalbetrag mit der Krankenkasse abgerechnet. Der Arzt stellt hier ein multidisziplinäres Team zusammen, um kurzfristig medizinisch notwendige Verordnungen und Behandlungen umsetzen zu können.

Für AAPV verordnet der Arzt die entsprechende Versorgung durch einen Dienst, ist aber nicht unmittelbar beteiligt. Der Dienst rechnet hier die Palliativversorgung mit der Pflegekasse ab (Behandlungspflege nach SGB V ist daneben auch möglich).

Leistungen, die über die rechtlichen Angebote hinausgehen, erfordern alternative Finanzierungsmöglichkeiten. So werden beispielsweise einige Therapien, wie die Klangschaalen- oder die Hundetherapie auf der Palliativstation Nettetal durch einen Förderverein bezahlt.

## 7 Zusammenfassung

Ausgehend von der Hospizidee, schwerstkranken Menschen ein Leben mit hoher Lebensqualität und wenig Schmerzen zu ermöglichen, hat sich in Deutschland ein breites Angebotsnetz im Bereich der Palliative Care gebildet. Betroffene und ihre An- und Zugehörigen können somit sowohl medizinisch, pflegerisch, als auch sozialpsychologisch individuell unterstützt werden.

Die Versorgungslandschaft sieht dabei je nach Art und Schwere der Erkrankung, aber auch in Abhängigkeit der Kapazitäten in der häuslichen Pflege unterschiedliche Palliative Care Angebote vor. Allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung unterstützen medizinisch und pflegerisch in der häuslichen Umgebung, für eine stationäre Versorgung stehen Hospize und Palliativstationen zur Verfügung.

Entscheidend für eine umfassende und individuelle Betreuung sind der Aufbau und die Pflege eines Netzwerks. Eine bedeutende Rolle in der sozialpsychologischen Betreuung nehmen dabei die Ehrenamtlichen ein, die sich durch eine umfangreiche Qualifikation zu Hospizbegleitenden ausbilden und sich sowohl in ambulanten als auch stationären Versorgungsstrukturen engagieren.

Die von der EAPC errechneten Zielwerte für die palliative Versorgung können für das Kreisgebiet zwar nicht eingehalten werden, eine Abfrage der ambulanten Anbieter nach dem aktuellen Versorgungsstand hat jedoch ergeben, dass weiterhin ausreichend Kapazitäten zur Verfügung stehen, um weitere Personen zu unterstützen. Insofern unterscheidet sich der errechnete Bedarf an zusätzlichen Angeboten von den tatsächlichen Bedarfen.

Die Einschätzung der Versorgungslage der stationären Angebote unterscheidet sich zwischen der Palliativstation in Nettetal und dem Hospiz in Viersen. Eine mögliche Erklärung für diese Diskrepanz liegt in der stark schwankenden Auslastung des Hospizes. Während in manchen Monaten eine Auslastung von 95 Prozent vorliegt, liegt sie in anderen Monaten bei lediglich 60 Prozent. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Palliativstation in Nettetal bei der Vermittlung von potenziellen Gästen keinen Platz innerhalb des Kreisgebiets finden konnte und bei der in umliegende Kreise und kreisfreie Städte ausweichen musste.

Die von den stationären Angeboten wiedergegebenen Zahlen in Bezug auf Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten sowie die durchschnittliche Verweildauer in den Einrichtungen entspricht im Schnitt den Ergebnissen der in Kapitel 4 dargestellten Studie der Universität Göttingen.

Der Eigenanteil der Finanzierung des stationären Hospizes ist hingegen deutlich höher als der gesetzliche Rahmen dies vorsieht. Werden gesetzlich fünf Prozent Eigenanteil verlangt, liegt dieser durch eine Reihe von Angeboten, die das Leistungsspektrum der Versicherung nicht abdeckt, bei durchschnittlich rund 15 Prozent, was einer jährlichen Summe von etwa 150.000 Euro entspricht.

## 8 Handlungsempfehlungen

Sowohl die Berechnungen der Palliative Care Bedarfe als auch die Gespräche mit der Palliativstation in Nettetal und dem Hospiz in Viersen zeigen, dass insgesamt eine hohe und steigende Nachfrage besteht. Die Auslastungsquoten des Hospizes variieren im Jahresverlauf stark und erreichen zu Spitzenzeiten 95 Prozent.

Die zukünftige Entwicklung der Palliativversorgung wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Insbesondere die Arbeit der Ehrenamtlichen machen einen bedeutenden Teil in der psychosozialen Unterstützung schwerstkranker Menschen aus.

Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband sieht zukünftig eine wachsende Schwierigkeit in der Versorgung durch Ehrenamtliche. Der gesellschaftliche Wandel macht sich auch in dieser Hinsicht bemerkbar und erfordert eine gute Koordination sowie andere Modelle des Engagements.<sup>68</sup>

Auch der demografische Wandel hat einen Einfluss auf die Palliative Care-Situation im Kreis Viersen. Neben der sich ändernden Altersstruktur ist dabei insbesondere auch die steigende Zahl der Personen mit Einwanderungsgeschichte zu beachten.

Forschungen zeigen, dass diese Personengruppe eine deutlich höhere Hemmschwelle haben, ein Hospiz- oder Palliativangebot in Anspruch zu nehmen als Menschen ohne Einwanderungsgeschichte. Auch bei den Gesprächen mit dem Hospiz in Viersen und der Palliativstation in Nettetal wurde berichtet, dass diese Personengruppe lediglich einen geringen Teil der Gäste ausmacht.

Daraus lässt sich ein Handlungsbedarf an Aufklärung über die Angebote des Regelsystems bei der Zielgruppe ebenso ableiten wie die Notwendigkeit des Aufbaus eines kultursensiblen Unterstützungssystems, das individuelle Wünsche und Bedarfe berücksichtigt.

Das Kommunale Integrationszentrum des Kreises Viersen widmet sich dem Thema Interkulturalität in der Pflege, was sowohl den Schwerpunkt der Förderung der kultursensiblen Pflege als auch die Gewinnung von Ehrenamtlichen mit Einwanderungsgeschichte betrifft.

Durch eine gezielte Ansprache jüngerer Menschen kann der eine oder die andere von einer ehrenamtlichen Tätigkeit im Bereich der Sterbebegleitung überzeugt werden. Gleichzeitig würde die Ansprache potenzieller Ehrenamtlicher mit Einwanderungsgeschichte die kulturelle Öffnung der Palliativversorgung fördern und der Anteil der palliativ-versorgten Menschen mit Einwanderungsgeschichte könnte sich ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung annähern.

Die rechnerischen Grundlagen ergeben einen Mehrbedarf an stationären Hospizplätzen im Kreisgebiet von fünf bis acht Plätzen.

Beim Vergleich der Versorgungsdichte mit den umliegenden Kreisen und kreisfreien Städten lässt sich eine teils deutlich geringere Versorgungsdichte an stationären Hospizplätzen feststellen.

Ein solcher Mehrbedarf spiegelte sich auch im Gespräch mit der Palliativstation in Nettetal wider. Diese hat phasenweise größere Schwierigkeiten, geeignete Hospizplätze

---

<sup>68</sup> Vgl. [https://www.dhvp.de/files/public/broschueren/2020\\_BRH%20Stationaere%20Hospize\\_200115.pdf](https://www.dhvp.de/files/public/broschueren/2020_BRH%20Stationaere%20Hospize_200115.pdf) (aufgerufen am 29.11.2022).

für potenzielle Gäste zu finden und verweist Patientinnen und Patienten teilweise in Hospize außerhalb des Kreisgebiets. Die Gruppe der Personen aus dem Kreis Viersen, die im Jahr 2022 in Hospizen in benachbarten Kreise und kreisfreien Städten versorgt wurde, beträgt mindestens rund 40 Personen. Die genaue Zahl liegt aufgrund des Fehlens der Daten dreier Einrichtungen nicht vor.

Somit liegen mit den Bedarfsberechnungen, den Einschätzungen der Palliativstation, der (nicht voll erfassten) Zahl der Kreisbevölkerung, die in einem Hospiz außerhalb des Kreisgebiets versorgt wurden und dem Vergleich der Versorgungsdichte mit angrenzenden Städten und Gemeinden verschiedene Indikatoren vor, die einen Mehrbedarf an stationären Hospizplätzen für den Kreis Viersen nahelegen.

Eine Empfehlung zu Einrichtung eines neuen stationären Hospizes innerhalb des Kreisgebiets kann zum aktuellen Zeitpunkt dennoch nicht gegeben werden. Der rechnerische Mehrbedarf liegt noch unterhalb des Schwellenwertes von acht Plätzen, ab dem ein Hospiz betriebswirtschaftlich sinnvoll betrieben werden kann.

Die Versorgung mit Spezialangeboten, zu denen stationäre Hospize gezählt werden, ist in einem größeren geografischen Kontext als einem Landkreis zu betrachten. Der für die Verhandlungen mit potenziellen Trägern über die Einrichtung neuer Hospize verantwortliche Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) teilt das Land Nordrhein-Westfalen in zwei Versorgungsgebiete und sieht in beiden ein zum aktuellen Zeitpunkt insgesamt ausreichendes Angebot an stationären Hospizplätzen.<sup>69</sup> Die Zahl der Personen aus dem Kreis Viersen, die in Hospizen außerhalb des eigenen Kreisgebiets zu Gast sind, zeigt, dass die Angebote – trotz Mehraufwand – angenommen werden.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass Pflegekräfte unter Umständen aus der Basisversorgung – etwa aus ambulanten oder stationären Einrichtungen – in die Spezialversorgung wechseln. Die ohnehin angespannte Personallage in der Pflege würde daher durch den hohen Personalschlüssel in einem Hospiz weiter verschärft werden.

Zu Bedenken ist dabei die Größenordnung der Spenden, auf die ein Hospiz angewiesen ist. Laut Angaben des Hospizes in Viersen bewegt sich diese Zahl in der Größenordnung von 150.000€ pro Jahr.

Neben Überlegungen, stationäre Hospize einzurichten, sollte auch die Möglichkeit in Erwägung gezogen werden, teilstationäre Angebote zu machen. Tageshospize können Betroffene dabei unterstützen, möglichst lange in der häuslichen Umgebung zu verbleiben und an einem oder mehreren Tagen Therapien und Angebote des Hospizes in Anspruch nehmen. Auch für pflegende Angehörige können Tageshospize eine große Erleichterung sein. Nur bedingt nutzbar ist dieses Angebot jedoch von schwerstpflegebedürftigen Menschen.

Der Sozial- und Pflegeplanung des Kreises Viersen ist sich der besonderen Bedeutung des Themas bewusst und würde bei einem entsprechenden politischen Beschluss in einem regelmäßigen Abstand die Strukturen analysieren, gegebenenfalls Anpassungen in seinen Handlungsempfehlungen vornehmen und in entsprechenden Folgeberichten darlegen.

---

<sup>69</sup> Gespräch mit dem vdek vom 04.07.2023

## Literatur

- Bertelsmann Stiftung (2015): Wunsch und Wirklichkeit – Wo möchten die Menschen sterben? Gütersloh.
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2021): Qualifizierte Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung- Rahmenempfehlung für Kursleitungen. Berlin.
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2021): Junges Ehrenamt in der Hospizarbeit – eine Zukunftsperspektive? Ein Handbuch zur Weiterentwicklung des Ehrenamtes. Berlin.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2017): Würde und Selbstbestimmung älterer Menschen in der letzten Lebensphase – Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Stärkung der hospizlichen Begleitung und Palliativversorgung. Berlin.
- Jansky, Maximiliane, Friedmann Nauck und Birgit Jaspers (2017): Gutachten zum Bedarf an Hospizbetten in Nordrhein-Westfalen. Göttingen.
- Melching, Heiner (2015): Palliativversorgung Modul 2: Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung, Bertelsmann Stiftung, S. 6. Gütersloh.
- Radbruch, Lukas, Lisa Schmedding, Gülay Ates, Birgit Jaspers, Heiner Melching, Steven Kranz und Claudia Bausewein (2022): Infrastruktur der Palliativversorgung – Versorgungspfade von pflegebedürftigen Menschen in der palliativen Phase. In: Pflegereport 2022. K. Jacobs et al. (Hrsg.). Berlin und Heidelberg. S. 36-56.
- Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 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, S. 4
- Schade, Franziska, Christian Banse, Nicola Rieder und Friedemann Nauck (2019): Was macht erfolgreiche interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung aus? Handreichung zu den Faktoren einer besseren interkulturellen Hospiz- und Palliativversorgung – Ergebnisse eines qualitativen Forschungsprojekts. Göttingen.
- Schneider, Werner, Helga Dill, Wolfgang Gmür et al. (2017): Sterben Zuhause im Heim- Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege. Vorgehen, empirische Befunde und abgeleitete Handlungsempfehlungen. Augsburg.
- Internetquellen:
- Bundesgesundheitsministerium: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz.html> (aufgerufen am 18.11.2022)
- Christoph Student: <http://christoph-student.homepage.t-online.de/41518/41548.html> (aufgerufen am 26.10.2022)
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband I : [https://www.dhpv.de/ueber-uns\\_der-verband.html](https://www.dhpv.de/ueber-uns_der-verband.html) (aufgerufen am 07.11.2022)
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband II [https://www.dhpv.de/zahlen\\_daten\\_fakten.html](https://www.dhpv.de/zahlen_daten_fakten.html) (Stand 10.06.2022)
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband III: [https://www.dhpv.de/themen\\_ehrenamt.html](https://www.dhpv.de/themen_ehrenamt.html) (aufgerufen am 09.11.2022)



- Deutscher Hospiz- und Palliativverband IV:  
[https://www.dhpv.de/files/public/broschueren/2020\\_BRH%20Stationaere%20Hospize\\_200115.pdf](https://www.dhpv.de/files/public/broschueren/2020_BRH%20Stationaere%20Hospize_200115.pdf) (aufgerufen am 14.11.2022)
- Homecare Linker Niederrhein I: <https://www.homecare-lnr.de/> (aufgerufen am 06.10.2022)
- Homecare Linker Niederrhein II: <https://www.homecare-lnr.de/was-kostet-palliativversorgung.html>  
(aufgerufen am 28.11.2022)
- Homecare Linker Niederrhein III: [https://www.homecare-lnr.de/Flyer\\_2019.pdf](https://www.homecare-lnr.de/Flyer_2019.pdf) (aufgerufen am 24.10.2022)
- KBV: <https://www.kbv.de/html/aapv.php> (aufgerufen am 28.11.2022)
- Krankenhaus Nettetal: <https://www.krankenhaus-nettetal.de/medizin/fachbereiche/palliativmedizin/leistungsspektrum/> (aufgerufen am 25.10.2022)
- Kreis Viersen: <https://www.kreis-viersen.de/landkreis/kreis-viersen-zahlen> (aufgerufen am 24.10.2022)
- Palliativnetz Mönchengladbach-Viersen: <https://www.palliativnetz-mg-vie.de/> (aufgerufen am 24.10.2022)
- Pflegestudium.de: <https://www.pflegestudium.de/weiterbildung/palliative-care/#weiterbildung>  
(aufgerufen am 29.11.2022)
- Weltgesundheitsorganisation: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> (aufgerufen am 24.10.2022)

Herausgeber:

Kreis Viersen | Der Landrat  
2023

Kreis Viersen  
Sozialamt  
Rathausmarkt 3  
41747 Viersen  
[www.kreis-viersen.de](http://www.kreis-viersen.de)