

# Evaluation der Hospizinsel im Landkreis Mühldorf



STUDIEN  
BERICHT

---

# Evaluation der Hospizinsel im Landkreis Mühldorf

Studie zu Bedarf, Wirksamkeit und  
ordnungsrechtlicher Einordnung des Konzepts der  
innovativen Versorgungsform einer ambulanten  
Palliativwohngemeinschaft am Beispiel der  
Hospizinsel im Landkreis Mühldorf

Dr. Grit Braeseke

Freja Engelmann

Isabelle Oehse

Lukas Wentz

Ulrike Pörschmann-Schreiber

Friederike Mast

## **Endbericht**

für den Anna Hospizverein Mühldorf e. V.

Berlin, Februar 2024

---

## **Autoren**

**Dr. Grit Braeseke**  
**Freja Engelmann**  
**Isabelle Oehse**  
**Lukas Wentz**  
**Ulrike Pörschmann-Schreiber**  
**Friederike Mast**

IGES Institut GmbH  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>13</b>
<b>2.</b>	<b>Hintergrund und Ziele der Evaluation</b>	<b>18</b>
<b>3.</b>	<b>Methodik</b>	<b>20</b>
3.1	Desktoprecherche und Literaturanalyse	21
3.2	Überblick über die durchgeführten Erhebungen	21
3.3	Falldokumentation der HospizInsel-Gäste	23
3.4	Matched-Pair-Verfahren	23
3.5	Fallbezogene Verlaufsdocumentation	26
3.6	Befragung der Beschäftigten	29
3.7	Kooperationspartnerbefragung	30
3.8	Angehörigenbefragung	33
3.9	Interviews mit Expertinnen und Experten ähnlicher Versorgungsangebote in anderen Bundesländern	34
3.10	Strukturfragebogen für die HospizInsel	35
<b>4.</b>	<b>Leistungsrechtlicher Rahmen der Palliativversorgung</b>	<b>37</b>
4.1	Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)	38
4.2	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, § 37b SGB V)	40
4.3	Stationäre und ambulante Hospizleistungen	43
4.4	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V	44
<b>5.</b>	<b>Erkenntnisse zur Palliativversorgung aus bundesweiten Studien</b>	<b>46</b>
5.1	Entwicklung des palliativen Leistungsgeschehens	46
5.2	Entwicklung der Versorgungskapazitäten	52
5.3	Hospiz- und Palliativnetzwerke in Bayern	55
5.4	Kapazitäten der Palliativversorgung in der Region Mühldorf am Inn	61
5.5	Zwischenfazit zum Stand der Palliativversorgung	64
<b>6.</b>	<b>Das Konzept der HospizInsel</b>	<b>65</b>
6.1	Zielgruppe der HospizInsel	65
6.2	Räumlichkeiten der HospizInsel	65
6.3	Personalkonzept und pflegerische Betreuung	66
6.4	Die sozialpsychologische und ehrenamtliche Betreuung	67
6.5	Qualitätssicherung	67
6.6	Hausärztliche Versorgung	67
6.7	Finanzierung der HospizInsel	68
<b>7.</b>	<b>Evaluationsergebnisse</b>	<b>69</b>
7.1	Zielgruppe der HospizInsel und Überarbeitung des Kriterienkatalogs	70
7.2	HospizInsel-Gäste (Zeitraum 2018 bis 2023)	73
7.2.1	Charakteristika aller HospizInsel-Gäste	74

7.2.2	Einzugsgebiet der HospizInsel-Gäste (2018 bis 2023)	75
7.2.3	Versorgungsanfragen	76
7.2.4	Wohnsituation vor Aufnahme in die HospizInsel	77
7.2.5	Versorgungsdauer in der HospizInsel	78
7.2.6	An der Versorgung beteiligte Akteure	79
7.2.7	Vergleichende Inanspruchnahme von SAPV-Leistungen in der HospizInsel	79
<b>7.3</b>	<b>Stichprobe HospizInsel-Gäste</b>	<b>81</b>
7.3.1	Charakteristika der Stichprobe der HospizInsel	82
7.3.2	Versorgung am Lebensende und Versorgungsqualität	83
<b>7.4</b>	<b>HospizInsel-Gäste und Vergleichsfälle</b>	<b>95</b>
7.4.1	Charakteristika der Fälle der beiden Vergleichsgruppen	96
7.4.2	Versorgung am Lebensende und Versorgungsqualität	101
<b>7.5</b>	<b>Einschätzungen zum Versorgungsangebot der HospizInsel</b>	<b>109</b>
7.5.1	Zufriedenheit mit der Versorgung – Einschätzungen der Angehörigen	109
7.5.2	Versorgungsqualität und Arbeitszufriedenheit – Einschätzungen der Beschäftigten	112
7.5.3	Einschätzungen zu Bedarf und zum Konzept der HospizInsel von Netzwerkpartnern	140
<b>7.6</b>	<b>Wirtschaftlichkeit der Palliativversorgung in der HospizInsel</b>	<b>141</b>
7.6.1	Auswahl des geeigneten Vergleichssettings	142
7.6.2	Vergleichende Betrachtung von Personalausstattung und -qualifikation	145
7.6.3	Tagessatzermittlung für die HospizInsel	148
7.6.4	Fazit zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit der HospizInsel	151
<b>7.7</b>	<b>Zusammenfassung der Datenauswertungen</b>	<b>151</b>
<b>8.</b>	<b>Erkenntnisse aus ähnlich gelagerten Modellprojekten bundesweit</b>	<b>157</b>
<b>8.1</b>	<b>Hospizzimmer Waal, Ostallgäu</b>	<b>159</b>
<b>8.2</b>	<b>Palliative Kleinsteinheit im ländlichen Raum</b>	<b>159</b>
<b>8.3</b>	<b>Caritas Ambulante Demenz-WG mit palliativem Versorgungsangebot</b>	<b>160</b>
<b>8.4</b>	<b>"Palliatives Wohnen" - Etablierung von Palliativkultur in ambulanten Wohnformen</b>	<b>160</b>
<b>8.5</b>	<b>Fazit zu den betrachteten Modellprojekten</b>	<b>161</b>
<b>9.</b>	<b>Ordnungsrechtlicher Rahmen und Einordnung der HospizInsel</b>	<b>163</b>
<b>9.1</b>	<b>Herausbildung neuer Wohn- und Versorgungsformen</b>	<b>163</b>
<b>9.2</b>	<b>Rechtlicher Rahmen für ambulant betreute Wohngemeinschaften</b>	<b>170</b>
9.2.1	Das Bayerische Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (PfleWoqG)	171
9.2.2	Die Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes und Weiterbildung in der Pflege und Hebammenkunde (AVPfleWoqG)	173
9.2.3	Regelungen in anderen Bundesländern	177

---

9.2.4	Übergreifendes Fazit zu den heimrechtlichen Regelungen	186
<b>9.3</b>	<b>Einordnung des Konzeptes der Hospizinsel</b>	<b>189</b>
9.3.1	Ordnungsrechtliche Einordnung	189
9.3.2	Leistungsrechtliche Einordnung	193
<b>10.</b>	<b>Zusammenfassende Schlussfolgerungen</b>	<b>196</b>
<b>11.</b>	<b>Ahang</b>	<b>200</b>
A1	Steckbrief	201
A2	Datenschutzhinweis	204
A3	Verlaufsdokumentation t <sub>1</sub> , t <sub>2</sub> , t <sub>3</sub>	206
A4	McGill Quality of Life Questionnaire (German Version)	212
A5	Angehörigenfragebögen (inkl. Datenschutz)	216
A6	Beschäftigtenbefragung Konzeptentwurf für den Onlinefragebogen	227
A7	Interviewleitfaden zuweisende Kooperationspartner (inkl. Datenschutz und Einwilligung)	239
A8	Interviewleitfaden nicht-zuweisende Kooperationspartner (inkl. Datenschutz und Einwilligung)	244
A9	Interviewleitfaden mit Expertinnen und Experten (inkl. Datenschutz)	249
A10	Strukturfragebogen	256
	<b>Abbildungen</b>	<b>6</b>
	<b>Tabellen</b>	<b>9</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>11</b>

---

**Abbildungen**

Abbildung 1:	Kausalkette der Wirkungsanalyse	20
Abbildung 2:	Darstellung des Ablaufs des Matched-Pair-Verfahrens in den Schulungsunterlagen der Vergleichseinrichtungen	26
Abbildung 3:	Verlaufsdokumentation Übersicht	28
Abbildung 4:	Versicherte mit AAPV-Leistungen (2015/16)	47
Abbildung 5:	Versicherte mit SAPV-Leistungen (2015/16)	48
Abbildung 6:	Versicherte mit Leistungen stationärer Palliativversorgung (2015/16)	49
Abbildung 7:	Versicherte mit stationären Hospizleistungen (2015/16)	50
Abbildung 8:	Wunsch und Wirklichkeit – Sterbeorte in Deutschland	51
Abbildung 9:	Standardisierte Hospitalisierungsrate und Versterben-im-Krankenhausrate für die einzelnen Bundesländer	52
Abbildung 10:	Hausärztinnen und -ärzte (31.12.2018)	53
Abbildung 11:	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in Deutschland (Angaben aus dem Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung, Stand 31.12.2020)	54
Abbildung 12:	Palliativstationen und stationäre Hospize in Deutschland (Stand 31.12.2020)	55
Abbildung 13:	Übersicht zu den 25 stationären Hospizen im Freistaat Bayern im Jahr 2023	59
Abbildung 14:	Übersicht über Hospize und Palliativstationen in der Region (Umkreis von 50 km ausgehend von der Hospizinsel, 84478 Waldkraiburg)	63
Abbildung 15:	Angepasster Kriterienkatalog der Hospizinsel im Rahmen der Laufzeit der wissenschaftlichen Studie	73
Abbildung 16:	Einzugsgebiet der Gäste der Hospizinsel (18.05.18 - 31.08.23)	75
Abbildung 17:	Anfrage der Versorgung in der Hospizinsel, n = 180, Mehrfachnennung, Angaben in %	76
Abbildung 18:	Wohnsituation vor Aufnahme in der Hospizinsel, n = 181, Angaben in %	77
Abbildung 19:	Verweildauer in der Hospizinsel in Tagen, n = 177	78
Abbildung 20:	Beteiligte Dienste in der Versorgung der Hospizinsel, n = 167, Mehrfachnennung, Angaben in %	79
Abbildung 21:	Altersverteilung der Hospizgäste (Hospizinsel n = 31 in %)	82

---

---

Abbildung 22:	Beteiligte an der Versorgung der HospizInsel-Gäste (n = 31)	85
Abbildung 23:	HospizInsel-Gäste: körperliche Symptome (t <sub>1</sub> ) und (t <sub>2</sub> ) I	86
Abbildung 24:	HospizInsel-Gäste: körperliche Symptome (t <sub>1</sub> ) und (t <sub>2</sub> ) II	87
Abbildung 25:	HospizInsel-Gäste: emotionale Symptome (t <sub>1</sub> ) und (t <sub>2</sub> )	88
Abbildung 26:	HospizInsel-Gäste: praktische Probleme (t <sub>1</sub> ) und (t <sub>2</sub> )	89
Abbildung 27:	Stichprobe HospizInsel-Gäste: IPOS t <sub>1</sub> Subskalen (n=18) in Anlehnung an Bausewein et al.	90
Abbildung 28:	Stichprobe HospizInsel-Gäste: IPOS t <sub>2</sub> -t <sub>1</sub> Subskalen (n = 18) in Anlehnung an Bausewein et al.	91
Abbildung 29:	Stichprobe HospizInsel-Gäste: IPOS t <sub>1</sub> und t <sub>2</sub> -t <sub>1</sub> Subskalen (n = 18) in Anlehnung an Davis et al.	92
Abbildung 30:	MQOL: Symptome der HospizInsel-Gäste (n = 11) (Mehrfachangabe)	94
Abbildung 31:	MQOL: Symptome der HospizInsel-Gäste (n = 11)	95
Abbildung 32:	Altersverteilung der Hospizgäste (HospizInsel n = 12, Vergleichsfälle n = 19), in %	97
Abbildung 33:	Wahrnehmung der Rolle der Angehörigen (HospizInsel n = 12, Vergleichsfälle n = 19), in %	100
Abbildung 34:	Symptomatik (HospizInsel n = 12, Vergleichsfälle n = 19), Mehrfachnennungen möglich, in %	101
Abbildung 35:	Beteiligte an der Versorgung der HospizInsel-Gäste (n = 12)	103
Abbildung 36:	Beteiligte an der Versorgung der Vergleichsfälle (n = 18)	104
Abbildung 37:	Stichprobe HospizInsel-Gäste und Vergleichsfälle: IPOS Subskalen t <sub>1</sub> und t <sub>2</sub> -t <sub>1</sub> in Anlehnung an (Bausewein et al., 2019)	105
Abbildung 38:	Stichprobe HospizInsel-Gäste und Vergleichsfälle: IPOS-Subskalen t <sub>1</sub> und t <sub>2</sub> -t <sub>1</sub> in Anlehnung an (Davies et al., 2023)	106
Abbildung 39:	MQOL: Symptome der HospizInsel-Gäste (t <sub>1</sub> und t <sub>2</sub> )	107
Abbildung 40:	MQOL: Symptome der Vergleichsfälle (t <sub>1</sub> und t <sub>2</sub> )	108
Abbildung 41:	MQOL-Vergleichsfälle und HospizInsel-Gäste zu t <sub>1</sub> und t <sub>2</sub> -t <sub>1</sub>	109
Abbildung 42:	Angehörigenbefragung: Wahrnehmung der Versorgung (n = 10) 110	
Abbildung 43:	Angehörigenbefragung: Selbstbestimmung am Lebensende (n = 10)	111
Abbildung 44:	Angehörigenbefragung: Empfehlung (n = 10)	111

---

---

Abbildung 45:	Beschäftigtenbefragung: Beziehung zum Gast und Angehörigen I (n = 18)	114
Abbildung 46:	Beschäftigtenbefragung: Beziehung zum Gast und Angehörigen II (n = 18)	115
Abbildung 47:	Beschäftigtenbefragung: Feedback von Angehörigen (n = 18)	116
Abbildung 48:	Beschäftigtenbefragung: Ausstattungen für Gäste und Angehörige (n = 18)	116
Abbildung 49:	Beschäftigtenbefragung: Zusammenarbeit - Häufigkeit (n = 18)	117
Abbildung 50:	Beschäftigtenbefragung: Zusammenarbeit - Unterstützung	118
Abbildung 51:	Beschäftigtenbefragung Gruppe 1: Zusammenarbeit – Häufigkeit im Vergleich	120
Abbildung 52:	Beschäftigtenbefragung Gruppe 2: Zusammenarbeit – Häufigkeit im Vergleich	121
Abbildung 53:	Beschäftigtenbefragung Gruppe 3: Zusammenarbeit – Häufigkeit im Vergleich	122
Abbildung 54:	Beschäftigtenbefragung Gruppe 1: Zusammenarbeit – Unterstützung im Vergleich	124
Abbildung 55:	Beschäftigtenbefragung Gruppe 2: Zusammenarbeit – Unterstützung im Vergleich	125
Abbildung 56:	Beschäftigtenbefragung Gruppe 3: Zusammenarbeit – Unterstützung im Vergleich	126
Abbildung 57:	Beschäftigtenbefragung: Anforderung und Arbeitspensum (n = 18)	127
Abbildung 58:	Beschäftigtenbefragung: Zufriedenheit (n = 18)	128
Abbildung 59:	Beschäftigtenbefragung: Allgemeine Arbeitsbelastung (n = 18)	129
Abbildung 60:	Allgemeine Arbeitsbelastung der befragten Pflegenden aus Behrendt et al.	129
Abbildung 61:	Beschäftigtenbefragung: Angebot/Möglichkeiten Fort- und Weiterbildung (n = 18)	130
Abbildung 62:	Beschäftigtenbefragung: Umsetzung Fort- und Weiterbildung (n = 18)	131
Abbildung 63:	Beschäftigtenbefragung: Kompetenzen und Wünsche (n = 18)	132
Abbildung 64:	Beschäftigtenbefragung: Versorgungsqualität (n = 18)	133

---

---

Abbildung 65:	Beschäftigtenbefragung: Subskala „Resident Care“ (Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner)	134
Abbildung 66:	Beschäftigtenbefragung: „Nursing Home Environment“ (Pflegeheimumfeld)	134
Abbildung 67:	Summenindex Hybridität (n = 230)	139
Abbildung 68:	Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten von Heimbewohnern in den letzten 30 Tagen vor dem Versterben	144
Abbildung 69:	Palliativ-Zentrum Neuruppin	161
Abbildung 70:	Entwicklungspfade von ambulant betreuten Wohngemeinschaften	166
Abbildung 71:	Anzahl von ambulant betreuter Wohngemeinschaften nach Bundesländern 2022	167
Abbildung 72:	Ambulant betreute Wohngruppen 2022 bundesweit nach Spezialisierung	168
Abbildung 73:	Spannungsfeld für Wohn- und Versorgungsformen im Alter	169
Abbildung 74:	Rechtliche Gemengelage für abWGs	170
Abbildung 75:	Wohnformen außerhalb und innerhalb des Heimrechts (WTPG) in Baden-Württemberg	178
Abbildung 76:	Phasen der Palliativversorgung	191
Abbildung 77:	Leistungsrechtliche Einordnung der Hospizinsel	194
<b>Tabellen</b>		
Tabelle 1:	Durchgeführte Datenerhebungen	22
Tabelle 2:	Kategoriensystem zu den Interviews mit den Kooperationspartnern	32
Tabelle 3:	Themen der Angehörigenbefragung	33
Tabelle 4:	Kategoriensystem zu den Interviews mit Expertinnen und Experten	35
Tabelle 5:	Übersicht Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerke in Bayern	56
Tabelle 6:	Hospize in Bayern im Jahr 2023 (Plätze)	60
Tabelle 7:	Kapazitäten Palliativversorgung in der Region Mühldorf am Inn (Umkreis von 50 km ausgehend von der Hospizinsel, 84478 Waldkraiburg)	62
Tabelle 8:	ursprünglicher Kriterienkatalog zur Einschätzung des Versorgungsbedarfs potentieller Gäste der Hospizinsel	71

---

---

Tabelle 9:	Charakteristik der HospizInsel-Gäste 05/2018 bis Ende 08/2023, n = 182	74
Tabelle 10:	Inanspruchnahme SAPV 2022	81
Tabelle 11:	Grundcharakteristik der HospizInsel-Gäste (Stichprobe n = 31)	83
Tabelle 12:	Überblick über die Ergebnisse der t <sub>3</sub> -Befragung	84
Tabelle 13:	Überblick Vergleichseinrichtungen und Vergleichsfälle	96
Tabelle 14:	Grundcharakteristik der Gäste I	98
Tabelle 15:	Grundcharakteristik der Gäste II	99
Tabelle 16:	Überblick über die Ergebnisse der t <sub>3</sub> Befragung	102
Tabelle 17:	Beschäftigtenbefragung Tätigkeit und Weiterbildung, n = 18	112
Tabelle 18:	Übersicht zu den Ergebnissen der Hybriditätsbewertung	138
Tabelle 19:	Personalausstattung im Vergleich	145
Tabelle 20:	prospektive Kosten HospizInsel 2023 (gesamt)	148
Tabelle 21:	Verteilungsschlüssel Kostenarten für stationäre Hospize	149
Tabelle 22:	Tagessatz HospizInsel 2023*	150
Tabelle 23:	Übersicht über vergleichbare Palliativprojekte bundesweit	158
Tabelle 24:	Wohnformtypen nach konzeptioneller Ausrichtung, Häufigkeit (n = 52, Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI)	164
Tabelle 25:	Übersicht zu Regelungen für anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaften im WTG Berlin	179

---

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
AAPV	allgemeine ambulante Palliativversorgung
abWG	ambulant betreute Wohngemeinschaften
AKI	außerklinische Intensivpflege
ASW	Adalbert Stifter Seniorenwohnen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BQKPMV	besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
EBM	einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GOP	Gebührenordnungspositionen (GOP)
HKP	Häusliche Krankenpflege
HPG	Hospiz- und Palliativgesetz
IPOS	Integrated palliative outcome scale
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MD	Medizinischer Dienst
MQOL	McGill Quality of Life Questionnaire
NetHPV	Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Erlangen und Erlangen-Höchstadt
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PfleWoqG	Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz)
PROM	patient-reported outcome measures
PSG	Pflegestärkungsgesetze (I 2015, II 2016 und III 2017)
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

---

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
SAPV-RL	Spezialisierte ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie
SD	Standardabweichung
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
WiDO	Wissenschaftliches Institut der AOK
QMPR	Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten
QoDD	Quality of Dying and Death

---

## 1. Zusammenfassung

Der Versorgung von schwerstkranken Menschen am Lebensende (Palliativversorgung) wurde in Deutschland in den zurückliegenden Jahren leistungsrechtlich gestärkt. Trotz des Ausbaus der Versorgungsstrukturen, insb. im Bereich der Hospize, ist eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Palliativversorgung in Deutschland noch nicht gewährleistet. Als Ausdruck einer suboptimalen Versorgung und Begleitung am Lebensende dürften z. B. die Entwicklungen bei Sterbefällen im Krankenhaus zu werten sein: So stieg in der Altersgruppe ab 65 Jahre im Zeitraum 2007 bis 2015 die Zahl der im Krankenhaus Verstorbenen, die eine Intensivtherapie erhielten, dreimal so schnell wie die der Krankenhaustodesfälle insgesamt (Fleischmann-Struzek et al., 2019). Eine repräsentative Bevölkerungsbefragung 2017 offenbarte eine Diskrepanz zwischen den tatsächlichen und den gewünschten Sterbeorten (KBV 2020: 3): Während die Mehrheit (58 %) zu Hause versterben möchte und nur 4 % im Krankenhaus, verbrachten tatsächlich 58 % die letzten Tage im Krankenhaus und nur 23 % verstarben zu Hause. Auch Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner werden in den letzten 30 Tagen vor dem Versterben häufig (48 %) noch im Krankenhaus versorgt, in einige Pflegeeinrichtungen liegt dieser Anteil gar bei über 80 % (Behrendt & Schwinger 2023).

Die Versorgungskapazitäten mit palliativem Schwerpunkt in Bayern lassen sich zusammengefasst wie folgt charakterisieren (siehe Kapitel 5.2, S. 52 ff.):

- ◆ Die Zahl der **Palliativmediziner** war 2016 im Ländervergleich in Bayern am niedrigsten: ambulant 2,4 und stationär 3,6 pro 100.000 Einwohner.
- ◆ 2020 gab es 4,04 **SAPV-Teams** pro eine Mio. Einwohner in Bayern – im Ländervergleich ein mittlerer Wert (Erhöhung von 15,4 % gegenüber 2016).
- ◆ Der Schwerpunkt der **stationären Palliativversorgung** liegt in Bayern im Krankenhaus (mit 35,5 Stationsbetten pro eine Mio. Einwohner bzw. 70 % der Palliativbetten im Jahr 2020).
- ◆ Mit 15,3 **Hospizbetten** pro eine Mio. Einwohner hatte Bayern 2020 im Bundesvergleich die niedrigsten Versorgungskapazitäten – im Bundesdurchschnitt verfügten die Länder über knapp 30 Hospizbetten pro eine Mio. Einwohner.

Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Region Mühldorf (siehe Kapitel 5.4, S. 61 ff.): Im 50-km-Umkreis der Hospizinsel in Waldkraiburg gibt es 69 Betten auf Palliativstationen (77,5 % der Palliativbetten), zwei Hospize mit jeweils 10 Plätzen und die SAPV am Inn GmbH, die die Landkreise Mühldorf am Inn, Altötting und Rottal-Inn und damit ein Einzugsgebiet mit rund 337.000 Einwohnern versorgt. Bezüglich der hausärztlichen Versorgung gilt der Landkreis Mühldorf am Inn als unterversorgt (13,5 Niederlassungsmöglichkeiten 2022).

Als Antwort auf regionale Versorgungsengpässe für Menschen im Sterbeprozess haben der Anna Hospizverein im Landkreis Mühldorf e. V. und der Heimwerk e. V. 2018 die Hospizinsel in Waldkraiburg gegründet. Zentral war dabei die Erkenntnis,

dass die wenigsten Patienten am Lebensende der Vollversorgung eines stationären Hospizes bedürfen, jedoch tagsüber mehr Versorgung benötigen, als im ambulanten Umfeld, auch mit Unterstützung der SAPV, möglich ist.

Die Hospizinsel ist eine ambulant betreute Palliativ-Wohngemeinschaft mit vier Plätzen (eine ausführliche Beschreibung des Konzeptes findet sich im Kapitel 6). Die auch in der eigenen Häuslichkeit eingebundenen Leistungserbringer – der ambulante Pflegedienst, der Hospizdienst des Anna Hospizvereins und ggf. das SAPV-Team – wurden um eine Palliative Care-Kraft im Tag- und Spätdienst, eine Koordinationsfachkraft und eine Fachkraft für Soziale Arbeit ergänzt mit dem Ziel, nur so viel Personal in Pflege und Betreuung wie nötig vorzuhalten. Die Palliativ-WG ist in die Strukturen eines Altenheims eingebunden, was eine kostengünstige Bereitstellung der für den Betrieb notwendigen Voraussetzungen wie Wäscheservice, Reinigung und Essen ermöglicht. Die räumliche Nähe zu einem Betreuten Wohnen schafft Synergieeffekte für den Personaleinsatz des ambulanten Dienstes, insb. bei den nächtlichen Rundgängen in der Hospizinsel.

Die Finanzierung der laufenden Kosten der Hospizinsel erfolgt aus Einnahmen für SGB V- und SGB XI-Leistungen, einem Eigenanteil der Gäste für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 55 Euro pro Tag (ab 2024: 60 Euro) und aus Spendenmitteln. 2023 mussten dafür 220.000 Euro eingeworben werden.

Das Versorgungsangebot der Hospizinsel verfolgt den Zweck einer umfassenden Palliativversorgung am Lebensende für Menschen, deren Versorgung auch mit SAPV in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr sichergestellt ist, die aber bei Aufnahme noch nicht die vollumfängliche Versorgung eines stationären Hospizes benötigen. Weiterhin hat die Hospizinsel den Anspruch, den Gästen im Vergleich zur stationären Versorgung mehr Freiraum, Individualität und Selbstbestimmung im Alltag zu ermöglichen und eine familiäre Atmosphäre zu schaffen. Und nicht zuletzt bietet die Hospizinsel den Bewohnern der Region Mühldorf eine wohnortnahe Versorgungsalternative im Vergleich zur Hospizversorgung.

Ziel der Evaluation war es zu untersuchen, ob

- ◆ die Hospizinsel ihre Zielgruppe (wie in Kapitel 7.1 im Detail dargelegt) und ihre Versorgungsziele erreicht,
- ◆ die Strukturen (baulich, personell) bedarfsgerecht sind und
- ◆ das Versorgungsangebot „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ ist im Sinne des § 12 SGB V.

Weiterhin sollte eine ordnungsrechtliche Einordnung der Hospizinsel erfolgen.

Aus der Analyse der Daten zu den Gästen der Hospizinsel seit 2018 (siehe Kapitel 7.2 und 7.3) geht hervor, dass die im Versorgungskonzept festgelegte Zielgruppe erreicht wird. Die Mehrzahl der Gäste der Hospizinsel konnte „wohnortnah“ versorgt werden. Die Hospizinsel trägt auch nachweislich dazu bei, der Unterversorgung von Menschen am Lebensende im Landkreis Mühldorf zu begegnen, wie Ärzte und Zuweiser bestätigten. Der Einrichtungscharakter der Hospizinsel

---

entspricht in stärkerem Maße einer häuslich-familiären als einer institutionellen Situation, wie u. a. die Befragung der Beschäftigten der Hospizinsel ergab. Mit der Vielfalt der in der Hospizinsel beteiligten Akteure ist ein hohes Maß an „Hybridität“ gegeben (vgl. zum Konzept Hybridität von Wohngemeinschaften Kapitel 7.5.2, S. 112 ff.), was zum Schutz der Gäste und zur Qualitätssicherung beiträgt.

Die Daten der in der Hospizinsel seit 2018 versorgten Gäste bestätigen, dass diese in der Regel auch in der Hospizinsel versterben – eine Verlegung/ein Auszug kommt nur in seltenen Fällen vor (7,7 %). Damit wird auch das Ziel, ein ungewolltes Versterben im Krankenhaus zu vermeiden, erreicht.

Berücksichtigt man die Tatsache, dass die Gäste der Hospizinsel meist in stabilisiertem Zustand aufgenommen werden, großenteils aus dem Krankenhaus oder aus der Häuslichkeit mit SAPV-Versorgung, und im Verlauf des Sterbeprozesses eher mit einer Verschlechterung des Zustandes zu rechnen ist, lässt sowohl das Ergebnis teilweise verringerter als auch unveränderter Symptome auf eine hohe Versorgungsqualität schließen. Bei den betrachteten Fällen hat sich jeweils die Mehrheit der Gäste in den Bereichen Kommunikation und praktische Probleme sowie körperliche Symptome verbessert bzw. stabilisiert. Lediglich bei den Gastrointestinalen Symptomen überwog die Zahl der Gäste mit einer Verschlechterung (zehn zu acht Personen) (siehe ausführlich Kapitel 7.3.2, S. 83 ff.).

Die ursprünglich geplante vergleichende Bewertung von Verlaufsdocumentationen mit Versorgungsfällen aus anderen palliativen Settings mit dem Matched-Pair-Verfahren konnte mangels Vergleichsdaten, insb. aus Hospizen, leider nicht realisiert werden. Aus der Betrachtung aggregierter Daten der beiden Gruppen Hospizinsel und Vergleichseinrichtungen (90 % ambulantes Setting) ist aber ersichtlich, dass die Versorgung in der Hospizinsel mit den anderen Einrichtungen vergleichbar ist bzw. nicht schlechter abschneidet. Einzelaussagen von Kooperationspartnern zufolge lassen sich bei den Patientinnen bzw. Patienten, die in der Hospizinsel versorgt werden, Verbesserungen des Zustands gegenüber vorher wahrnehmen – sowohl psychisch als auch körperlich („war bettlägerig und läuft nun wieder mit dem Rollator“) (vgl. Kapitel 7.3.2.3, S. 93).

Die Angehörigen der Hospizinsalgäste sind durchweg sehr zufrieden mit der Betreuung und Begleitung durch das Personal der Hospizinsel. Auch die Beschäftigten der Hospizinsel zeichnen ein positives Bild (u. a. ausreichend Zeit für die Versorgung, angemessene Arbeitsanforderungen, je 50 % äußern eine sehr hohe bzw. hohe Arbeitszufriedenheit). Die Qualität der Versorgung schätzen die Beschäftigten als umfassend (94 %) und familiär (89 %) ein und 72 % stimmen voll und ganz zu, dass die Gäste ihren Tagesablauf selbstbestimmt gestalten können (siehe dazu Kapitel 7.5, S. 109 ff.).

Die Ergebnisse der Untersuchung der Wirtschaftlichkeit des Versorgungsangebots der Hospizinsel werden im Kapitel 7.6, S. 141 ff.) dargelegt. Der Tagessatz der Hospizinsel fällt deutlich günstiger aus als jener in stationären Hospizen in Bayern. Die Kostenvorteile der Hospizinsel bei den Personalkosten ergeben sich vor allem aufgrund der niedrigeren Personalvorhaltung in der Nacht (bei entsprechender

Zielgruppe, die bei Aufnahme (noch) keine nächtliche Versorgung benötigt), aber auch infolge der Synergieeffekte beim Leitungs-, Verwaltungs- und Hauswirtschaftspersonal durch die örtliche Anbindung an die Strukturen anderer Leistungserbringer (Pflegeheim, betreutes Wohnen). Zur nachhaltigen Finanzierung der Hospizinsel müssten allerdings die bisher nicht über Einzelleistungen nach SGB V und XI sowie den von den Gästen getragenen Tagessatz refinanzierten Kosten von den Krankenkassen finanziert werden.

Ein Blick über Bayern hinaus zeigte, dass auch in anderen Bundesländern der Versuch unternommen wird, die Palliativversorgung insb. in ländlichen Regionen durch neuartige, kleinteilige Angebotsformen wohnortnah sicherzustellen (siehe Kapitel 8, S. 157 ff.). In den untersuchten Modellprojekten geht es ebenfalls darum, einen bisher nicht gedeckten Versorgungsbedarf von Palliativpatientinnen und -patienten, die nicht mehr „rein ambulant“, d. h. in ihrer Wohnung mit Leistungen der SAPV, versorgt werden können, zu decken. Stationäre Hospize wären prinzipiell geeignet, sind aber mit der geforderten Mindestzahl von acht Plätzen in dünn besiedelten Regionen kaum rentabel zu betreiben. Weiterhin wurde von allen Projektträgern bestätigt, dass ein erheblicher Anteil der Personen in der Sterbephase nicht die vollumfängliche Versorgung eines Hospizes benötigt, so dass die Vorhaltung von Pflegefachpersonal (insb. Palliative Care-Kräfte) rund um die Uhr nicht erforderlich sei. Die Schwierigkeiten, mit denen sich die Projektträger bei der praktischen Umsetzung konfrontiert sehen, ähneln sich und manifestieren sich vor allem in mangelnder Nachhaltigkeit aufgrund von Problemen bei der Refinanzierung.

Die Auseinandersetzung mit den ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen (im Kapitel 9, S. 163 ff.) hat ergeben, dass an Einrichtungen bzw. innovative Wohn- und Betreuungsformen in den meisten Bundesländern immer dann besondere Anforderungen zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner gestellt werden, wenn sich diese durch eine sogenannte strukturelle Abhängigkeit der Nutzerinnen und Nutzer auszeichnen. Das heißt, dass es gewisse Einschränkungen der Wahlfreiheiten gibt (z. B. bei der Auswahl des Pflegedienstes, bei der Entscheidung über potenzielle Mitbewohnerinnen/-bewohner etc.). In diesem Sinne ist auch die Hospizinsel gem. Art. 2 Abs. 4 Satz 5 PflWoqG eine trägergesteuerte ambulant betreute Wohngemeinschaft, die somit prinzipiell die Vorschriften des Zweiten Teils des PflWoqG (Besondere Vorschriften für stationäre Einrichtungen und besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe) sowie die entsprechenden Bestimmungen der Ausführungsverordnung zum PflWoqG zu erfüllen hat.

Die zuständigen Behörden haben bei der Durchsetzung der Vorgaben gewisse Gestaltungsspielräume bezgl. der baulichen und personellen Mindestanforderungen sowie hinsichtlich der Vorgaben zur Teilhabe. Aufgrund der kurzen Verweildauer der Hospizinsel-Gäste (Median 14, Mittelwert 30 Tage) kann die Hospizinsel als Kurzeiteinrichtung gem. Artikel 10 Abs. 1 PflWoqG eingeordnet werden. Damit wäre sie von einigen Vorschriften befreit – insb. von den Vorgaben in Artikel 9 Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner. Aus den besonderen Bedarfen der Zielgruppe „Menschen am Lebensende“ lassen sich weitere Abweichungen von

den Anforderungen, die an stationäre Dauerpflegeeinrichtungen gestellt werden, begründen. Konkrete Hinweise zu ordnungsrechtlichen Anforderungen für eine Palliativ-Wohngemeinschaft nach dem Konzept der Hospizinsel werden im Kapitel 9.3.1, S. 189 ff.) erörtert.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Hospizinsel ein palliatives Versorgungsangebot bietet, das in einem gestuften regionalen Versorgungssystem eine Lücke zwischen ambulanter bzw. häuslicher Palliativversorgung (ggf. mit SAPV) und stationärer Palliativversorgung (Hospiz) füllt. Es richtet sich an Personen, deren Versorgung zu Hause auch mit Unterstützung der SAPV nicht mehr sichergestellt werden kann, deren Versorgungsbedarf aber noch nicht so hoch ist, dass ein Hospiz erforderlich ist. Da es sich um eine vorübergehende bzw. kurzzeitige Versorgung von typischerweise 14 bis 30 Tagen handelt und Angehörige, sofern vorhanden, typischerweise ebenfalls einen emotionalen Unterstützungsbedarf haben, steht bei den Betroffenen die Versorgungssicherheit gegenüber den Aspekten der Selbstbestimmung und Teilhabe deutlich im Vordergrund. Daraus lassen sich Ausnahmen von bestimmten heimrechtlichen Anforderungen rechtfertigen. Zur nachhaltigen Finanzierung ist es erforderlich, mit den Krankenkassen zu einer nachhaltigen Vergütungslösung zu kommen – aufgrund der Kostenstruktur (hoher Anteil quasi-fixer Personalkosten) ist ein Tagessatz zu empfehlen. Leistungsansprüche gegenüber der sozialen Pflegeversicherung sind dabei einzubeziehen.

## 2. Hintergrund und Ziele der Evaluation

Der Versorgung von schwerstkranken Menschen am Lebensende (Palliativversorgung) wurde in den zurückliegenden Jahren leistungsrechtlich gestärkt. So besteht für Versicherte der GKV seit 2007 ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, § 37b SGB V), die auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung sowohl im Haushalt der schwerstkranken Menschen bzw. ihrer Familien als auch in stationären Pflegeeinrichtungen, Hospizen oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen erbracht werden kann. Ferner wurde mit dem 2015 verabschiedeten Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) in § 132g SGB V die Möglichkeit für stationäre Pflegeeinrichtungen geschaffen, ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ anzubieten. Der GKV-Spitzenverband hat 2017 die gesetzlich geforderte Vereinbarung mit den Wohlfahrts- und Trägerverbänden über die Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung getroffen.

Grundsätzlich besteht unter Fachleuten und der Politik Konsens, dass die „Schaffung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen und evidenzbasierten Palliativversorgung in Deutschland“ erforderlich ist und dass dieser Anspruch bisher noch nicht erfüllt wird (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e. V., 2015). So ist zu konstatieren, dass der Zugang zu palliativen Einrichtungen, wie z. B. stationären Hospizen, bisher nicht für alle Betroffenen möglich ist, weil u. a. die Wartelisten oft lang sind.

Als Ausdruck einer suboptimalen Versorgung und Begleitung am Lebensende dürften auch die Entwicklungen bei Sterbefällen im Krankenhaus zu werten sein: So stieg in der Altersgruppe ab 65 Jahre im Zeitraum 2007 bis 2015 die Zahl der im Krankenhaus Verstorbenen, die eine Intensivtherapie erhielten, dreimal so schnell wie die der Krankenhaustodesfälle insgesamt (Fleischmann-Struzek et al., 2019). Die Autoren der Studie halten es für fraglich, dass die Intensität der Versorgung (Intensivtherapie im Krankenhaus) in allen Fällen angemessen und den Patientenwünschen entsprechend sei (ebd.). Auf bestehende Versorgungsmängel deuten auch die starken regionalen Unterschiede in der Häufigkeit des Versterbens im Krankenhaus (Zich & Sydow, 2015).

Vor diesem Hintergrund haben der Anna Hospizverein im Landkreis Mühldorf e. V. und der Heimwerk e. V., der in Waldkraiburg das Adalbert Stifter Seniorenwohnen betreibt (betreutes Wohnen, ambulanter Pflegedienst und stationäre Langzeitpflegeeinrichtung), im Mai 2018 in Waldkraiburg eine ambulante Palliativwohngemeinschaft mit vier Plätzen etabliert – die sogenannte Hospizinsel.

Ziel des Versorgungsangebotes der Hospizinsel ist gem. Leistungsbeschreibung zur Studie „eine bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten am Lebensende, die nicht die vollumfängliche Versorgung eines stationären Hospizes benötigen, jedoch im häuslichen Umfeld auch mit Unterstützung durch die SAPV nicht mehr ausreichend versorgt werden können.“

---

Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung bzw. Untersuchung war es zu ermitteln, ob und inwieweit die Hospizinsel eine Versorgungsform ist, die es den Patientinnen und Patienten gem. Artikel 8 der Charta der Rechte Hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020) ermöglicht, in Würde zu sterben, und dabei gleichzeitig das sozialversicherungsrechtliche Wirtschaftlichkeitsgebot erfüllt.<sup>1</sup>

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung sollen:

- ◆ der Bedarf an den von der Hospizinsel angebotenen Leistungen der Palliativversorgung,
- ◆ die Wirksamkeit des Angebots,
- ◆ die Wirtschaftlichkeit des Angebots,
- ◆ die Übertragbarkeit des Konzepts auf andere Regionen und
- ◆ die ordnungsrechtliche Einordnung des Konzepts

untersucht und bewertet werden. Weiterhin sollte „die innovative Versorgungsform Hospizinsel ordnungsrechtlich in Bezug auf alle konzeptbezogenen ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen beurteilt und ordnungsrechtliche Anforderungen beschrieben werden“ (Leistungsbeschreibung, S. 4).

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte über einen Zeitraum von 18 Monaten (Mai 2022 bis Oktober 2023). In diesem Zeitraum wurden über 12 Monate Daten zum laufenden Versorgungsgeschehen der Hospizinsel (und in Vergleichseinrichtungen, siehe Kapitel 3.4) erhoben. Weiterhin wurden die bereits seit Mai 2018 durch die Hospizinsel selbst erhobenen Daten in die Analyse und Bewertung einbezogen.

---

<sup>1</sup> Gem. § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V müssen die Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ Ähnlich heißt es in § 29 Abs. 1 Satz 1 SGB XI: „Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.“

---

### 3. Methodik

Ausgangspunkt für das Evaluationskonzept ist das in der Ausschreibung dargelegte Konzept der Hospizinsel mit folgenden grundlegenden Merkmalen:

- ◆ **Zielgruppen:** Menschen in der Terminal- bzw. Sterbephase (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020b, S. 4), die entweder jünger als 75 Jahre sind und/oder die in der eigenen Häuslichkeit auch mit professioneller Unterstützung nicht mehr ausreichend versorgt werden können
- ◆ **Versorgungsform:** ambulant betreute Wohngemeinschaft
- ◆ **Medizinische Versorgung:** durch Haus- und Fachärzte der Gäste, ggf. ergänzt durch SAPV
- ◆ **Pflegerische Betreuung:** durch Fachkräfte des ambulanten Dienstes des Adalbert Stifter Seniorenwohnen (ASW) in Zusammenarbeit mit Fachkräften des Anna Hospizvereins im Landkreis Mühldorf e.V., Pflegeschlüssel mit Palliative Care Fachkräften in den Kernzeiten von 7:30 - 21:00 Uhr in der Woche zwischen 1:2 - 1:4, Rufbereitschaft außerhalb der Kernzeiten.
- ◆ **Sozialpsychologische Betreuung:** Palliative Care Fachkräfte, ehrenamtliche Hospizbegleitung sowie eine sozialpädagogische Fachkraft (Stellenanteil von 30 %)
- ◆ **Qualitätssicherung:** Pflegevisiten, Fallbesprechungen, Supervision und Fortbildungen, Dokumentation nach dem Strukturmodell (EinSTEP) und mittels PalliDoc®.

Dem Evaluationskonzept liegt die in Abbildung 1 dargestellte Kausalkette zugrunde:

Abbildung 1: Kausalkette der Wirkungsanalyse



In den nachfolgenden Kapiteln wird das methodische Vorgehen im Rahmen der Studie beschrieben, beginnend mit den Literaturrecherchen/-analysen (Kapitel 3.1). Kapitel 3.2 gibt anschließend einen Überblick über die durchgeführten Datenerhebungen, die dann jeweils im Detail in den folgenden Kapiteln 2.3 bis 2.10 erläutert werden.

### **3.1 Desktoprecherche und Literaturanalyse**

Im Rahmen der Vorbereitungsphase erfolgte eine Desktoprecherche und Literaturanalyse zu den rechtlichen Rahmenbedingungen und zum Leistungsgeschehen der Palliativversorgung in Deutschland sowie zu wissenschaftlich validierten Erhebungsinstrumenten zur Bewertung der Palliativversorgung.

Zur ordnungs- und leistungsrechtlichen Beurteilung des Versorgungsangebotes der Hospizinsel wurden die Vorschriften zu den relevanten rechtlichen Rahmenbedingungen auf Landes- und Bundesebene recherchiert, insb. das Pflege- und Wohnqualitätsgesetz des Freistaates Bayern – PflWoqG aus 2008, zuletzt geändert am 24.07.2023, und entsprechende untergesetzliche Regelungen sowie leistungsrechtlich relevante Vorschriften der SGB V und XI.

### **3.2 Überblick über die durchgeführten Erhebungen**

Die folgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die im Rahmen der Evaluation durchgeführten Datenerhebungen

Tabelle 1: Durchgeführte Datenerhebungen

Zielgruppe	Art der Erhebung	Ziel	Instrument
Gäste der Hospizinsel	Falldokumentation	Beschreibung der Population „Hospizinsel-Gäste“	(Digitaler-) Fragebogen
	Steckbrief	Grundlage für das Matched-Pair-Verfahren	(Papier-)Fragebogen
	Verlaufsdokumentation zu drei Zeitpunkten	Erfassung der Lebens- und Versorgungsqualität der Gäste (Selbst- und Fremdeinschätzung), Darstellung über den Zeitverlauf	t <sub>1</sub> und t <sub>2</sub> Online-Erfassung (IPOS, QoL; Mqol) t <sub>3</sub> -(Online-) Fragebogen
Vergleichsfälle	Steckbrief	Grundlage für das Matched-Pair Verfahren	(Papier-)Fragebogen
	Verlaufsdokumentation zu drei Zeitpunkten	Erfassung der Lebens- und Versorgungsqualität der Vergleichsfälle (Selbst- und Fremdeinschätzung), Darstellung über den Zeitverlauf	t <sub>1</sub> und t <sub>2</sub> Online-Erfassung (IPOS, QoL; Mqol) t <sub>3</sub> -(Online-) Fragebogen
Angehörige (Gäste der Hospizinsel und Vergleichsfälle)	Befragung	Einschätzung und Bewertung der aktuellen Versorgung	(Papier-)Fragebogen
Beschäftigte der Hospizinsel	Befragung	Einschätzung zur Versorgungsqualität, Einrichtungskarakter, Arbeitsorganisation und Arbeitszufriedenheit	(Online-)Fragebogen
Regionale Akteure der Hospizversorgung (z. B. Krankenhäuser, Hausarztpraxen)	Interview	Einschätzung des Versorgungsangebotes der Hospizinsel, der Chancen und Hemmnisse des Konzepts	Leitfadengestütztes (Telefon-) Interview
Expertinnen und Experten der ambulanten palliativ Versorgung	Interview	Einblick in ähnliche bzw. andere Palliativversorgungskonzepte sowie Anregungen für die Weiterentwicklung	Leitfadengestütztes (Telefon-) Interview
Leitung der Hospizinsel	Befragung	Erfassung der Struktur der Hospizinsel	(Papier-)Fragebogen

Quelle: IGES

### 3.3 Falldokumentation der HospizInsel-Gäste

Zunächst wurde mit den Beteiligten geklärt, welche der für die einzelnen Evaluationsschritte benötigten Informationen bereits in der seit 2018 erfolgenden fallbezogenen Dokumentation der Gäste der HospizInsel enthalten sind bzw. welche durch IGES zum Zwecke der Evaluation ergänzt und implementiert werden sollten. In den Abstimmungsprozess wurden auch die Pflege- und Betreuungskräfte einbezogen, um der erweiterten Dokumentation eine hohe Akzeptanz zu sichern. Dazu wurden sondierenden Interviews mit einer Sozialpädagogin und der koordinierenden Stelle (Pflegefachkraft) durchgeführt.

Für die Beschreibung der Fälle wurden neben den von der HospizInsel erhobenen Daten (von 2018 bis Oktober 2023) auch die Steckbriefe herangezogen, die für das Matched-Pair-Verfahren (siehe nachfolgendes Kapitel) erstellt worden waren. Die sehr umfassenden Daten der HospizInsel enthielten unter anderem die Wohnsituation vor der Aufnahme, den Pflegegrad, Diagnosen sowie eine Erfassung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer. Ergänzend dazu wurden die im Steckbrief erhobenen Daten verarbeitet, um die Stichprobe der Gäste im Erhebungszeitraum vertiefend charakterisieren zu können.

### 3.4 Matched-Pair-Verfahren

Da eine randomisierte kontrollierte Studie zur Bewertung der Wirkungen des Versorgungskonzeptes der HospizInsel nicht realisiert werden kann, wurde das sogenannte Matched-Pair-Verfahren eingesetzt. Dieses ist ein zumindest ansatzweiser Ersatz der nicht umsetzbaren Randomisation<sup>2</sup> von Studienpersonen. Es wird zu jedem „Fall“ der HospizInsel unter Passung bekannter prognostischer Kofaktoren ein passender „Vergleichsfall“ rekrutiert. Damit kann die gesamte Fallkontrollstudie als für den störenden Einfluss dieser Kofaktoren im Ansatz bereinigt die Assoziation zwischen Versorgungssetting und -ergebnis bestimmen. Der Vorteil eines solchen „Matched-Pair-Designs“ ist also eine direktere Vergleichbarkeit zweier nicht randomisierter Kohorten durch Elimination von Störgrößen entlang der Rekrutierung (Krummenauer et al., 2015, S. 308).

Da die HospizInsel eine alternative bzw. neuartige palliative Versorgungsform ist, lassen sich belastbare Einschätzungen zu Effektivität und Effizienz des Angebots nur im Vergleich zur „Regelversorgung“ ableiten. Während des Erhebungszeitraumes wurden somit Vergleichsdaten der Palliativversorgung aus anderen Settings (Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, im Pflegeheim, Krankenhaus und im stationären Hospiz) erfasst.

---

<sup>2</sup> Bei einer Randomisation würden die in die Studie eingeschlossenen Personen zufällig den zwei oder mehr Versorgungsalternativen (HospizInsel, Palliativstation Krankenhaus, Pflegeheim etc.) zugeordnet.

---

Die Vergleichsfälle wurden mit Hilfe eines Steckbriefs eines jeden HospizInsel-Gastes identifiziert. Vor dem Hintergrund der Abschätzung der Versorgungsqualität wurde bei der Konzeption des Steckbriefs insbesondere der aktuelle pflegerische Bedarf berücksichtigt.

### **Identifizierung von Vergleichsfällen**

Um für die in der HospizInsel versorgten Palliativpatientinnen und -patienten geeignete Vergleichsfälle in anderen Versorgungssettings identifizieren zu können, wurde durch die Pflegefachkräfte der HospizInsel zunächst ein Steckbrief je Gast ausgefüllt. Die so erfassten Fälle wurden in ihren Merkmalen mit ähnlichen Fällen aus anderen Einrichtungen verglichen.

Die Ansprache potentieller Vergleichseinrichtungen in der Region erfolgte vorwiegend durch den Anna Hospizverein. Dabei griff der Hospizverein auf lokale und regionale (Netzwerk-)Kontakte zurück, die sich nicht nur auf den Landkreis Mühldorf am Inn beschränken. Zeigte eine Einrichtung Interesse, erfolgte eine Kontaktaufnahme durch IGES, um Rückfragen und das weitere Vorgehen zu besprechen. Es handelt sich somit um eine Gelegenheitsstichprobe, die alle Einrichtungen einschließt, die sich freiwillig zur Teilnahme bereiterklärten.

Die Resonanz fiel eher verhalten aus, da die Einrichtungen durch akute und dauerhaft bestehende Personalmängel sowie Einschränkungen oder Mehraufwände infolge der Corona-Pandemie stark belastet sind. Interesse bekundeten acht Einrichtungen. Sechs Vergleichseinrichtungen starteten in die Erhebungsphase, wobei insbes. aus Zeit- und Personalmangel, nur fünf Einrichtungen Vergleichsfälle liefern konnten.

Sowohl die Beschäftigten der HospizInsel als auch der Vergleichseinrichtungen haben von IGES eine Online-Schulung zum Umgang mit den Erfassungsinstrumenten (Steckbrief und Falldokumentation) erhalten. Die Schulungen erfolgten nach individueller Terminvereinbarung und dauerten etwa 30 Minuten. Die Schulungsinhalte wurden in einer Power Point-Präsentation aufbereitet, die den Teilnehmenden anschließend zur Verfügung gestellt wurde. Teilnehmende waren meist Personen aus dem Leitungsbereich der Einrichtung sowie ggf. Personen, welche die Vergleichsfälle in der Praxis identifizieren und die Falldokumentation vornehmen sollten.

Für den Steckbrief (siehe Anlage A1) sind per Ankreuzoptionen Angaben zu folgenden Themenfeldern bzw. Merkmalen der Gäste/Vergleichsfälle erforderlich:

- ◆ Geschlecht,
  - ◆ Altersgruppe,
  - ◆ Vorliegen einer onkologischen Diagnose,
  - ◆ Pflegegrad,
  - ◆ psychosoziale Belastungen des Gastes,
-

- ◆ Vorhandensein sowie Wahrnehmung der Unterstützung durch An- und Zugehörige des Gastes,
- ◆ Vorliegen von Krankheitssymptomen sowie
- ◆ Möglichkeiten zur Kommunikation.

Als obligatorisches Einschlusskriterium musste das Vorliegen einer lebensbeendenden Erkrankung mit einer absehbar sehr kurzen Lebenserwartung erfüllt werden.

Die Altersgruppen, zwischen 20 und 100 Jahren, umfassen jeweils eine Spanne von fünf Jahren. Ausnahme bildet lediglich die Altersgruppe 20 - 25 Jahre, die als einzige Gruppe sechs Jahre umfasst. Insgesamt ergeben sich 16 mögliche Altersgruppen. Zum Vorliegen einer onkologischen Diagnose erfolgen lediglich „Ja“- oder „Nein“-Angaben. Eine Aufschlüsselung, um welche Diagnose es sich handelt, wird im Steckbrief nicht vorgenommen. Hinsichtlich des Pflegegrades zum Zeitpunkt der Erfassung wird auch die Möglichkeit berücksichtigt, dass eine Antragsstellung erfolgt ist und noch kein Pflegegrad anerkannt wurde.

Ebenfalls erfasst wurden psychosoziale Belastungen der Personen am Lebensende. Relevant war, ob die Person alleine lebt, ob eine Versorgung zu Hause nicht mehr möglich war und ob eine Überforderung mit der Versorgungssituation vorlag. Zudem wurde erhoben, ob eine Versorgung nur mit enger psychosozialer Betreuung (z. B. durch einen Hospizbegleiter) möglich war. Ermittelt wurde weiterhin, ob An- und Zugehörige vorhanden waren und wie diese vom Pflegepersonal wahrgenommen wurden: wirkten sie eher ent- oder belastend für die sterbende Person?

Für die Auswahl von Vergleichsfällen standen die pflegerelevanten palliativen Symptome im Vordergrund und als Ankreuzoption zur Auswahl: Angst, akute Verwirrtheit (Delir/Delirium), Fatigue, Schmerzen, Dyspneu, Rasselatmung, Appetitlosigkeit, Übelkeit/Erbrechen, Obstipation, Diarrhö sowie depressive Verstimmung. (Mehrfachnennungen möglich). Abschließend wurde die Kommunikationsfähigkeit erfasst: Konnte sich der Gast bei Wünschen oder Problemen selbstständig melden und diese kommunizieren?

Die Vergleichseinrichtungen erhielten von IGES in regelmäßigen Abständen die Steckbriefe der Hospizinsel. Anhand der erfassten Merkmale wurde in den Einrichtungen nach geeigneten Vergleichsfällen gescreent, wobei es sich um kürzlich aufgenommene Personen handeln musste. Um die Wahrscheinlichkeit, Vergleichsfälle identifizieren zu können, zu erhöhen, waren leichte Abweichungen der Merkmale der Vergleichsfälle von denen der Gäste der Hospizinsel möglich. Es wurden diesbezüglich folgende Kriterien festgelegt:

- ◆ Abweichungen der Altersgruppe um bis zu drei Kategorien nach oben und unten sind möglich und
  - ◆ mind. zwei der angegebenen pflegerelevanten Symptome sollten identisch sein (wurde nur ein Symptom angegeben, so muss nur dieses übereinstimmen).
-

Sobald die Vergleichseinrichtungen bei einem „Match“ die Steckbriefe ausgefüllt hatten, wurden diese an IGES übersandt. IGES meldete anschließend zeitnah zurück, ob dieser Fall tatsächlich als Vergleichsfall berücksichtigt werden konnte. War ein Einschluss möglich, erhielt die betreffende Einrichtung für diesen Vergleichsfall eine Fallnummer (ID) sowie weitere Hinweise zur Durchführung der Falldokumentation. Abbildung 2: zeigt die Beschreibung des Ablaufes in den Schulungsunterlagen der Vergleichseinrichtungen.

Abbildung 2: Darstellung des Ablaufes des Matched-Pair-Verfahrens in den Schulungsunterlagen der Vergleichseinrichtungen



Quelle: IGES

### 3.5 Fallbezogene Verlaufsdokumentation

Die fallbezogene Verlaufsdokumentation sollte es ermöglichen, sowohl Aussagen zur Versorgungsqualität als auch zur Zufriedenheit mit der Versorgung aus Sicht der betroffenen Personen zu erfassen. In Anlehnung an das Palliativmedizinische Basisassessment (OPS-Codes 1-774) wurden folgende Bereiche der Palliativversorgung betrachtet:

- ◆ Symptomintensität
- ◆ Befinden
- ◆ Lebensqualität
- ◆ Psychosoziale Belastung.

Nach Empfehlung der DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) sollte im Rahmen des Basisassessments die Verwendung eines „Selbsterfassungsinstrumentes zur Beschreibung der subjektiven Belastungsintensität verpflichtend sein, soweit nicht besondere, durch den Patienten begründete Umstände dem entgegenstehen (z. B. reduzierte Vigilanz)“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin [DGP], 2022). Um diesen Aspekt zu berücksichtigen, wurde in dieser Studie der McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) verwendet. Dabei handelt es sich um eine Selbsterfassung der Lebensqualität unter Einbezug der Symptomintensität.

Erfasst werden mit insgesamt 15 Items die folgenden Bereiche:

- ◆ Gesamte/Globale Lebensqualität
- ◆ Körperliche Aspekte
- ◆ Gefühle und Gedanken
- ◆ Soziale Aspekte

Der Fragebogen besteht aus Aussagen, denen ein Wert auf einer Skala von 0 bis 10 zugeordnet werden soll (0 bedeutet „trifft überhaupt nicht zu“ und 10 „trifft voll und ganz zu“, einige Items sind umgekehrt gepolt). Die befragte Person wird nun gebeten, die Zahl einzukreisen, welche am ehesten zutrifft. Die Bewertung bezieht sich immer auf die vergangenen zwei Tage, um die aktuelle Verfassung des Patienten abzubilden. Dies ermöglicht eine gute Verlaufskontrolle (Pfeffer et al., 2010). Für die Gesamtberechnung der MQOL-Scores wurden die umgekehrt gepolten Aussagen transponiert (Wert mit 10 subtrahiert und als Betrag dargestellt (Pfeffer et al., 2010). Folgende Items wurden transponiert: 1, 3 - 7 und 10.

In den letzten Jahrzehnten wurde eine Reihe von patient-reported outcome measures (PROM) entwickelt, um die Patientenperspektive besser zu verstehen und eine personenzentrierte Versorgung zu fördern. In der Palliativversorgung wird die Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS) als PROM-Instrument zur Ermittlung von Palliativbedürfnissen empfohlen (Hriskova et al. 2023: 4).

Ergänzend zur Selbsteinschätzung wurde daher mit dem IPOS eine Fremdeinschätzung der Bedürfnisse des Hospizinsel-Gastes bzw. Vergleichsfalls erhoben. Der IPOS (Universitätsklinikum Heidelberg, 2023) wird als mehrdimensionales Messinstrument zur Untersuchung der Bedürfnisse von Palliativpatienten genutzt. Er ist ein „kurzes, für die klinische Anwendung gut geeignetes Instrument mit [...] Fragen zu körperlichen Symptomen, emotionalen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen sowie Informationsbedürfnisse und Unterstützungsbedarf bei praktischen Problemen“ (Bausewein, C. et al., 2019). Als offene Frage formuliert, wird zu Beginn nach den aktuellen Hauptproblemen der letzten drei Tage gefragt (maximale Nennung von drei Problemen). Unter Verwendung der Antwortkategorien auf einer Skala von 0 (nein, gar nicht) bis 4 (extrem stark) sollen danach zehn verschiedene Symptome eingeschätzt werden. Die anschließenden sieben Items beziehen sich auf das Befinden der Person, z. B. in Bezug auf Problembearbeitung, Informationsvermittlung und Spiritualität. Aus den Angaben kann dann ein Gesamtscore berechnet werden (Murtagh et al., 2019).

In Anlehnung an die von Bausewein et al. ermittelten drei Subskalen können aus dem IPOS folgende Items zusammengefasst werden: „a. Die **Subskala Körperliche Symptome** – diese besteht aus acht IPOS-Items (Schmerz, Atemnot, Schwäche oder fehlende Energie, Verstopfung, Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund, Schläfrigkeit, eingeschränkte Mobilität und Sorgen der Familie und Freunde). Der Punktwert dieser Subskala kann daher zwischen 0 und 32 liegen. b. Die **Subskala Gastrointestinale Symptome** – diese besteht aus drei IPOS-Items (Übelkeit, Erbrechen und Appetitlosigkeit). Der Punktwert dieser Subskala kann daher zwischen 0 und 12 liegen. c. Die **Subskala Psychologische und praktische Probleme** oder

Beschwerden sowie solche, die die Kommunikation betreffen—diese besteht aus sechs IPOS-Items (Sorgen/Angst, depressive Stimmung, Gefühl, im Frieden mit sich selbst zu sein, die Möglichkeit, Gefühle teilen zu können, Informationsbedarf und praktische Angelegenheiten). Der Punktwert dieser Subskala kann daher zwischen 0 und 24 liegen (Bausewein et al., 2019). Ein niedriger IPOS-Gesamt-Punktwert kann beispielsweise einen oder mehrere Einzelitems beinhalten, die als stark (Punktwert 4) oder extrem stark (Punktwert 5) eingestuft wurden, daher sollten neben dem Gesamtbild auch die einzelnen Items berücksichtigt werden.

Ebenfalls wurde eine Auswertung des IPOS nach den zusammengefassten Subskalen psychische Symptome, emotionale Symptome und Kommunikation und praktische Probleme in Anlehnung an Davis et al. vorgenommen (Davies et al., 2023).

Abbildung 3 gibt eine Übersicht über die unterschiedlichen Erfassungszeitpunkte im Rahmen der fallbezogenen Dokumentation, nachdem durch IGES die Rückmeldung zum Einschluss in die Studie erfolgt ist.

Zu Beginn des Aufenthaltes der Gäste in der Hospizinsel (ca. drei Tage nach Aufnahme) erfolgte die erste Erhebung (Zeitpunkt  $t_1$ ). Beginnend mit dem McGill Quality of Life Fragebogen, der von der versorgten Person alleine oder mit Unterstützung der An- und Zugehörigen oder des Pflege- und Betreuungspersonals vor Ort ausgefüllt werden sollte, wurde anschließend eine Verlaufsdokumentation durch das geschulte Pflege- oder Betreuungspersonal der Hospizinsel ausgefüllt. 5 - 7 Tage später wurde analog zu  $t_1$  eine Verlaufsdokumentation und von der versorgten Person selbstständig (bzw. mit Unterstützung) der McGill-Fragebogen für den zweiten Erhebungszeitpunkt ( $t_2$ ) ausgefüllt. Nach dem Versterben oder aber bei Verlegung aus der Hospizinsel sollte das Pflege- oder Betreuungspersonal einen kurzen Fragebogen zur Einschätzung der Versorgung der verstorbenen/entlassenen Person ausfüllen ( $t_3$ ).

Abbildung 3: Verlaufsdokumentation Übersicht



Quelle: IGES

Anmerkung: <sup>3</sup> Bei Bedarf, können das Pflege- und Betreuungspersonal oder An- und Zugehörige unterstützen

Alle teilnehmenden Einrichtungen erhielten eine Schulung zur Umsetzung der Dateneingaben. Die Erfassung erfolgte mittels eines von IGES entwickelten Online-Erfassungstools. Der Zeitaufwand für die Online-Dokumentation wurde pro Erhebungszeitpunkt und Person auf ca. 10 Minuten geschätzt. Die Teilnehmenden wählten im Drop-down-Menü zunächst ihre Einrichtung und nachfolgend die Vergleichsfall-ID aus, für die die Angaben gemacht werden sollten. Anschließend erfolgt die Auswahl des Erhebungszeitpunktes ( $t_1$ ,  $t_2$  oder  $t_3$ ). Es gab zudem die Option, lediglich den Quality of Life-Fragebogen (McGill) nachzutragen, falls dieser nicht zeitgleich vorlag oder aus Zeitgründen erst später eingegeben werden konnte. Anhang A3 enthält die Erhebungsinstrumente der fallbezogenen Dokumentation, Anhang A4 den McGill Quality of Life-Fragebogen.

### 3.6 Befragung der Beschäftigten

Auf Basis der Ergebnisse eines Fokusgruppenworkshops wurden die Online-Befragungen der Beschäftigten der Hospizinsel entwickelt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Die Befragung hatte folgende Ziele:

- ◆ Einschätzung der Versorgungsqualität in der Hospizinsel (insbes. mit Blick auf die Bedürfnisse der Gäste) aus Sicht der Beschäftigten
- ◆ Sammlung von Hinweisen mit Blick auf den „Einrichtungscharakter“ der Hospizinsel
- ◆ Erfassung und Bewertung der multiprofessionellen Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Rahmen der palliativen Versorgung
- ◆ Erfassung der Arbeitszufriedenheit
- ◆ Erfassen von Anregungen zur Weiterentwicklung des Konzeptes der Hospizinsel

Die Zielgruppen waren Pflegefachkräfte mit und ohne Leitungsfunktion, Pflegehilfskräfte, ehrenamtlich tätige Personen, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen.

Die Befragung wurde in folgende Themenbereiche gegliedert:

- ◆ Allgemeine Angaben
  - ◆ Einrichtungsmerkmale
  - ◆ Palliative Versorgung in der Hospizinsel
    - Beziehung zu Gästen und Angehörigen in der Hospizinsel
    - Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Hospizinsel
  - ◆ Einschätzung der Versorgungsqualität
  - ◆ Arbeitsorganisation und Arbeitszufriedenheit
-

Der Themenbereich Zusammenarbeit wurde eng in Anlehnung an die Studie von Behrendt et al. konzipiert, um die erhobenen Daten mit den Ergebnissen der Studie vergleichen zu können.

Um den Einrichtungscharakter der Hospizinsel zu bewerten, wurde auf das „Kansas Culture Change Instrument (KCCI)“ zurückgegriffen, welches in einem systematischen Review als das unter messmethodischen Gesichtspunkten beste Instrument identifiziert wurde (vgl. (Klie et al., 2017; Sturdevant et al., 2018)).

Das KCCI umfasst im Original 29 Items, die drei Sub-Skalen zugeordnet sind. Verwendet wurden zwei der drei Skalen: „Resident Care“ (Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner, 9 Items), „Nursing Home Environment“ (Pflegeheimumfeld, 10 Items). Eine deutsche Version dieses Instruments existiert bisher nicht, deshalb wurden die Items von IGES übersetzt. In die Befragungen der Führungskräfte sowie der Mitarbeitenden wurden acht der neun Items der Skala „Bewohnerpflege“ sowie fünf Items der Skala „Pflegeheimumfeld“ aufgenommen.

Die Items sind auf einer vierstufigen Likert-Skala zu beantworten (1 = nie ... 4 = immer) und können zu einem Skalenwert (Resident Care Score bzw. Nursing Home Environment Score) zusammengefasst werden, der Werte zwischen eins und vier annehmen kann. Ein höherer Wert zeigt an, dass der Einrichtungscharakter in stärkerem Maße einer häuslich-familiären und weniger einer institutionellen Situation entspricht. Eine Frage „Die Pflegeeinrichtung hat Angebote speziell für Bewohner mit Gedächtnisproblemen.“ wurde aufgrund der schlechten Passung zum Fall der Hospizinsel entfernt.

Das Konzept des Fragebogens findet sich in Anhang A6. Für die Befragung wurden die Items des Konzeptentwurfs mit Hilfe des Survey Creator Tools in einen online-Fragebogen überführt.

### **3.7 Kooperationspartnerbefragung**

Zur Ermittlung des Bedarfs und zur Bewertung des Versorgungsangebotes der Hospizinsel aus Sicht der regionalen Kooperationspartner wurden sieben halbstandardisierte, leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Erfasst werden sollte die individuelle Wahrnehmung und die Einschätzung des Versorgungsangebotes der Hospiz-Insel, die Chancen und Hemmnisse des Konzepts sowie Anregungen für die Weiterentwicklung der Versorgung. Das explorative Vorgehen in Form qualitativer Interviews wurde gewählt, um zu erfassen, wie die Hospizinsel wahrgenommen und im Kontext palliativer Versorgung in der Region Mühldorf eingeschätzt wird.

Die Akteure kamen aus folgenden Bereichen:

- ◆ hausärztliche Versorgung
  - ◆ Sozialdienst Krankenhauses
  - ◆ Palliativmediziner Dienst Krankenhaus
  - ◆ Pflegeheim (Leitungsebene)
-

- ◆ Therapiezentrum (Soziotherapie)
- ◆ Lymphtherapie

Der Interviewleitfaden enthielt formale wie auch funktionale Fragen. Die verwendeten funktionalen Fragen, welche das Gespräch steuern, wurden im Leitfaden in Form von Einleitungs- und Überleitungsfragen (Renner & Jacob, 2020, S. 51) eingesetzt.

Mittels Erläuterungen wurde an den Übergängen zum darauffolgenden Themenbereich übergeleitet. Da es sich bei den Kooperationspartnern sowohl um Zuweiser, wie z. B. Hausärzte und Mitarbeitende des palliativ-medizinischen Dienstes, sowie um Nicht-Zuweiser, wie z. B. Therapeutinnen und Therapeuten, handelte, wurden zwei Interviewleitfäden konzipiert. Der Interviewleitfaden für zuweisende Kooperationspartner legt den Fokus besonders auf die Auswahl der für die Hospizinsel geeigneten Patientinnen und Patienten sowie auf die Einordnung der Hospizinsel in das Versorgungsgeschehen in der Region (siehe Anhang A7). Der Interviewleitfaden für die nicht zuweisenden Kooperationspartner mit dem Fokus auf die regionale palliative Versorgung und der Hospizinsel als Versorgungsform, befindet sich in Anhang A8. Das allgemeine Informations- und Einwilligungsschreiben befindet sich jeweils in den Anhängen.

### **Stichprobenbildung und Datenerhebung**

Das Sampling erfolgte über das Gatekeeper-Prinzip (Döring & Bortz, 2016). In enger Abstimmung mit dem Auftraggeber wurden passende Interviewpartnerinnen und Interviewpartner identifiziert. Über den Auftraggeber und den Mitarbeitenden in der Hospizinsel, welche einen guten Überblick über die regionalen Kooperationspartner haben, konnten potentielle Interviewpartnerinnen bzw. -partner benannt und von IGES angesprochen werden.

### **Ethik und Datenschutz**

Zur Sicherstellung des Datenschutzes und der Freiwilligkeit der Teilnahme an dem Interview wurde im Vorfeld eine schriftliche Teilnahmebereitschaft erfragt und Informationen zum Interview und Ablauf ausgehändigt. Das gewählte Vorgehen trägt zur Sicherung des ethischen Grundsatzes der informierten Einwilligung bei, welches eine transparente Darstellung der Ziele und Methodik verlangt (Bock & Miethe, 2010; Gläser & Laudel, 2010, S. 159). Neben dem Umgang mit den erhobenen Daten soll verdeutlicht werden, dass die vereinbarten Regeln zur Datensicherung und Datenvernichtung eingehalten werden.

Während der Datenerhebungs- und Auswertungsphase hatte nur das Projektteam Zugriff auf die Audiodateien. Alle personenbezogenen Daten, Audiodateien und nicht pseudonymisierte Inhalte wurden in einem Ordner gespeichert, der nach Abschluss des Projekts vollständig gelöscht wird.

Vor Beginn des Interviews wurde den teilnehmenden Personen Zeit eingeräumt, um offen gebliebene Fragen zu stellen. Die teilnehmende Person wurde

ausführlich darüber informiert, dass jederzeit die Möglichkeit besteht, das Interview ohne Angabe von Gründen zu unterbrechen oder es ganz abubrechen.

### **Inhaltsanalytische Auswertung in Anlehnung an Mayring**

Für die Ergebnisdarstellung und Interpretation der Interviews steht vor allem der Inhalt des Gesprochenen im Vordergrund (Bogner et al., 2014, S. 41). Da für die Auswertung der Interviews die inhaltlichen Aspekte vordergründig waren, erfolgte die Transkription lediglich „so detailliert wie nötig“ (Bogner et al., 2014, S. 42).

Die Auswertung fand in Anlehnung an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring statt. Theoriegeleitet wurden inhaltliche Hauptkategorien anhand des Interviewleitfadens festgelegt und Subkategorien anhand des Interviewleitfadens und der Forschungsfragen entwickelt. Im Anschluss folgte eine Aufbereitung der zentralen Ergebnisse und deren Verschriftlichung.

Tabelle 2: Kategoriensystem zu den Interviews mit den Kooperationspartnern

Hauptkategorien	Subkategorien
Regionale Palliativversorgung	Allgemeine Qualität der Palliativversorgung
	Kapazitäten der Palliativversorgung
	Kontakt zur Hospizinsel
Hospizinsel als Versorgungsform	Das Konzept der Hospizinsel
	Einordnung der Hospizinsel in die Versorgungslandschaft
	Der Weg zur Hospizinsel*
	Der „typische Gast“*
	Versorgungsqualität der Hospizinsel*
	Feedback von Betroffenen und Angehörigen
	Zufriedenheit der Gäste der Hospizinsel
	Versorgung in der Hospizinsel im Vergleich zu anderen Settings*
Chancen und Hemmnisse	Bewertung des Angebots der Hospizinsel
	Chancen, Vorteile*
	Hemmnisse in Bezug auf die Entstehung ähnlicher Versorgungsangebote*

Quelle: IGES

Anmerkung: Die mit \* markierten Kategorien beziehen sich ausschließlich auf die Zuweiser.

### 3.8 Angehörigenbefragung

Zur Erfassung der Zufriedenheit mit der Versorgung am Lebensende wurden ergänzend zur Selbsteinschätzung der betroffenen Personen die Angehörigen befragt. Dafür wurden zwei Versionen des Angehörigen-(Papier)Fragebogens erstellt und mit dem Auftraggeber abgestimmt:

- ◆ Fragebogen für die Angehörigen (Gäste der HospizInsel), umfasst fünf Seiten.
- ◆ Fragebogen für die Angehörigen (Personen der Vergleichseinrichtungen), umfasst drei Seiten.

Die Angehörigen-Befragung sollte möglichst kurzgehalten werden, damit die (trauernden) Angehörigen nicht unnötig belastet werden. Die Themen sind in der Tabelle 3 zusammengefasst. Die Angehörigen der HospizInsel-Gäste wurden zusätzlich zu ihren Erfahrungen in der HospizInsel gefragt, bei den Vergleichseinrichtungen wurden zwei zusätzliche Fragen zu den Übernachtungs- und Besuchsmöglichkeiten gestellt. Die beiden Versionen befindet sich in Anhang A5 inklusive der Datenschutzerklärung.

Tabelle 3: Themen der Angehörigenbefragung

Themen	Beschreibung der Items
Allgemeine Angaben	Angehörigenverhältnis, Besuchs- und Übernachtungsmöglichkeiten (zwei zusätzliche Fragen bei den Vergleichseinrichtungen)
Aktuelle Versorgungssituation	Wahrnehmung der Versorgungssituation (8 Fragen), Zufriedenheit (8 Fragen)
Versorgung Hospizinsel	Sechs Fragen zur Erfahrung mit der Versorgung in der HospizInsel (nur bei den Angehörigen HospizInsel)
Abschlussfrage	Freitextfeld zu Wünschen oder Anregungen

Quelle: IGES

Die Beschäftigten der HospizInsel erhielten die einzeln verpackten Angehörigen-Fragebögen inklusive Rücksendeumschlägen. Die Ansprechpartner der Vergleichseinrichtungen erhielten jeweils nach den individuellen Schulungsterminen 10 einzeln verpackten Angehörigen-Fragebögen, bei Bedarf konnten weitere Fragebögen bei IGES angefordert werden. Ein A4-Umschlag enthielt neben einem Informations- und Datenschutzblatt den Fragebogen sowie einen an das IGES Institut adressierten Rückumschlag (Porto zahlt Empfänger) für den ausgefüllten Fragebogen, den die Angehörigen selbst in die Post geben sollten. Die Mitarbeitenden bzw. Ansprechpartner der Vergleichseinrichtungen sollten die Fragebögen an Angehörige austeilen, wobei vorher abgeklärt werden sollte, ob der Angehörige an der Befragung teilnehmen möchte. In den Vergleichseinrichtungen sollten die Fragebögen nur an Angehörige von Personen, die in die Studie aufgenommen wurden,

verteilt werden. Ein Rückschluss auf die betroffenen Personen/Angehörigen war für IGES zu keinem Zeitpunkt möglich.

Aufgrund des sehr geringen Rücklaufs wurde am 17.02.2023 eine E-Mail an die HospizInsel sowie an alle Kooperationspartnerinnen und -partner geschickt, in welcher an die Angehörigenbefragung erinnert wurde. Das Vorgehen war lediglich bei der HospizInsel erfolgreich.

### **3.9 Interviews mit Expertinnen und Experten ähnlicher Versorgungsangebote in anderen Bundesländern**

Nach einer Recherche zu ähnlich gelagerten Versorgungsangeboten in anderen Bundesländern wurden Interviews mit Vertreterinnen bzw. Vertretern dieser Angebote geführt. Neben den Herausforderungen und Potentialen für die Palliativversorgung sollten auch Fragen der Finanzierbarkeit dieser Projekte gestellt werden.

Der Interviewleitfaden enthielt formale wie auch funktionale Fragen. Die verwendeten funktionalen Fragen, welche das Gespräch steuern, wurden im Leitfaden in Form von Einleitungs- und Überleitungsfragen (Renner & Jacob, 2020, S. 51) eingesetzt.

#### **Stichprobenbildung und Datenerhebung**

Zur Identifikation der potenziellen Projekte wurde eine bundesweite Internetrecherche über die Suchmaschine Google sowie über die Websites der Bundesministerien und Behörden durchgeführt. Mit folgenden Schlagworten in verschiedenen Kombinationen wurde die Recherche durchgeführt: WG, Wohngruppe, Wohngemeinschaft, Wohneinrichtung, ambulant, palliativ, Sterbebegleitung, Strebeversorgung, Lebensende.

Identifiziert wurden sieben Projekte/Einrichtungen, welche den Fokus auf eine palliative Versorgung richten und ambulant bzw. als kleine Einheit angegliedert an andere Versorgungsform etabliert sind. Zu allen Projekten wurden die Projektverantwortlichen recherchiert und via Mail angeschrieben. Bereitschaft für ein Interview wurde von vier Projekten zurückgemeldet.

Da es sich bei den Interviews mit Expertinnen und Experten um unterschiedlich lange etablierte Einrichtungen/Wohngemeinschaften handelte, wurden zu den übergeordneten Fragestellungen mehrere mögliche Unterfragen konzipiert, die je nach Stand des Projekts während des Interviews ergänzend abgefragt werden konnten (siehe Anhang A9). Das allgemeine Informations- und Einwilligungsschreiben befindet sich jeweils in den Anhängen. Durchgeführt wurden die Interviews vom 26.06.23 bis zum 31.07.2023.

#### **Ethik und Datenschutz**

Zur Sicherstellung des Datenschutzes und der Freiwilligkeit der Teilnahme an dem Interview wurde im Vorfeld eine schriftliche Teilnahmebereitschaft erfragt und Informationen zum Interview und Ablauf ausgehändigt. Das gewählte Vorgehen

---

trägt zur Sicherung des ethischen Grundsatzes der informierten Einwilligung bei, welches eine transparente Darstellung der Ziele und Methodik verlangt (Bock & Miethe, 2010; Gläser & Laudel, 2010, S. 159). Neben dem Umgang mit den erhobenen Daten soll verdeutlicht werden, dass die vereinbarten Regeln zur Datensicherung und Datenvernichtung eingehalten werden.

Während der Datenerhebungs- und Auswertungsphase hatte nur das Projektteam Zugriff auf die Audiodateien. Alle personenbezogenen Daten, Audiodateien und nicht pseudonymisierte Inhalte wurden in einem Ordner gespeichert, der nach Abschluss des Projekts vollständig gelöscht wird.

Vor Beginn des Interviews wurde den teilnehmenden Personen Zeit eingeräumt, um offen gebliebene Fragen zu stellen. Die teilnehmende Person wurde ausführlich darüber informiert, dass jederzeit die Möglichkeit besteht, das Interview ohne Angabe von Gründen zu unterbrechen oder es ganz abzuberechen.

### Inhaltsanalytische Auswertung

Für die Ergebnisdarstellung und Interpretation der Interviews steht vor allem der Inhalt des Gesprochenem im Vordergrund (Bogner et al., 2014, S. 41). Da für die Auswertung der Interviews die inhaltlichen Aspekte vordergründig waren, erfolgte die Transkription lediglich „so detailliert wie nötig“ (Bogner et al., 2014, S. 42).

Die Auswertung fand in Anlehnung an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring statt.

Tabelle 4: Kategoriensystem zu den Interviews mit Expertinnen und Experten

Hauptkategorien	Subkategorien
Konzept und Versorgung	Das Konzept (und die ordnungsrechtliche Einordnung)
	Finanzierung
	Der „typische Klient“ und die Versorgung vor Ort
Chancen, Herausforderungen und Empfehlungen	Chancen
	Herausforderungen
	Schlussfolgerungen/Empfehlungen

Quelle: IGES

### 3.10 Strukturfragebogen für die Hospizinsel

Der in der Studie "Bestehende Konzepte und Handlungsbedarfe hinsichtlich der weiteren Stärkung ambulant betreuter Wohngruppen" von Klie et al. (2017) entwickelte Fragebogen diente als Grundlage für die Konzeption des Strukturfragebogens für die Hospizinsel. Dabei war insbesondere das Kapitel Hybridität aus dem Zusammenwirken verschiedener Sektoren von Interesse für die Evaluation der

HospizInsel. Folgende von (Klie et al., 2017) aufgelistete Indikatoren sollten über den Fragebogen erfasst werden:

- ◆ Initiative zur Gründung der WG
- ◆ Beteiligung an Entscheidungen über Einzüge in die WG
- ◆ Beteiligung an Pflege und Alltagsbegleitung
- ◆ Beteiligte Investorinnen und Investoren
- ◆ Beteiligte Eigentümer oder Eigentümerinnen
- ◆ Beteiligte Pflegedienste und Anstellungsträger für Präsenzkräfte
- ◆ Heimrechtliche Anzeige durch Auftraggeber-Gemeinschaft

Der finale Strukturfragebogen findet sich im Anhang A10.

---

## 4. Leistungsrechtlicher Rahmen der Palliativversorgung

Die Palliativversorgung soll es schwerkranken und sterbenden Menschen ermöglichen, umfassend und individuell medizinisch und pflegerisch betreut zu werden. Regelungen zur Sicherstellung dieses Versorgungszieles wurden insb. 2015 mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) erlassen. Das Leistungsspektrum der gesetzlichen **Krankenversicherung** umfasst dabei:

- ◆ die palliative Primärversorgung als Bestandteil der Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V),
- ◆ die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) gem. § 87 Abs. 1b SGB V),
- ◆ die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für Versicherte, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen (§ 37b SGB V),
- ◆ einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung (§ 39b Abs. 1 SGB V),
- ◆ einen Anspruch auf allgemeine Information über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung (§ 39b Abs. 2 SGB V),<sup>3</sup>
- ◆ einen Anspruch für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner auf eine individuelle Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132g SGB V),
- ◆ einen Anspruch auf behandlungspflegerische Maßnahmen und Leistungen der Palliativpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§ 3 Abs. 2b SGB V),
- ◆ einen Anspruch auf einen Zuschuss zur Versorgung in stationären oder teilstationären Hospizen (§ 39a Abs. 1 SGB V).

Darüber hinaus besteht eine Verpflichtung der Krankenkassen, die Leistungen ambulanter Hospizdienste finanziell zu fördern (§ 39a Abs. 2 SGB V). Diese erbringen (ambulante) Leistungen der Sterbebegleitung für Personen und deren Familien in ihrer Häuslichkeit, aber auch für Sterbende in Einrichtungen (Pflegeheime, Krankenhäuser, Einrichtungen der Eingliederungs-, Kinder- und Jugendhilfe). Die ambulante Hospizarbeit beinhaltet schwerpunktmäßig die psychosoziale Begleitung der Sterbenden und deren Angehörigen durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, aber keine palliativpflegerischen Leistungen.

---

<sup>3</sup> Eine (haus)ärztliche Beratung zur Patientenverfügung ist keine Kassenleistung; sie wird vom Arzt individuell angeboten und privat liquidiert.

---

Weiterhin wurde mit dem HPG der Anspruch auf Sterbebegleitung auch im Rahmen der sozialen **Pflegeversicherung** für Personen mit Pflegebedürftigkeit explizit betont (§ 28 Abs. 4 sowie § 75 Abs. 2 Ziffer 1 SGB XI). Zur Erfüllung dieser Verpflichtung sieht der Gesetzgeber für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz eine wichtige Voraussetzung (§ 114 Abs. 1 Ziffer 3 SGB XI). Die Pflegeheime sind somit verpflichtet, Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten zu schließen sowie mit ambulanten Hospizdiensten zusammenzuarbeiten. Die Kooperation mit vernetzten Hospiz- und Palliativangeboten ist „transparent zu machen“.

Um den besonderen ärztlichen Aufwand bei der Versorgung von Palliativpatientinnen bzw. Palliativpatienten in Pflegeheimen zu vergüten, wurde 2016 das Kapitel 37 in den EBM aufgenommen. Es enthält mehrere Gebührenordnungspositionen (GOP) für die Kooperation und Koordinierung der Heimbetreuung.

Da die Versicherten, die dauerhaft in Pflegeheimen untergebracht sind, keinen Anspruch auf häusliche Krankenpflege gem. § 37 SGB V haben, erhalten die Pflegeeinrichtungen auch keine gesonderte Vergütung für die Palliativpflege, wie sie z. B. mit der Leistungsziffer 24a des HKP-Leistungsverzeichnisses für ambulant versorgte Palliativpatientinnen und -patienten in der Sterbephase möglich sind, sofern noch keine SAPV zum Einsatz kommt (letztere kann auch für Heimbewohner verordnet werden und umfasst die Versorgung durch ein multiprofessionelles Team, vgl. unten Kapitel 4.2). Die Leistungsziffer 24a des HKP-Leistungsverzeichnisses umfasst die palliative Symptomkontrolle, Krisenintervention etc. (weiteres dazu im folgenden Kapitel 4.1).

#### 4.1 Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) bezieht sich auf die ambulante Regelversorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Sie soll eine qualifizierte und koordinierte ambulante palliativmedizinische Versorgung sicherstellen. Gesetzlich verankert ist die AAPV sowohl im SGB V wie auch im SGB XI und umfasst verschiedene Leistungsansprüche. Die gesetzlichen Verankerungen der AAPV finden sich u. a. an folgenden Stellen im SGB V wieder:

- ◆ § 39b SGBV Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen
- ◆ § 27 SGB V Krankenbehandlung, u. a. Leistungsregelung EBM
- ◆ § 87 Abs. 1b SGB V „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV)“
- ◆ § 37 SGBV „Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege“

Des Weiteren bestehen in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt „Selektivverträge, z. B. Verträge zur besonderen Versorgung nach § 140a bzw. § 140b (a. F.) SGB V“ (Hach et al., 2018, S. 6).

Ziel der AAPV ist es, ein „Sterben in der selbst gewählten Umgebung bei bestmöglicher individueller Lebensqualität [zu] ermöglichen.“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020a, S. 9). Anspruchsberechtigt sind Personen, deren Lebenserwartung auf Tage bis Monate gesunken ist und bei denen eine kurative Behandlung der Grunderkrankungen nicht mehr indiziert, beziehungsweise von Patientenseite nicht mehr erwünscht ist (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020a, S. 9). Die AAPV beinhaltet folgende Leistungen:

- ◆ Bedarfsermittlung als palliativmedizinische Ersterhebung (z. B. für eine Schmerztherapie),
- ◆ Koordination der palliativen Versorgung und der entsprechenden Akteure,
- ◆ Erreichbarkeit auch außerhalb der Sprechstundenzeiten sowie Hausbesuche sowie
- ◆ Patientenorientierte Fallbesprechungen mit allen an der Versorgung beteiligten Akteuren (u. a. Fachärztinnen und Fachärzte, Pflegedienste und engen Vertrauten).

Es besteht die Möglichkeit, dass Leistungen der AAPV auch in einer pflegerischen Einrichtung oder einem stationären Hospiz erbracht werden können. Geleistet wird die AAPV vor allem von Hausärzten, niedergelassenen Fachärzten, insbesondere Onkologen und ambulanten Pflegediensten. Dazu unterstützen auch ambulant tätige Hospizdienste die Versorgung vor Ort (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit & Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2011, S. 10).

Wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende der Verbleib in der Häuslichkeit nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen, kann zusätzlich die Leistungsziffer 24a der HKP-Richtlinie zur Anwendung kommen. Bei der Nr. 24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten“ handelt es sich um eine Komplexleistung, die flexibel - ggf. situativ auch mehrfach täglich – die Symptomkontrolle ermöglicht und in der alle erforderlichen behandlungspflegerischen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie beinhaltet sind. Diese Komplexleistung darf nicht verordnet werden, wenn bereits eine SAPV-Versorgung erfolgt. Bei der Durchführung der Maßnahmen sind Ärzte und Pflegefachkräfte zur engen Abstimmung verpflichtet. Die Koordinationsverantwortung liegt bei der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt (HKP-RL).

Nach § 132a Abs. 4 SGB V schließen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege. Auf Grundlage des Beschlusses der Komplexleistung 24a werden auf der Landesebene die Verträge zur häuslichen Krankenpflege sowie die

Vergütungsvereinbarungen entsprechend angepasst. Gem. SAPV-Bericht des GKV-SV 2020 war Bayern neben NRW, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein die fünf Bundesländer, die Ende 2019 die vertragliche Umsetzung realisiert hatten (GKV-Spitzenverband, 2020, S. 35).

Die AAPV bildet die Grundlage für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) und soll die Lücke zwischen der Primärversorgung und spezialisierten Angeboten schließen. Wird durch die AAPV „keine befriedigende Symptomkontrolle oder Leidensminderung erreicht“ (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit & Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2011, S. 36), kommt die SAPV infrage.

## **4.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, § 37b SGB V)**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde zum 1. April 2007 ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingeführt. Die konkrete Ausgestaltung der Leistungen enthält die im März 2008 in Kraft getretene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021).

### **SAPV-Richtlinie**

SAPV dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen.

Anspruch auf SAPV haben Versicherte, wenn

- ◆ sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und
- ◆ sie unter Berücksichtigung der oben genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder an den in § 1 Abs. 2 und 3 SAPV-RL genannten Orten erbracht werden kann.

„Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.“ (SAPV-RL § 3 Absatz 3).

„Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 SAPV-RL zu erreichen. Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische

palliativmedizinische und/ oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- ◆ ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ◆ ausgeprägte neurologische/psychiatrische/ psychische Symptomatik
- ◆ ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik
- ◆ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ◆ ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden oder Tumore
- ◆ ausgeprägte urogenitale Symptomatik.“ (SAPV-RL § 4).

Im Auftrag der Krankenkassen ist es die Aufgabe des Medizinischen Dienstes (MD) zu prüfen, ob die „medizinischen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen im Einzelfall vorliegen“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2019, S. 8). Geregelt wird dies über die Begutachtungsanleitung - Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V - SAPV und stationäre Hospizversorgung (2019). Die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten werden in Bezug auf die SAPV strukturiert und von anderen Leistungen der Palliativversorgung abgegrenzt. Benannt werden sollen Qualitätskriterien für die zu erstellenden Gutachten, um damit die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung nach einheitlichen Kriterien sicherzustellen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2019, S. 3). Sowohl für die Krankenkassen wie auch den MD ist die Begutachtungsanleitung verbindlich.

- ◆ Bezogen auf die SAPV beinhaltet die Begutachtungsanleitung unter anderem folgende Aspekte:
  - ◆ Rechtliche Grundlagen
  - ◆ Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass
  - ◆ Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung
    - Anspruchsvoraussetzungen
    - Leistungsinhalte und Leistungsumfang der SAPV
    - Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung
    - Dauer der verordneten SAPV-Leistungen
    - Alternative Versorgungsmöglichkeiten
  - ◆ SAPV bei Kindern
  - ◆ Algorithmus zur SAPV
  - ◆ Zusammenarbeit Krankenkasse/MD
-

Bezugnehmend auf den Umfang und Inhalt der SAPV-Leistungen gem. § 5 SAPV-RL werden diese nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit insbesondere die AAPV nicht ausreicht. Unter der Überschrift „alternative Versorgungsmöglichkeiten“ heißt es: „Nur die Notwendigkeit der psychosozialen Unterstützung der Patientinnen und Patienten und der Zugehörigen allein stellt keine Indikation für eine SAPV-Verordnung dar“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2019, S. 34). In diesem Fall sollen u. a. Leistungen der vollstationären Pflege (§ 43 SGB XI), der stationären Hospizleistungen (§ 39a Abs. 1 SGB V) oder auch der akutstationären Krankenhausbehandlung auf einer Palliativstation (§ 39 SGB V) zum Tragen kommen.

Gem. § 132d Absatz 1 SGB V sollte der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals bis zum 30. September 2019 einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b vereinbaren. Dieser Rahmenvertrag wurde schließlich am 26. Oktober 2022 vorgelegt (in zwei Versionen – eine für Kinder und Jugendliche und eine für Erwachsene nach Vollendung des 18. Lebensjahres). Im Rahmenvertrag werden die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festgelegt (GKV-Spitzenverband et al., 2022).

Bezüglich der Zielgruppe für SAPV-Leistungen wird auf die §§ 2 – 4 der SAPV-RL verwiesen und ergänzt, dass weitere Voraussetzung für die SAPV das Vorliegen eines Bedarfs an besonders aufwändiger Versorgung ist, welches durch ein komplexes Symptomgeschehen gekennzeichnet ist (§ 2 Abs. 2 Rahmenempfehlung SAPV). Weiter heißt es in § 9 Abs. 2 der Rahmenempfehlung, dass SAPV nicht erbracht werden darf, wenn die allgemeine Palliativversorgung ausreichend ist und dass die alleinige Notwendigkeit einer 24-Stunden-Rufbereitschaft keinen Anspruch auf Leistungen der SAPV begründet.

Die Leistungen der SAPV sind grundsätzlich ergänzende Leistungen, d. h. Leistungen anderer Versorgungsformen (insb. nach § 37 SGB V und nach dem SGB XI) bleiben davon unberührt und werden „im Sinne einer Netzwerkkoooperation mit dem SAPV-Team fortgesetzt“ (§ 9 Abs. 4 Rahmenempfehlung SAPV). Das SAPV-Team erstellt in Absprache mit den Versicherten und den Angehörigen einen bedarfsgerechten Behandlungsplan und stimmt diesen mit den anderen Leistungserbringern ab (§ 9 Abs. 5 Rahmenempfehlung SAPV).

Die SAPV kann je nach Bedarf als

- ◆ Beratungsleistung
- ◆ Koordinationsleistung
- ◆ additiv unterstützende Teilversorgung oder
- ◆ vollständige Versorgung

erbracht werden (§ 9 Abs. 6 Rahmenempfehlung SAPV).

---

Im Falle von (ausschließlich) beratenden Leistungen für Versicherte und andere an der Versorgung Beteiligter (Zugehörige und andere involvierte Leistungserbringer) ist zu beachten, dass diese empfehlenden Charakter hat. „Die Behandlungsverantwortung bleibt vollumfänglich bei den involvierten Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung.“ (§ 9 Abs. 5 Ziffer a) Rahmenempfehlung SAPV). Bei der alleinigen Koordinationsleistung ist die ärztliche Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln nicht Bestandteil der SAPV-Leistung, sondern verbleibt bei den involvierten Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung (§ 9 Abs. 5 Ziffer b) Rahmenempfehlung SAPV).

### 4.3 Stationäre und ambulante Hospizleistungen

„Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben ... Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten ... unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 95 Prozent.“ (§ 39a Abs. 1 SGB V)

Detaillierte Regelungen zur Hospizversorgung enthält die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 31.03.2017. In § 1 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung findet sich zunächst die Definition eines stationären Hospizes: „Stationäre Hospize sind selbstständige Einrichtungen mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag, die für Menschen mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase eine palliativ-pflegerische und palliativmedizinische Versorgung erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8 und höchstens 16 Plätzen. Die räumliche Gestaltung der Einrichtung ist auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker und sterbender Menschen auszurichten. Stationäre Hospize verfügen über eine besondere personelle und räumliche Ausstattung, die eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung der sterbenden Menschen und ihrer Zugehörigen gewährleistet.“ Gem. § 1 Absatz 3 sind stationäre Hospize „aufgrund ihres Versorgungsauftrages baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Es ist deshalb ausgeschlossen, dass ein stationäres Hospiz Bestandteil einer stationären Pflegeeinrichtung oder eines Krankenhauses ist.“

Weiterhin wird von ambulanten Hospizdiensten qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung für Versicherte erbracht, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner vollstationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen. Dies erfolgt in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder der Kinder- und Jugendhilfe (§ 1 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung der ambulanten Hospizarbeit, 2022). Neben der Sterbebegleitung erfolgt auch palliativ-pflegerische und psychosoziale Beratung.

#### **4.4 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V**

Nach § 132g Abs. 1 S. 1 SGB V können zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten.

Eingeführt wurde § 132g SGB V durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG) vom 1.12.2015. Ziel der Regelung ist es, durch Beratung und Information die Angst schwerstkranker Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftiger vor dem Sterben und schwerem Leiden in der Sterbephase zu mindern. Darüber hinaus soll durch das angestrebte Fallmanagement die Selbstbestimmung der Patienten gestärkt und dem Wunsch nach Vermeidung ungewollter Behandlungen Rechnung getragen werden (Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG), 2015, S. 30).

Nach § 132g Abs. 1 S. 2 SGB V umfasst die Versorgungsplanung die Beratung über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase. Es sollen Informationen über den Verlauf der letzten Lebensphase und über Möglichkeiten der Sterbebegleitung gegeben werden. Die Patienten sollen aufgeklärt und zu eigener Entscheidung befähigt werden, bevor ggf. Nichteinwilligungsfähigkeit eintritt (Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG), 2015). Das Angebot umfasst nach § 132g Abs. 1 S. 3 SGB V auch Fallbesprechungen, in der nach Beratung und Feststellung der individuellen Bedürfnisse des/der Versicherten ein Versorgungsplan aufgestellt wird, der einzelne palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Maßnahmen genauso umfasst wie die psychosoziale Versorgung. Angehörige und weitere Vertrauenspersonen können auf Wunsch der Versicherten nach § 132g Abs. 2 Satz 2 SGB V hinzugezogen werden. Bei sich änderndem Versorgungs- und Pflegebedarf ist gemäß § 132g Abs. 1 Satz 4 SGB V ein mehrfaches Angebot zulässig.

Der GKV-Spitzenverband und die Trägerverbände haben knapp zwei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung eine Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über nähere Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase geschlossen (Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017). Darin werden als Leistungsinhalt die Beratung sowie die interne und die externe Vernetzung definiert. Der Beratungsprozess umfasst nach § 5 der Vereinbarung Beratungsgespräche, Fallbesprechungen und die Dokumentation des Beratungsprozesses einschließlich der Willensäußerungen. Zur internen Vernetzung heißt es in § 10 der Vereinbarung, dass innerhalb der Einrichtung dafür Sorge getragen werden muss, dass alle Beschäftigten Sinn und Zweck der Versorgungsplanung kennen und im Rahmen ihres Aufgabenbereiches beachten und einhalten. Darüber hinaus sind nach § 11 der Vereinbarung im Sinne einer externen Vernetzung die an der Versorgung Beteiligten über das Angebot der

Versorgungsplanung zu informieren. Durch die (auch institutionalisierte) Kommunikation zwischen Beraterinnen und Beratern und Beteiligten soll die Beachtung und Einhaltung des Patientenwillens sichergestellt werden.

An die Beraterinnen und Berater werden in § 12 der Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes und der Trägerverbände bestimmte Anforderungen hinsichtlich ihrer Qualifikation gestellt. An fachlichen Kompetenzen werden medizinisch-pflegerische, einschließlich palliative, Kenntnisse sowie Kenntnisse im Sozial- und Betreuungsrecht und psychische, soziale, ethische und kulturelle Kenntnisse im Kontext von Alter und Sterben erwartet. Die personale Kompetenz zeichnet sich danach insbesondere durch eine Gesprächsführungskompetenz und Beratungshaltung aus, die kooperativ, kommunikativ, selbstreflektierend, verantwortungsbewusst, respektvoll und empathisch ist.

Als Grundqualifikation wird eine abgeschlossene Berufsausbildung in der Pflege (Gesundheits- und Kranken-, Alten- oder Kinderkrankenpflege), als staatlich anerkannte/r Heilerziehungspflegerin/-pfleger, Heilpädagogin/-pädagoge oder Erzieherin/Erzieher verlangt. Eine andere vergleichbare Berufsausbildung wird ebenfalls akzeptiert. Daneben kann auch ein Studienabschluss im Bereich der Gesundheits- und Pflegewissenschaften oder Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften als Grundqualifikation vorgelegt werden. Zusätzlich wird eine dreijährige, für die gesundheitliche Versorgungsplanung einschlägige Berufserfahrung gefordert. Mit einer solchen Erfahrung wird auch Ärztinnen und Ärzten die notwendige Grundqualifikation zugesprochen.

Alle dem Grunde nach qualifizierten Personen müssen eine nach der Vereinbarung genauer definierte Weiterbildung zum Berater bzw. zur Beraterin der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase abschließen. Leistungs- bzw. Kostenträger sind nach § 132g Abs. 4 SGB V die Krankenkassen. Die Vergütung ist in den § 15 ff. der Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und den Trägerverbänden geregelt.

Zur Flankierung der Regelungen nach § 132g SGB V hat der Bewertungsausschuss für die vertragsärztliche Vergütung ab Januar 2019 für die ärztliche Mitbetreuung einen neuen Abschnitt 37.4 in den EBM aufgenommen. Die Pauschale mit der Gebührenordnungsposition 37400 ist mit 100 Punkten (10,99 €) bewertet. Sie kann einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Inhalt sind die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch des betreuenden Arztes mit dem verantwortlichen Berater über die gesundheitliche Versorgungsplanung sowie Notfalldokumente. Ein Thema ist dabei eine schriftliche Patientenverfügung, die vom Berater erstellt und vom Arzt unterschrieben werden soll. Ferner kann der Arzt an einem Beratungsgespräch und/oder einer Fallbesprechung des Beraters mit dem Patienten teilnehmen – auch im Rahmen einer Videofallkonferenz (Arzt & Wirtschaft online, 2020).

## 5. Erkenntnisse zur Palliativversorgung aus bundesweiten Studien

### 5.1 Entwicklung des palliativen Leistungsgeschehens

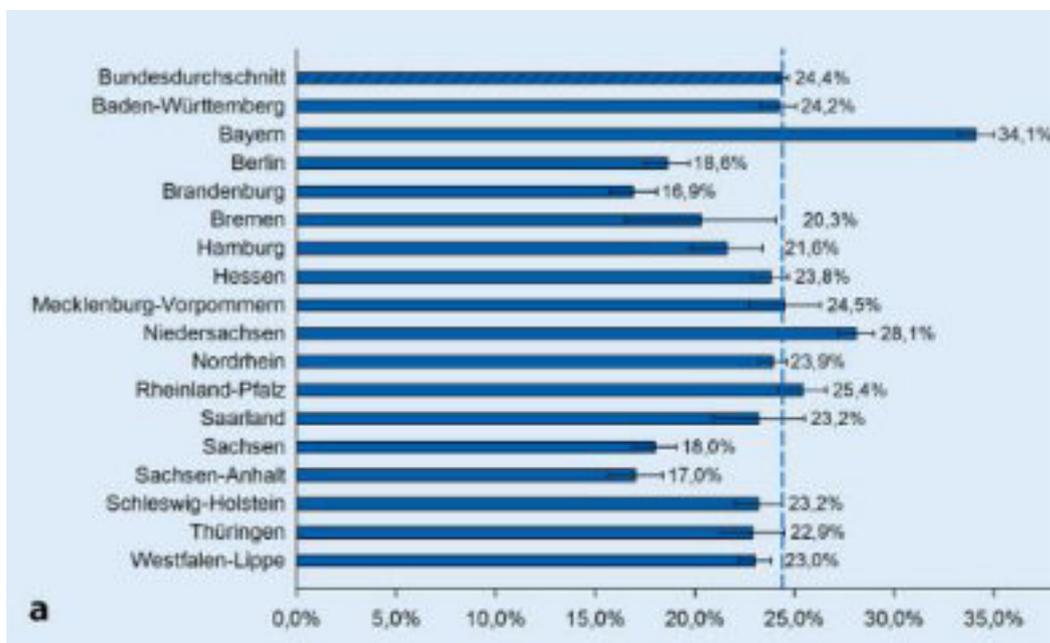
Im Rahmen eines Innovationsfondsprojektes (SAVOIR) führten Ditscheid et al. eine retrospektive Kohortenstudie für im Jahr 2016 verstorbene Versicherte mit GKV-Abrechnungsdaten durch, um erstmals versichertenbezogene Daten zur Inanspruchnahme von Palliativleistungen in Deutschland zu ermitteln. Im Ergebnis zeigte sich, dass 32,7% der Versicherten in den letzten sechs Lebensmonaten mindestens eine palliative Leistung erhielten. Ohne Sonderziffern und SAPV- sowie Hospizleistungsabrechnungen, d. h. unter ausschließlicher Berücksichtigung von EBM-Ziffern für AAPV-Leistungen und SAPV-Verordnungen, betrug dieser Anteil 27,1%. AAPV wurde bei 24,4% der Versicherten abgerechnet, SAPV-Leistungen nahmen 13,1 % der Versicherten in Anspruch. 5,2% der Versicherten erhielten nur SAPV (ohne AAPV) (Ditscheid et al., 2020).

International wird der Bedarf an PV am Lebensende auf 56 – 83 % geschätzt. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass der für Deutschland ermittelte Wert von knapp 33 % mit mindestens einer Palliativleistung in den letzten sechs Lebensmonaten den tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung im Bereich der Palliativversorgung nicht deckt (Ditscheid et al., 2020).

Im Vergleich der Bundesländer zeigte sich für Bayern folgendes Bild:

In Bayern erhielten 2015/16 mit Abstand die meisten Versicherten Leistungen der AAPV (34,1 %, Bundesdurchschnitt: 24,2 %, siehe (Ditscheid et al., 2020, S. 1503)). Die Autorinnen und Autoren der Studie verweisen darauf, dass es in Bayern bereits sehr früh eine starke ambulante Hospizkultur sowie damit einhergehende Netzwerke in der Hospiz- und Palliativversorgung gab. „Hinzu kommt, dass die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) in Bayern gut etabliert ist und eigene Vergütungsziffern für AAPV-Leistungen vorsieht.“ (Ditscheid et al., 2020, S. 1506).

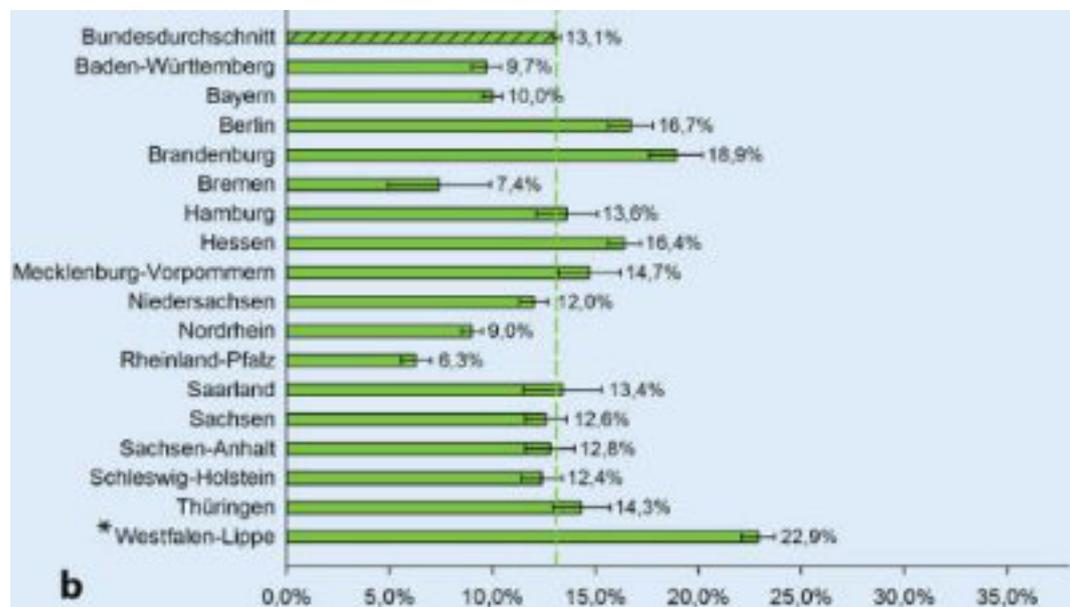
Abbildung 4: Versicherte mit AAPV-Leistungen (2015/16)



Quelle: (Ditscheid et al., 2020, S. 1506)

Dagegen fiel die Inanspruchnahme von SAPV-Leistungen in Bayern mit 10 % der Versicherten etwas unterdurchschnittlich aus (Bundesdurchschnitt 13,1 %, vgl. (Ditscheid et al., 2020)). Die Studienautoren führten das u. a. auf die im Bundesvergleich geringere Anzahl an Ärzten mit Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ in Bayern zurück. 2016 gab es lediglich 313 ambulant tätige Palliativmediziner im Freistaat. Bezogen auf 100.000 Einwohner gab es 2016 in Bayern 6,5 Palliativmediziner (mit ärztlicher Tätigkeit) – der niedrigste Wert aller Bundesländer. Im Bundesdurchschnitt gab es 12,4 Palliativmediziner je 100.000 Einwohner – Spitzenreiter war Hessen mit 17,3 (Ditscheid et al., 2020). Die Studienautoren führten das u. a. auf die im Bundesvergleich geringere Anzahl an Ärzten mit Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ in Bayern zurück. 2016 gab es lediglich 313 ambulant tätige Palliativmediziner im Freistaat. Bezogen auf 100.000 Einwohner gab es 2016 in Bayern 6,5 Palliativmediziner (mit ärztlicher Tätigkeit) – der niedrigste Wert aller Bundesländer. Im Bundesdurchschnitt gab es 12,4 Palliativmediziner je 100.000 Einwohner – Spitzenreiter war Hessen mit 17,3 (Ditscheid et al., 2020).

Abbildung 5: Versicherte mit SAPV-Leistungen (2015/16)



Quelle: (Ditscheid et al., 2020, S. 1506)

3,6 bzw. 55,4 % der Palliativmediziner je 100.000 Einwohner waren 2016 stationär tätig. Im Bundesvergleich rangierte Bayern mit 9,7 % der Versicherten mit Leistungen stationärer Palliativversorgung leicht überdurchschnittlich, wie aus (Ditscheid et al., 2020) hervorgeht.

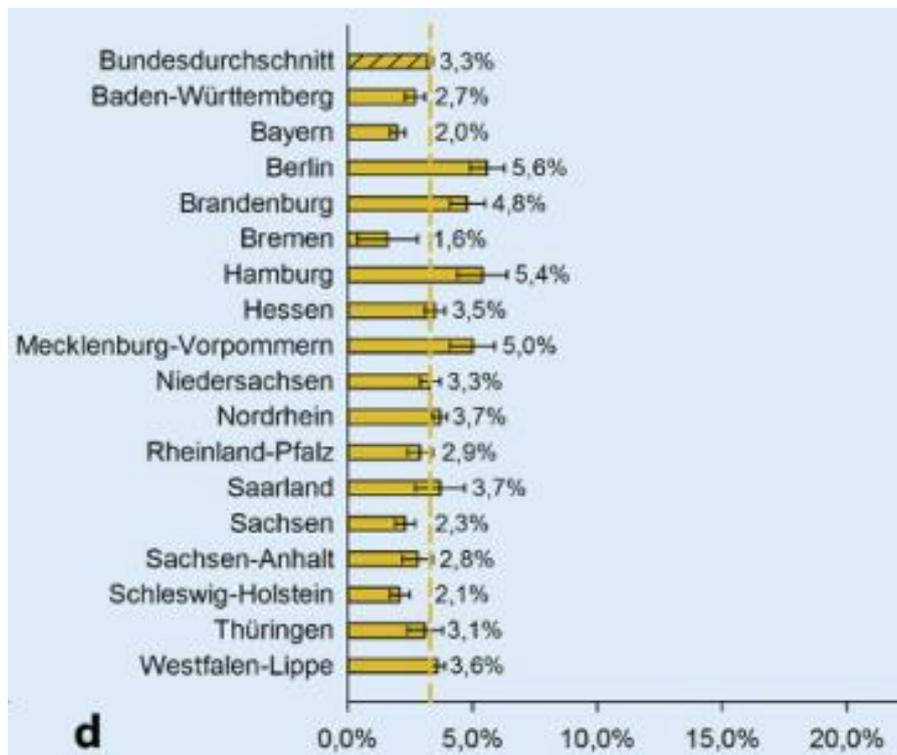
Abbildung 6: Versicherte mit Leistungen stationärer Palliativversorgung (2015/16)



Quelle: (Ditscheid et al., 2020, S. 1506)

Hinsichtlich der Inanspruchnahme stationärer Hospizleistungen rangierte Bayern 2016 erneut auf den hinteren Rängen: nur 2 % der 2016 Verstorbenen erhielt demnach diese Palliativleistungen in den letzten sechs Lebensmonaten, im Bundesdurchschnitt waren es 3,3 % (Ditscheid et al., 2020).

Abbildung 7: Versicherte mit stationären Hospizleistungen (2015/16)



Quelle: (Ditscheid et al., 2020, S. 1506)

Ditscheid et al. kommen zu dem Fazit, dass in Bayern offenbar die relativ gut ausgebauten ambulanten Strukturen der AAPV „in Kombination mit einer eher geringfügig ausgebauten SAPV die Inanspruchnahme stationärer Strukturen [d. h. Palliativversorgung im Krankenhaus] nicht verhindern“ können (Ditscheid et al., 2020, S. 1508).

Aus diesen Erkenntnissen lässt sich schlussfolgern, dass eine Stärkung der Palliativversorgung außerhalb des Krankenhauses dazu beitragen kann, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ des Bayerischen Rahmenkonzeptes zur Hospiz- und Palliativversorgung künftig in höherem Maße gerecht zu werden.

Die Komplexleistung „Symptomkontrolle für Palliativpatientinnen und -patienten“ als Leistung der häuslichen Krankenpflege (Nr. 24a) spielt im Versorgungsgeschehen von Palliativpatientinnen und -patienten bis 2019 eine untergeordnete Rolle (GKV-Spitzenverband, 2020, S. 37). Zum Stichtag 31.12.2019 waren auch erst in fünf Bundesländern die Verträge zur häuslichen Krankenpflege sowie die Vergütungsvereinbarungen entsprechend umgesetzt, darunter in Bayern. Im Bericht des GKV-Spitzenverbandes wird ergänzend konstatiert, dass im Einzelfall eine „Abgrenzung des allgemeinen palliativen Versorgungsbedarfs in Form dieser Komplexleistung von der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung der SAPV“ nicht „trennscharf“ möglich ist und daher im Zweifel ggf. eine Verordnung der SAPV erfolge (GKV-Spitzenverband, 2020, S. 37).

2017 wurde im Auftrag des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes eine repräsentative Bevölkerungsbefragung, u. a. zu Sterbeorten, durchgeführt. Hier zeigte sich vor allem eine Diskrepanz zwischen den tatsächlichen und den gewünschten Sterbeorten (vgl. Abbildung 8): Während die Mehrheit (58 %) zu Hause versterben möchte und nur 4 % im Krankenhaus, verbrachten tatsächlich 58 % die letzten Tage im Krankenhaus und nur 23 % verstarben zu Hause.

Abbildung 8: Wunsch und Wirklichkeit – Sterbeorte in Deutschland

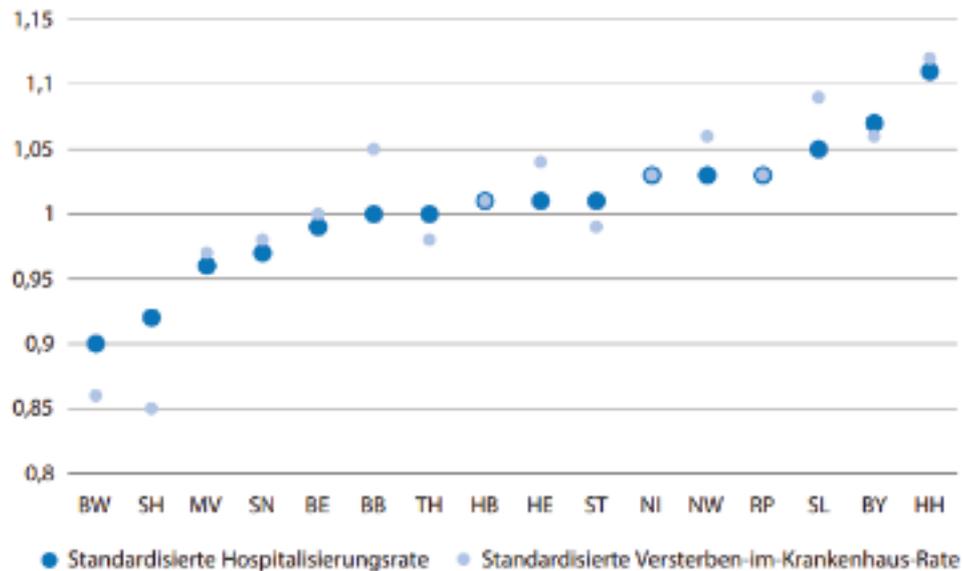


Quelle: KBV 2020: 3 (Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung 2017 durch den Deutschen Hospiz- und Palliativverband)

Schwinger et al. ermittelten auf Basis anhand einer retrospektiven Sekundärdatenanalyse auf Basis von bundesweiten AOK-Abrechnungsdaten aus den Jahren 2018 und 2019 bundeslandspezifische standardisierte Hospitalisierungsraten für Heimbewohner in den letzten 12 Wochen vor dem Versterben sowie standardisierte Versterben-im-Krankenhaus-Raten.<sup>4</sup> Die standardisierten Raten geben das Verhältnis zwischen der beobachteten Anzahl der Ereignisse (Krankenhausaufenthalt in den letzten zwölf Lebenswochen bzw. Versterben im Krankenhaus) zu der erwarteten Anzahl dieser Ereignisse basierend auf der gesamten Studienpopulation an. Bei einem Wert < 1 werden weniger Ereignisse beobachtet, als zu erwarten gewesen wäre, bei einem Wert von > 1 mehr. Wie aus der folgenden Abbildung 9 ersichtlich ist, weisen Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein deutlich unterproportionale Raten auf, während Bayern und das Saarland überproportional abschneiden.

<sup>4</sup> Zur Standardisierung wurden Angaben zu Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Demenz herangezogen.

Abbildung 9: Standardisierte Hospitalisierungsrate und Versterben-im-Krankenhausrate für die einzelnen Bundesländer



Quelle: (Schwinger et al., 2022, S. 61)

Anmerkungen: Baden-Württemberg (BW), Schleswig-Holstein (SH), Mecklenburg-Vorpommern (MV), Sachsen (SN), Berlin (BE), Brandenburg (BB), Thüringen (TH), Bremen (HB), Hessen (HE), Sachsen-Anhalt (ST), Niedersachsen (NI), Nordrhein-Westfalen (NW), Rheinland-Pfalz (RP), Saarland (SL), Bayern (BY), Hamburg (HH)

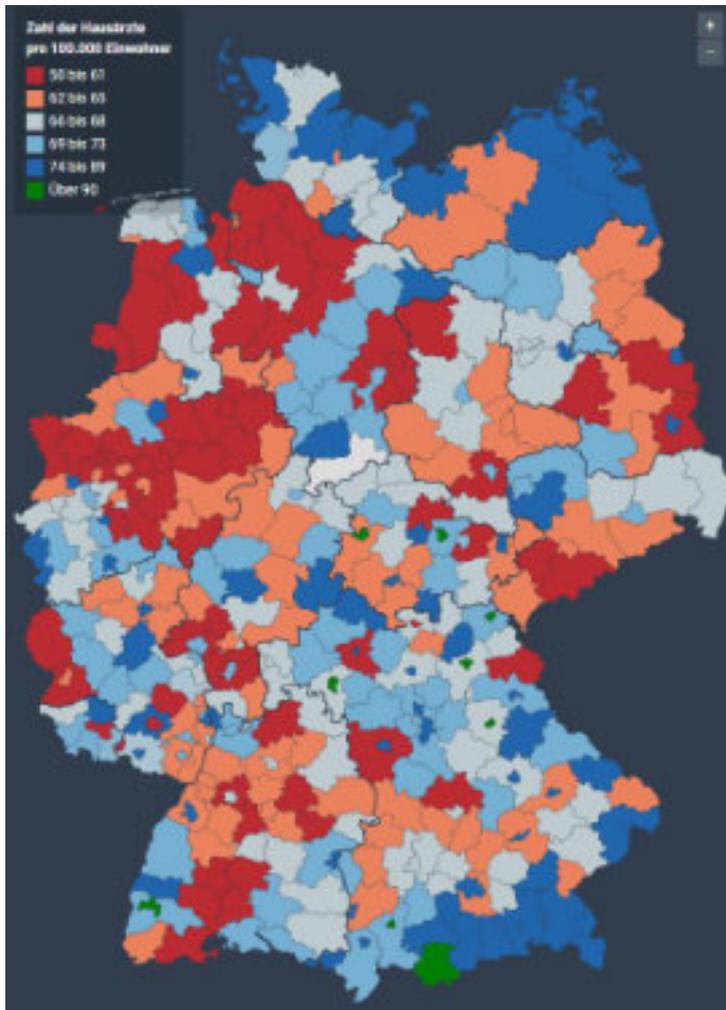
## 5.2 Entwicklung der Versorgungskapazitäten

In der ambulanten Versorgung kann das ganze Spektrum der palliativmedizinischen Versorgungsleistungen nur dann erbracht werden, wenn es genügend niedergelassene Ärzte mit entsprechender Weiterbildung gibt, d. h. Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“.

Die höchste Hausarztichte je 100.000 Einwohner wies 2018 Hamburg (74,1) aus, vor Mecklenburg-Vorpommern (72,9) und Berlin (72,2). Die niedrigsten Werte zeigten sich in Westfalen-Lippe (59,9), Hessen (64,9) und Sachsen-Anhalt (65,2) (vgl. Abbildung 10). Der Anteil ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildung Palliativmedizin an allen Hausärzten lag auf Länderebene zwischen ca. 3,5 % (Bayern) und 12,9 % (Hessen) (ÄrzteZeitung, 2019).

Im Jahr 2022 gab es bundesweit 8,2 ambulant tätige Palliativmediziner je 100.000 Einwohner und 7,2 stationär tätige Palliativmediziner (Bundesärztekammer, 2022). Aus älteren Erhebungen ging hervor, dass die Zahl der Palliativmediziner im Ländervergleich in Bayern am niedrigsten war (2016: ambulant 2,4 und stationär 3,6 pro 100.000 Einwohner).

Abbildung 10: Hausärztinnen und -ärzte (31.12.2018)



Quelle: (Ärztezeitung, 2019)

Weiterhin hängt das Angebot spezialisierter ambulanter Palliativleistungen von der Zahl der regional verfügbaren SAPV-Teams ab. Die folgende Abbildung 11 enthält eine Übersicht zu den SAPV-Teams nach Bundesländern 2020 sowie zur Veränderung der Versorgungsquote bezogen auf eine Mio. Einwohner 2016 und 2020.

Über alle Bundesländer hinweg hat sich die Verfügbarkeit von SAPV-Teams im Zeitraum 2016 bis 2020 pro eine Mio. Einwohner um 31 % verringert – von 3,74 auf 2,57 SAPV-Teams pro eine Mio. Einwohner. Die mit Abstand meisten SAPV-Teams pro eine Mio. Einwohner gab es 2020 in Mecklenburg-Vorpommern (7,45) und Niedersachsen (6,25). In Bayern waren es 4,04 SAPV-Teams pro eine Mio. Einwohner, was gegenüber 2016 einer Erhöhung von 15,4 % entsprach.

Abbildung 11: Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in Deutschland (Angaben aus dem Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung, Stand 31.12.2020)

Bundesland	SAPV-Teams	SAPV-Teams pro Mio. Ew. 2020	SAPV-Teams pro Mio. Ew. 2016
Baden-Württemberg	35	3,16	2,67
Bayern	53	4,04	3,50
Berlin	10	2,73	4,83
Brandenburg	10	3,96	5,23
Bremen	3	4,42	4,47
Hamburg	8	4,32	5,04
Hessen	27	4,30	5,51
Mecklenburg-Vorpommern	12	7,45	6,20
Niedersachsen	50	6,25	8,33
Nordrhein-Westfalen	45	2,52	1,51
Rheinland-Pfalz	11	2,69	1,23
Saarland	4	4,07	9,04
Sachsen	12	2,96	2,94
Sachsen-Anhalt	8	3,67	4,01
Schleswig-Holstein	15	5,16	4,90
Thüringen	9	4,25	2,30
Deutschland	312	2,57	3,74

Quelle: (Radbruch et al., 2022, S. 43).

Die stationären Kapazitäten setzen sich zusammen aus den Betten der Palliativstationen in Krankenhäusern und in stationären Hospizen. Die folgende Abbildung 12 zeigt die stationären Kapazitäten 2020 nach Bundesländern.

Die Zahl der Palliativstationen in Krankenhäusern bundesweit hat sich von 2015 bis 2020 von 289 auf 337 erhöht (+ 16,6 %) und die der Betten von 30,5 auf 33,7 pro eine Mio. Einwohner (+ 10,5 %). Bei den stationären Hospizen erhöhte sich die Anzahl von 206 auf 245 (+ 18,9 %), die Plätze von 27,3 auf 29,9 pro eine Mio. Einwohner (+ 9,7 %). Auch in Bayern haben sich in diesem Zeitraum die stationären Kapazitäten für Palliativversorgung erhöht: 2015 gab es 47 Palliativstationen und 33,6 Betten pro Mio. Einwohner, so dass bezgl. der Stationen bis 2020 ein Zuwachs von + 10,6 % und bezgl. der Betten von + 5,8 % zu verzeichnen war. Die Zahl der stationären Hospize erhöhte sich um 18,7 % (von 16 auf 19 Einrichtungen) mit einem Zuwachs von 32 % bei der Versorgungsquote bezogen auf die Plätze (von 11,6 auf 15,30 pro Mio. Einwohner).

Abbildung 12: Palliativstationen und stationäre Hospize in Deutschland (Stand 31.12.2020)

Bundesland	Einwohnerin/ Einwohner	Anzahl Palliativ- stationen	Stationsbetten pro Mio. Ew.	Anzahl Stationäre Hospize	Hospizbetten pro Mio. Ew.	Betten gesamt pro Mio. Ew.
Baden- Württemberg	11.103.043	44	39,81	27	20,54	60,35
Bayern	13.140.183	52	35,54	19	15,30	50,84
Berlin	3.664.088	11	24,84	13	50,77	75,61
Brandenburg	2.531.071	9	33,59	11	47,81	81,40
Bremen	680.130	2	32,35	2	23,53	55,88
Hamburg	1.852.478	6	31,85	5	36,71	68,56
Hessen	6.293.154	22	32,26	22	35,76	68,02
Mecklenburg- Vorpommern	1.610.774	9	44,08	7	44,70	88,78
Niedersachsen	8.003.421	35	30,74	27	31,87	62,61
Nordrhein- Westfalen	17.925.570	70	27,95	68	35,88	63,83
Rheinland-Pfalz	4.098.391	26	43,19	11	23,67	66,86
Saarland	983.991	5	51,83	4	48,79	100,62
Sachsen	4.056.941	19	39,69	8	24,41	64,10
Sachsen-Anhalt	2.180.684	10	32,56	7	33,02	65,58
Schleswig- Holstein	2.910.875	9	25,08	7	26,80	51,88
Thüringen	2.120.237	8	37,74	7	37,74	75,48
<b>Deutschland</b>	<b>83.155.031</b>	<b>337</b>	<b>33,68</b>	<b>245</b>	<b>29,94</b>	<b>63,62</b>

Quelle: (Radbruch et al., 2022, S. 42)

Bezogen auf eine Mio. Einwohner wies das Saarland 2020 mit über 100 Betten insgesamt pro eine Mio. Einwohner die höchsten Kapazitäten für die stationäre Palliativversorgung auf, während Bayern mit knapp 51 Betten pro eine Mio. Einwohner über lediglich halb so viele Palliativbetten verfügte. Der Schwerpunkt der stationären Palliativversorgung liegt in Bayern im Krankenhaus (mit 35,5 Stationsbetten pro eine Mio. Einwohner bzw. 70 % der Palliativbetten).

### 5.3 Hospiz- und Palliativnetzwerke in Bayern

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) fördert derzeit 16 Hospiz- und Palliativnetzwerke in Bayern (vgl. Tabelle 5). Innerhalb der Netzwerke sind über 236 Mitglieder (bspw. Einzelpersonen, (Hospiz-)Vereine, ambulante und stationäre Einrichtungen, SAPV- und auf die Versorgung von Kindern spezialisierte SAPV-Teams, Seniorenbeiräte, Pflegestützpunkte, Kliniken, Praxen, Stand 2022) organisiert. Die einzelnen Netzwerke decken verschiedene

Aufgabengebiete ab: u. a. Informationsbereitstellung, Organisation von Ehrenamtlichen und Spenden, Vernetzung der einzelnen Akteure, Koordination von Fort und Weiterbildungen, fachlicher Austausch, Beratung und die Vermittlung von Anlaufstellen für Betroffene (Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege). Neben der Vernetzung der Leistungserbringer untereinander, stellt die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsangebote sowie die Förderung der Kommunikation von Angeboten in der Öffentlichkeit die grundlegenden Ziele der Hospiz- und Palliativnetzwerke dar. Die einzelnen Netzwerke operieren regional begrenzt. Bundesweit werden im Rahmen der aktuellen Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes vom 31.03.2022 Fördermittel für die Koordination der Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkoordinatorin oder einen Netzwerkkoordinator nach § 39d Absatz 3 SGB V zur Verfügung gestellt. Pro kreisfreie Stadt oder Landkreis kann ein Netzwerk mit bis zu 15.000 Euro gefördert werden.<sup>5</sup>

Tabelle 5: Übersicht Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerke in Bayern

<b>Hospiz- und Palliativnetzwerke in Bayern (unsortiert)</b>	
1	Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V.
2	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Region Bamberg
3	Hospiz- und Palliativnetzwerk Bayreuth – Kulmbach
4	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Cham
5	Hospiz- und Palliativnetzwerk des Hospizvereins Coburg e.V. – HPN Coburg
6	Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Erlangen und Erlangen-Höchstädt (NetHPV)
7	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Freising
8	Loses Netzwerk im Landkreis Freyung-Grafenau
9	Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Fürstenfeldbruck
10	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Region Fürth
11	Hospiz-Palliativ-Versorgungsnetz Isar-Inn
12	Palliative Care Netzwerk der Ilse Kubaschewski Stiftung
13	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Landkreis Landsberg am Lech

<sup>5</sup> [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz\\_und\\_palliativversorgung/netzwerkkoordination/foerderung\\_der\\_netzwerkkoordination.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/netzwerkkoordination/foerderung_der_netzwerkkoordination.jsp) [Zugriff am 07.01.2024]

### Hospiz- und Palliativnetzwerke in Bayern (unsortiert)

14	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Landshut
15	Das Onkologische und Palliativmedizinische Netzwerk in Landshut
16	Hospiz- und Palliativnetzwerk im Landkreis Mühldorf
17	Münchner Hospiz- und Palliativnetzwerk
18	Hospiz- und Palliativnetzwerk im Landkreis München
19	Hospiz- und Palliativnetzwerk Nordoberpfalz
20	Hospiz- und Palliativnetzwerk Nürnberg
21	Palliativ- u. Hospiz-Netz Niederbayern e. V. mit Teilprojekt Palliative u. hospizliche Vernetzung Stadt- u. Landkreis Passau
22	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Rachel-Rusel
23	Hospiz- und Palliativ-Netzwerk Regensburg Stadt und Landkreis
24	Hospiz- und Palliativ-Netzwerk Rosenheim
25	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Schwabach
26	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Schweinfurt – Bad Kissingen
27	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Südfranken
28	Netzwerk Hospiz – Verein Palliativarbeit und Palliativbetreuung Südostbayern e. V.
29	Netzwerk Hospiz e. V. und gGmbH Traunstein
30	Palliativnetzwerk Region Würzburg

Quelle: (Bayerischer Hospiz- und Palliativverband e.V., 2022); <https://www.hpvnbayern.de/die-netzwerke-in-bayern/>

Anmerkung: Alle vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderten Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerke (HPVN) sind grau hinterlegt (Stand Januar 2024).

Innerhalb der Netzwerke sind über 236 Mitglieder (bspw. Einzelpersonen, (Hospiz)Vereine, ambulante und stationäre Einrichtungen, SAPV- und auf die Versorgung von Kindern spezialisierte SAPPV-Teams, Seniorenbeiräte, Pflegestützpunkte, Kliniken, Praxen) organisiert. Die einzelnen Netzwerke decken verschiedene Aufgabengebiete ab: u. a. Informationsbereitstellung, Organisation von Ehrenamtlichen und Spenden, Vernetzung der einzelnen Akteure, Koordination von Fort und Weiterbildungen, fachlicher Austausch, Beratung und die Vermittlung von Anlaufstellen für Betroffene (Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege). Neben der Vernetzung der Leistungserbringer untereinander, stellt die

bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsangebote sowie die Förderung der Kommunikation von Angeboten in der Öffentlichkeit die grundlegenden Ziele der Hospiz- und Palliativnetzwerke dar. Die einzelnen Netzwerke operieren regional begrenzt. Bundesweit übergreifend hingegen fördert die aktuelle Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes vom 31.03.2022 die Koordination der Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkoordinatorin oder einen Netzwerkkoordinator nach § 39d Absatz 3 SGB V.

Aus einem Projekt heraus ist in der Region Augsburg beispielsweise der Palliativkompass<sup>6</sup> als ein Angebot für Betroffene entstanden, welcher die Hospiz- und Palliativversorgung in der Region thematisiert.

Weiterhin gibt es die 1999 gegründete und seitdem vom Freistaat Bayern verwaltete Bayerische Stiftung Hospiz. Diese förderte in den ersten Jahren einzelne Projekte, die Gründung neuer Hospizvereine, sammelt Spenden und trägt zur Vernetzung der Versorgungsstrukturen bei, um die Palliativ- und Hospizbewegung in Bayern voranzutreiben.

Insgesamt gibt es in Bayern, Stand April 2022, mehr als 200 verschiedene Anlaufstellen für betroffene Menschen und deren Angehörigen, welche sich unterscheiden lassen in stationäre (Hospize, Palliativstationen in Kliniken) und ambulante Anlaufstellen (eigenständige SAPV-Teams und ambulante Dienste mit SAPV/SAPPV), Hospizakademien (primär Aus- Fort- und Weiterbildungsstätten) und Hospizdienste. Nach Angaben des Bayerischen Hospiz- und Palliativverbands e. V. wird die Hospiz- und Palliativversorgung in Bayern sichergestellt durch rund

- ◆ 141 ambulante Hospizdienste,
- ◆ 48 SAPV-Teams, 6 Kinder-SAPV-Teams,
- ◆ 486 Palliativbetten an 51 Krankenhäusern und 72 palliativmedizinische Dienste sowie
- ◆ rund 25 stationäre Hospize (Arbeitsgemeinschaft Stationäre Hospize in Bayern [ARGE], 2022; Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, o. J.; Landesverband SAPV Bayern e.V., 2020)

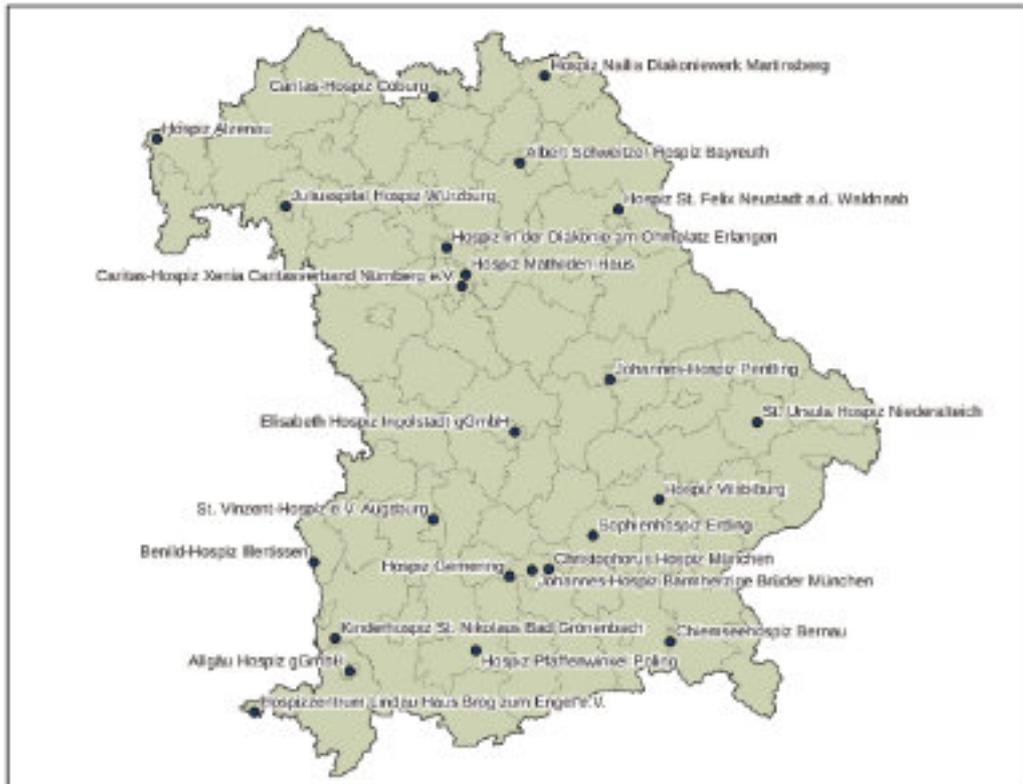
Die nachfolgende Grafik gibt einen Überblick über die 25 stationären Hospize im Freistaat Bayern. Deutlich erkennbar ist, dass die Verteilung über das Bundesland ungleichmäßig ist und sich eher im südlichen Bayern eine Häufung findet. In sehr vielen Landkreisen und kreisfreien Städten ist keine stationäre Hospizversorgung verfügbar.

---

<sup>6</sup> <http://www.palliativkompass.de/startseite>

---

Abbildung 13: Übersicht zu den 25 stationären Hospizen im Freistaat Bayern im Jahr 2023



Quelle: IGES

Tabelle 6: Hospize in Bayern im Jahr 2023 (Plätze)

Hospiz	Stationäre Gästeanzahl (zusätzlich teilstationäre Hospize)
Albert-Schweizer-Hospiz -Bayreuth	10
Allgäu Hospiz gGmbH -Kempten	12
Benild-Hospiz -Illertissen	8
Caritas-Hospiz -Coburg	10
Caritas-Hospiz Xenia -Nürnberg	10
Chiemseehospiz -Bernau	10
Christophorus Hospiz -München	16
Elisabeth Hospiz -Ingolstadt	13
Evangelischer Gemeindeverein -Nürnberg-Mögeldorf	14 (6)
Hospiz Alzenau -Alzenau in Unterfranken	10
Hospiz i. d. Diakonie am Ohmplatz -Erlangen	12
Hospiz Naila Diakoniewerk -Martinsberg	8
Hospiz Pfaffenwinkel -Polling	10
Hospiz St. Felix -Neustadt a. d. Waldnaab	9
Hospiz Vilsbiburg	10 (8)
Hospizzentrum Brög zum Engel e. V. -Lindau	6
Johannes-Hospiz Barmherzige Brüder -München	12
Johannes-Hospiz -Pentling	10
Juliuspital Hospiz -Würzburg	12
St. Ursula Hospiz -Niederalteich	10
St. Vinzent-Hospiz e. V. -Augsburg	16
Kinderhospiz St. Nikolaus -Bad Grönenbach	8
Hospiz -Germering	10
Sophienhospiz -Erding	12
Kinderhospiz -Bamberg	12

Quelle: (Bayerischer Hospiz- und Palliativverband e.V., 2022)

Die ambulanten Hospizdienste sind in ihrer jeweiligen Region vernetzt und arbeiten mit Pflegediensten, Ärzten und Seelsorgern zusammen. Finanziert werden sie über die Förderung nach § 39a SGBV und Spenden (Bayerische Stiftung Hospiz).

Bayernweit gibt es vier aus Landesmitteln geförderte Hospizakademien, welche primär Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten sind. Neben den vier Hospizakademien gibt es auch bei anderen Bildungsträgern Weiterbildungsangebote im Bereich der Palliativversorgung.

Die SAPV-Teams sind eigenständige Unternehmen, häufig angebunden an Hospizvereine. Für die palliative Versorgung von schwerstkranken Kindern und Jugendlichen sind die SAPPV-Teams spezialisiert. Ambulante Versorger, welche SAPV/SAPPV anbieten, können bspw. über den Landesverband SAPV Bayern mithilfe einer Suchmaschine<sup>7</sup> gefunden werden. Aktuell sind die SAPV-Teams oftmals für 1 - 2 Landkreise Ansprechpartner. Ausnahmen stellen große Einzugsgebiete wie Bamberg dar (Landesverband SAPV Bayern).

Auskunft über weitere Angebote gibt der „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“, eine Datenbank, in der sich Anbieter registrieren und die Informationen bundesweit zugänglich gemacht werden (Sabatowski et al., 1999) sowie der AOK-Palliativwegweiser, mit regionalen Suchfunktionen sowie grundlegenden Informationen über unterschiedliche Leistungen und Angebote im Bereich Palliative Care (Pleschberger & Müller-Mund).

#### **5.4 Kapazitäten der Palliativversorgung in der Region Mühldorf am Inn**

Die Kapazitäten für die Versorgung von Menschen am Lebensende in der Region Mühldorf am Inn sind der Tabelle 7 zu entnehmen. Dabei wurden nur Einrichtungen berücksichtigt, die Versorgungsangebote für die Zielgruppe der Hospiz-Insel haben. Diese sind wie folgt gekennzeichnet:

- ◆ ambulante Versorgungsmöglichkeiten sind abgeklärt und ausgeschöpft,
- ◆ die Versorgungsmöglichkeit im Heim ist aufgrund der aktuellen oder zu erwartenden hohen Versorgungsanforderung ausgeschlossen und/oder aufgrund der Situation und Symptomlast nicht angemessen.

Das Angebot umfasst insgesamt 89 Plätze, davon 69 (77,5 %) in Palliativstationen von Krankenhäusern. Weiterhin gibt es im InnKlinikum Altötting und Mühldorf, Standort Mühldorf, einen Palliativmedizinischen Dienst.

Die Daten bestätigen die Befunde der empirischen Untersuchungen, die im Abschnitt 5.2 für Bayern herausgearbeitet wurden: Die Strukturen der stationären Palliativversorgung in Krankenhäusern sind in Bayern im Bundesvergleich gut ausgebaut, während die Inanspruchnahme (und Verfügbarkeit) stationärer

---

<sup>7</sup> [https://sapv-bayern.de/?s=&post\\_type=team](https://sapv-bayern.de/?s=&post_type=team)

Hospizleistungen in Bayern im Bundesvergleich 2016 auf den hinteren Rängen landete: nur 2 % der 2016 Verstorbenen erhielt demnach diese Palliativleistungen in den letzten sechs Lebensmonaten, im Bundesdurchschnitt waren es 3,3 % (vgl. Abbildung 7 Kapitel 5.1).

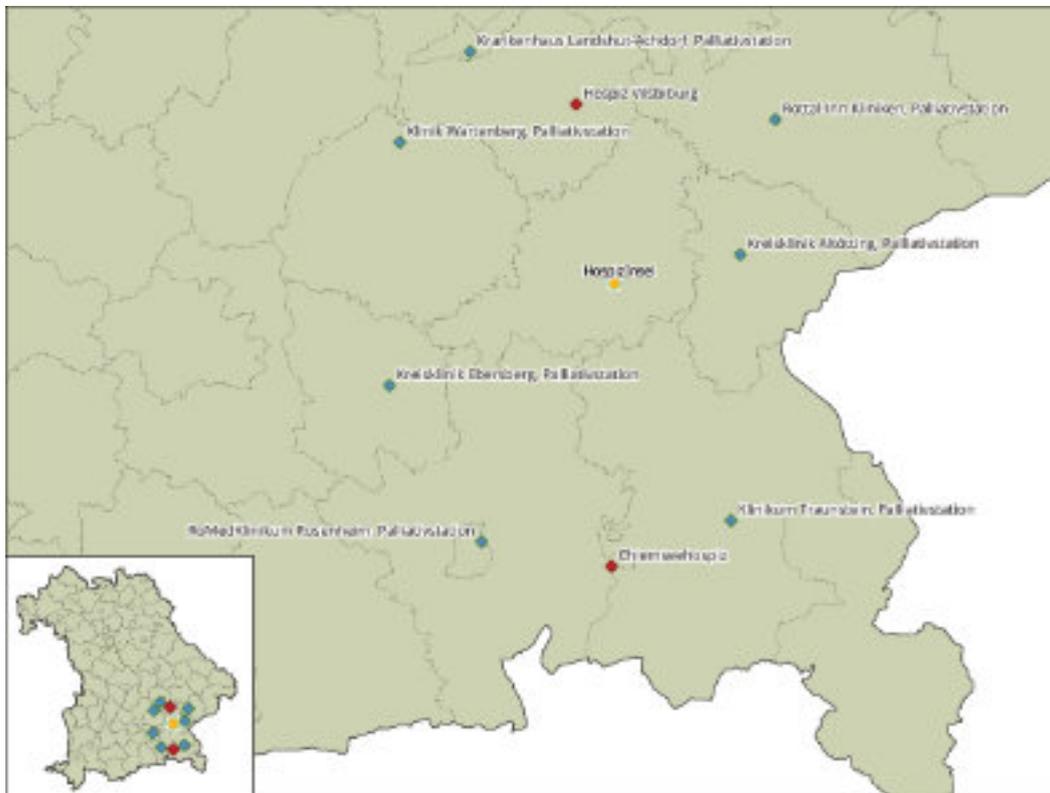
Tabelle 7: Kapazitäten Palliativversorgung in der Region Mühldorf am Inn (Umkreis von 50 km ausgehend von der Hospizinsel, 84478 Waldkraiburg)

Einrichtung	Größe bzw. Platzzahl	Erläuterung
Chiemseehospiz	10	Einzelzimmer, Begleitperson kann im Zimmer untergebracht werden
Hospiz Vilsbiburg	10	
InnKlinikum Altötting und Mühldorf, Standort Altötting, Palliativstation	8	als Einzel- oder Doppelzimmer möglich, Angehörige können nach Absprache übernachten
Rottal-Inn Kliniken, Palliativstation	9	Einzelzimmer
Kreisklinik Ebersberg, Palliativstation	10	Einzelzimmer, Angehörigenzimmer für Übernachtungen
Klinik Wartenberg, Palliativstation	10	8 Einzelzimmer, 1 Zweibettzimmer, Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige
Krankenhaus Landshut-Achdorf, Palliativstation	12	Einzelzimmer, Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige
Klinikum Traunstein, Palliativstation	10	
RoMedKlinikum Rosenheim, Palliativstation	10	Einzelzimmer

Quelle: IGES auf Basis von Internetrecherchen (u. a. (DGP, 2023))

Die nachfolgende Abbildung 14 zeigt die Verteilung der Hospize und Palliativstationen in der Region.

Abbildung 14: Übersicht über Hospize und Palliativstationen in der Region (Umkreis von 50 km ausgehend von der Hospizinsel, 84478 Waldkriaburg)



Quelle: IGES

Die SAPV am Inn gGmbH versorgt die Landkreise Mühldorf am Inn, Altötting und Rottal-Inn und damit ein Einzugsgebiet mit rund 337.000 Einwohnern (Stand 30.09.2022, (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2022)).

Im September 2022 wurde vom Anna Hospizverein das Hospiz- und Palliativnetzwerk im Landkreis Mühldorf (HPN Mühldorf) gegründet. Derzeit gibt es neben den vier Gründungsmitgliedern (Anna Hospizverein, SAPV am Inn, Caritas-Heilig-Geist-Spital und Heimwerk e. V. (Träger des Adalbert Stifter Pflegedienstes)) elf weitere Mitglieder (Landratsamt Mühldorf (Förderer des HPN), Ärzte, Pflegeeinrichtungen und das InnKlinikum Altötting und Mühldorf).

Bezüglich der hausärztlichen Versorgung wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern für den Landkreis Mühldorf am Inn eine drohende Unterversorgung ausgewiesen (Stand: 28.11.2022, (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns [KVB], 2023)). Mit 13,5 Niederlassungsmöglichkeiten liegt Mühldorf am Inn nach dem Kreis Coburg (21,5 Niederlassungsmöglichkeiten) an zweiter Stelle im bayernweitem Vergleich der hausärztlichen Planungsbereiche.

## 5.5 Zwischenfazit zum Stand der Palliativversorgung

Im Vergleich der Bundesländer verfügt Bayern über niedrige palliative Versorgungskapazitäten – sowohl bezgl. ambulant und stationär tätiger Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildung Palliativmedizin. Hinsichtlich der SAPV-Angebote liegt Bayern im Mittelfeld und die Zahl der SAPV-Teams hat sich im Zeitraum 2016 bis 2020 entgegen dem Bundestrend insgesamt erhöht. Die Kapazitäten für die stationäre Palliativversorgung sind in Bayern im Ländervergleich unterdurchschnittlich ausgebaut, insb. gibt es wenig Hospizplätze (Versorgungsquote 2020 nur 50 % des Bundesdurchschnitts, niedrigster Wert!).

Allzu oft scheitert der Wunsch nach einer Versorgung im häuslichen Umfeld aufgrund eines Mangels an Angeboten und Plätzen im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung. Um zu erreichen, dass künftig mehr Menschen in ihrer letzten Lebensphase in ihrem vertrauten Umfeld bleiben können, hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2020 das Pilotprogramm „Sterben wo man lebt und zu Hause ist“ ins Leben gerufen. Dabei soll u. a. der Frage nachgegangen werden, wie beispielsweise auch in ländlichen Regionen mehr professionelle Angebote der hospizlich-palliativen Versorgung geschaffen werden können. Weiterhin gilt es zu eruieren wie es gelingen kann, nicht nur die Lebensqualität und Selbstbestimmung des sterbenden Menschen zu stärken, sondern auch die pflegenden An- und Zugehörigen ein Stück weit zu entlasten (FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e.V. Bundesvereinigung, 2023, S. 3)).

Erste Erkenntnisse aus dem Pilotprogramm bestätigen, dass „es in der Praxis zahlreiche Einzelbelege für die positiven Impulse, wie etwa eine bedarfsgerechtere Anpassung der Strukturen“ gibt, gleichzeitig stellt die fehlende Regelfinanzierung für viele Konzepte eine große Hürde dar (Bank für Sozialwirtschaft Aktiengesellschaft, 2023).

Auch die Hospizinsel in Waldkraiburg wurde 2018 aus der Erkenntnis heraus gegründet, dass es Lücken zwischen stationärer und häuslicher Versorgung für Menschen am Lebensende gibt. Um insbesondere auch jüngeren sterbenden Personen (unter 65 Jahren) ein möglichst selbstbestimmtes Leben bis zum Schluss in häuslicher Atmosphäre zu ermöglichen, wurde die ehemalige Hausmeisterwohnung eines Pflegeheims in eine Palliativ-Wohngemeinschaft umgebaut. Durch die räumliche Nähe zum Pflegeheim, betreuten Wohnen und einem ambulanten Pflegedienst, können Synergien beim Personaleinsatz und der hauswirtschaftlichen Versorgung realisiert und die Palliativversorgung somit kostengünstig durchgeführt werden. Die damit entstandene „neue“ Versorgungsform lässt sich allerdings nicht in die gängigen Schemata von ambulant, teil- und vollstationär einordnen und hat daher bezgl. der Betriebserlaubnis und der Finanzierung mit Herausforderungen zu kämpfen, die im folgenden Kapitel dargelegt werden.

## 6. Das Konzept der Hospizinsel

Die Hospizinsel ist eine ambulant betreute Palliativ-Wohngemeinschaft mit vier Plätzen in Waldkraiburg, Landkreis Mühldorf am Inn. Sie wurde im Mai 2018 unter gemeinsamer Trägerschaft des Anna Hospizvereins im Landkreis Mühldorf e. V. und des Heimwerk e. V. gegründet. Letzterer betreibt in Waldkraiburg das Adalbert Stifter Seniorenwohnen - mit einem betreuten Wohnen, einem ambulanten Pflegedienst und einer stationären Pflegeeinrichtung.

Anlass der Gründung der Hospizinsel war die Feststellung der Initiatoren, dass trotz SAPV-Versorgung am Lebensende in Krisen- oder Überlastungssituationen immer wieder ungewollte Einweisungen ins Krankenhaus erfolgen, Hospizplätze in den nächstliegenden Hospizen (München, Vilsbiburg) nicht verfügbar sind oder im Hospiz eine „Überversorgung“ stattfindet, die in dem Umfang gar nicht erforderlich wäre. Weiterhin ist die Einbindung der Angehörigen in der Sterbephase im Krankenhaus oder Hospiz wegen schlechter öffentlicher Verkehrsanbindung auf dem Land häufig schwierig.

Zentral war jedoch die Erkenntnis: Die wenigsten Patienten bedürfen der Vollversorgung eines stationären Hospizes, sie würden in den meisten Fällen aber tagsüber mehr Versorgung benötigen, als im ambulanten Umfeld möglich ist.

Die Einbindung der Palliativ-WG in die Strukturen des Altenheims ermöglichte eine kostengünstige Bereitstellung der für den Betrieb notwendigen Voraussetzungen wie Wäscheservice, Reinigung und Essen. Die auch in der eigenen Häuslichkeit eingebundenen Leistungserbringer – der ambulante Pflegedienst, der Hospizdienst des Anna Hospizvereins und ggf. das SAPV-Team – wurden um eine Palliative Care-Kraft im Tag- und Spätdienst, eine Koordinationsfachkraft und eine Fachkraft für Soziale Arbeit ergänzt mit dem Ziel, nur so viel Personal in Pflege und Betreuung wie nötig vorzuhalten. Die räumliche Nähe zu einem Betreuten Wohnen schafft Synergieeffekte für den Personaleinsatz des ambulanten Dienstes, insb. bei den nächtlichen Rundgängen in der Hospizinsel.

### 6.1 Zielgruppe der Hospizinsel

Das Versorgungsangebot der Hospizinsel richtet sich an Personen, deren Lebenserwartung absehbar nur noch wenige Tage oder Wochen umfasst, und für die andere Versorgungsformen nicht mehr ausreichend (insb. häusliche Pflege mit SAPV), nicht geeignet (z. B. Pflegeheim aufgrund des Alters der Personen), noch nicht erforderlich (z. B. Krankenhaus, stationäres Hospiz) sind oder an Personen, welche explizit eine weitere Krankenhausbehandlung nicht mehr wünschen.

### 6.2 Räumlichkeiten der Hospizinsel

Die Hospizinsel befindet sich derzeit unter dem Dach des Pflegeheims in einer ehemaligen Hausmeisterwohnung mit insgesamt 158 qm<sup>2</sup> Wohnfläche. Es gibt vier Einzelzimmer für die Gäste. Gemeinschaftlich geteilt werden eine Wohnküche, ein Pflegebad, ein Lagerraum und ein Multifunktionsraum. Der Multifunktionsraum

---

wird zudem von den Mitarbeitenden, Ehrenamtlichen und weiteren Akteuren für Besprechungen (z. B. mit Angehörigen), zum Telefonieren und für Dokumentationsstätigkeiten genutzt. Die Hospizinsel hat einen separaten Eingang und Besucher haben jederzeit Zugang zur Wohngemeinschaft. In jedem der Zimmer besteht zudem eine Übernachtungsmöglichkeit für Besucher und Angehörige. Die Gartenanlage des Adalbert Stifter Pflegeheims darf von den Gästen und den Besuchern mitgenutzt werden. Die Wohngemeinschaft befindet sich auf dem Gelände des Adalbert Stifter Seniorenwohnen ist aber wirtschaftlich und organisatorisch selbstständig und nicht Teil einer stationären Einrichtung.

### 6.3 Personalkonzept und pflegerische Betreuung

Das Personalkonzept fußt auf folgenden Säulen:

- ◆ ärztliche Betreuung,
- ◆ palliativ-pflegerische Betreuung und
- ◆ sozialpsychologische Begleitung.

Die Gäste werden weiterhin von ihren Haus- und/oder Fachärztinnen bzw. -ärzten betreut. Wenn eine Verordnung zur spezialisierten Palliativversorgung vorliegt, wird die SAPV am Inn gGmbH hinzugezogen.

Die pflegerische Betreuung in der Hospizinsel erfolgt durch Pflegefachkräfte (mit Palliative Care-Weiterbildung) des ambulanten Pflegedienstes des ASW in Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften des Anna Hospizvereins. Die Gäste werden wie folgt betreut:

- ◆ Frühdienst (eine Pflegefachkraft) von 7:30 Uhr bis 16:00 Uhr,
  - Montag bis Freitag (eine Leitungs- und Koordinationskraft) von 8:00 bis 14:00 Uhr,
- ◆ Spätdienst (eine Pflegefachkraft) von 15:45 bis 21:00 Uhr.

Bei vollständiger Belegung der Wohngemeinschaft mit vier Gästen liegt der Pflegegeschlüssel mit Palliative Care-Fachkräften in den Kernzeiten von 7:30 bis 21:00 Uhr von Montag bis Freitag bei mindestens 1:4, vormittags sogar bei 1:2. Außerhalb dieser Zeiten steht die Rufbereitschaft des ambulanten Pflegedienstes des ASW den Gästen zur Verfügung. In der Nacht werden zwei Rundgänge über den ambulanten Pflegedienst durchgeführt. Bei Bedarf werden für die Gäste Sitzwachen für die Nacht organisiert, die von Pflegefachkräften durchgeführt werden.

Am Wochenende (sowie an Feiertagen) gibt es eine kürzere Frühschicht (7:30 bis 14:00 Uhr) und eine Spätschicht von 15:40 bis 21:00 Uhr. Zusätzlich erfolgt ein Rundgang zwischen 14:00 und 15:45 Uhr durch den ambulanten Pflegedienst des ASW. Bei Krisen bleibt der Frühdienst bis zum Eintreffen der Spätschicht und/oder es werden Sitzwachen organisiert.

Eine sehr wichtige Rolle nimmt in der Hospizinsel die Koordinatorin ein. Diese wurde kurz nach der Gründung der Hospizinsel eingeführt und übernimmt die

---

zahlreichen Koordinationsaufgaben, die die Versorgung am Lebensende in der Hospizinsel erfordert. Sie informiert Patienten und Angehörige zu Leistungen, unterstützt bei der Antragstellung und koordiniert die verschiedenen ambulanten Leistungserbringer für die Gäste der Hospizinsel. Darüber hinaus ist sie für den Aufnahmeprozess zuständig.

Weitere Details zum Personaleinsatz werden im Kapitel 7.6.2 dargelegt.

#### **6.4 Die sozialpsychologische und ehrenamtliche Betreuung**

Die Gäste und Angehörigen werden durch die Palliative Care-Fachkräfte vor Ort, durch ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen bzw. -begleiter und durch eine beim Anna Hospizverein angestellte Sozialpädagogin betreut. Die Sozialpädagogin ist im Rahmen ihrer Anstellung für die sozialpsychologische Betreuung und Beratung der Gäste und Angehörigen und, gemeinsam und in Abstimmung mit der koordinierenden Pflegefachkraft, für die Kommunikation mit den zuweisenden Akteuren, wie z. B. dem palliativ-medizinischen Dienst des Krankenhauses, zuständig. Die Koordination der Einsätze der Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter erfolgt durch die Koordinatorinnen des Anna Hospizvereins. Die ehrenamtliche Hospizbegleitung in Kooperation mit dem lokalen Hospizverein ist ein fester Bestandteil des Betreuungskonzepts der Hospizinsel.

#### **6.5 Qualitätssicherung**

Die Qualitätssicherung erfolgt derzeit über

- ◆ Pflegevisiten,
- ◆ Fallbesprechungen,
- ◆ Supervisionen,
- ◆ Fortbildungen sowie
- ◆ eine ausführliche Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell zur entbürokratisierten Pflegedokumentation und dem Modul der ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienste von palliDOC für alle Gäste sowie zusätzlich dem SAPV-Modul von palliDOC für Gäste mit SAPV-Verordnung.

Nach dem Versterben bzw. Auszug des Gastes wird intern eine Gesamtbewertung des Aufenthalts vorgenommen.

Eine Bewohnervertretung gem. § 19 Abs. 1 AVPfleWoqG zur Gewährleistung der Mitwirkung und Mitbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner nach Art. 3 Abs. 2 Punkt 7 PflWoqG gibt es in der Hospizinsel nicht.

#### **6.6 Hausärztliche Versorgung**

Das Personal der Hospizinsel arbeitet eng mit den jeweiligen Hausärztinnen und Hausärzten der Gäste zusammen. Für Gäste, deren Hausarzt zu weit entfernt ist

und daher die Versorgung in der HospizInsel nicht mehr übernehmen kann, übernimmt ein in Mühlendorf niedergelassener Hausarzt in der Nähe die „Funktion“ als Hausarzt.

## **6.7 Finanzierung der HospizInsel**

Der Umbau der ehemaligen Hausmeisterwohnung konnte mit Hilfe einer Anschubfinanzierung durch eine Großspende von 250.000 Euro im Jahr 2018 bewerkstelligt werden. Die Refinanzierung der laufenden Kosten der HospizInsel erfolgt aus Einnahmen für SGB V- und SGB XI-Leistungen sowie einem Eigenanteil der Gäste für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 55 Euro pro Tag. Diese Einnahmen decken den Finanzbedarf bei weitem nicht ab (Defizit 2023: 220.000 Euro), so dass es großer Anstrengungen bedarf, jährlich ein entsprechendes Spendenvolumen im Landkreis Mühlendorf einzuwerben. Ohne ein finanzielles Engagement der beiden Träger könnte das Angebot der HospizInsel nicht aufrechterhalten werden. Daher wird perspektivisch eine Regelfinanzierung durch die Krankenkassen angestrebt. Bis dahin wird eine Zwischenfinanzierung benötigt. Eine detaillierte Darstellung der Kostenstrukturen findet sich im Kapitel 7.6.3.

---

## 7. Evaluationsergebnisse

Im nachfolgenden Kapitel wird der Ablauf der Evaluation gefolgt von den Evaluationsergebnissen vorgestellt. Als erstes Ergebnis wird die Überarbeitung des Kriterienkataloges für die Aufnahme neuer Gäste erläutert (Kapitel 7.1), anschließend folgen die Ergebnisse der Datenanalyse der von der Hospizinsel im Zeitraum 2018 bis 2023 versorgten Gäste (Kapitel 7.2) und eine Beschreibung der Stichprobe im Rahmen dieser Studie (Kapitel 7.3) berichtet. Anschließend findet ein Vergleich der Hospizinsel-Gäste und der Vergleichsfälle statt (Kapitel 7.4). In Kapitel 7.5 werden Einschätzungen zum Versorgungsangebots der Hospizinsel aus verschiedenen Blickwinkeln dargestellt, darunter Perspektiven von Angehörigen, Beschäftigten Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern. Abschließend wird in Kapitel 7.6 die Wirtschaftlichkeit der Palliativversorgung in der Hospizinsel betrachtet und bewertet.

### Ablauf

In Waldkraiburg fand am 10. Juni 2022 eine Kick-off-Veranstaltung mit verschiedenen Akteuren statt. Bei dem Kick-off Termin waren Vertreterinnen und Vertreter des Anna Hospiz Vereins, des Adalbert Stifter Seniorenwohnens sowie der Hospizinsel und von IGES anwesend. Neben dem gegenseitigen Kennenlernen und der Präsentation des Vorgehens der Evaluation lag der Fokus vor allem auf dem fachlichen Austausch. Verschiedene Aspekte rund um die Evaluation der Hospizinsel wurden von den Teilnehmenden diskutiert und offene Fragen konnten geklärt werden. Die aus der Kick-off-Veranstaltung gewonnenen Erkenntnisse konnten im Rahmen der Vorbereitungsphase gut genutzt werden, um das Evaluationskonzept zu finalisieren und geeignete Erhebungsinstrumente für die Datenerhebung zu erarbeiten. Im September 2022 startete die Datenerhebung im Rahmen der Evaluation der Hospizinsel. Im November 2022 starteten die ersten Vergleichseinrichtungen mit der Datenerfassung. Beendet wurde der Erfassungszeitraum Ende August 2023. Am 19.10.2023 fand der dritte abschließende Workshop, mit Vertreterinnen und Vertreter des Anna Hospiz Vereins, des Adalbert Stifter Seniorenwohnens sowie der Hospiz-Insel und dem IGES-Projektteam statt. Inhalt waren erste Ergebnisse der Evaluation zu den Endpunkten der Studie: Bedarf an den von der Hospizinsel angebotenen Leistungen der Palliativversorgung, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Angebots, Übertragbarkeit des Konzepts auf andere Regionen und ordnungsrechtliche Einordnung des Konzepts. Die Ergebnisse wurden diskutiert und mit Blick aus der Praxis interpretiert.

### Ordnungsrechtlicher Rahmen und Wirtschaftlichkeit

Bezüglich der ordnungsrechtlichen Bewertung der Hospizinsel hat am 9. März 2023 ein ca. anderthalbstündiges Abstimmungsgespräch mit dem zuständigen Referat 43 des Bayerischen StMGP stattgefunden, an dem Vertreterinnen des Auftraggebers und die Projektleiterin von IGES teilgenommen haben. IGES stellte dabei u. a. erste Erkenntnisse aus der Literaturrecherche zu abWGs bundesweit vor. Interessant erscheint das von Klie et al. entwickelte Konzept der „Hybridität“ zur Bewertung der Umsetzung des Leitbildes der geteilten Verantwortung in

innovativen Wohnformen, das ein wichtiges Merkmal von abWGs ist (Klie et al., 2017, S. 20).<sup>8</sup> Die Analyse von bundesweit 230 Pflegewohngemeinschaften ergab, dass ein Drittel der WGs eine mehrfache Hybridität aufweisen, wobei dies bei zielgruppenspezifischen Konzepten etwas seltener der Fall war. Auch zeigte sich, dass eine große Vielfalt auf der einen Seite Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit- und -qualität auf der anderen Seite hat.

## 7.1 Zielgruppe der Hospizinsel und Überarbeitung des Kriterienkatalogs

Zur Einschätzung, ob eine Person der Zielgruppe der Hospizinsel (siehe Kapitel 6.1) entspricht, und ob deren konkrete Versorgungsbedarfe durch das Team der Hospizinsel gedeckt werden können (keine Krankenhausbehandlung und kein stationäres Hospiz erforderlich), wurde vom Team der Hospizinsel ein Kriterienkatalog entwickelt. Dieser sollte auch dazu dienen, bei zwei oder mehr Personen, die sich für einen freien Platz bewerben, eine Entscheidungshilfe zu bieten, indem anhand verschiedener Kriterien eine unterschiedliche „Dringlichkeit“ ermittelt wird.

Grundsätzlich wurde zwischen Bedarfs- und Qualitätskriterien unterschieden (vgl. Tabelle 8). Als Muss-Kriterien sollten die unter a) genannten Kriterien sicherstellen, dass nur Patienten aufgenommen werden, die mit dem bestehenden Personalschlüssel in der Hospizinsel qualitativ gut versorgt werden können. Die unter a) aufgeführten Aspekte sollten für eine Aufnahme kumulativ erfüllt werden.

Die weiteren Kriterien in den Gruppen b) bis d) sollten der Differenzierung der „Dringlichkeit“ dienen, wenn es mehr Nachfrage als Plätze gibt. Dazu wurden den verschiedenen Ausprägungen einzelner Kriterien Punktwerte zugeordnet.

Der komplette Kriterienkatalog, wie er in der Leistungsbeschreibung zur Studie enthalten ist, kann der folgenden Tabelle 8 entnommen werden. Er entstand auf Basis der Dokumentation und der Erfahrungen, die seit 2018 in der Hospizinsel gewonnen wurden.

---

<sup>8</sup> Geteilte Verantwortung kann als geordnete und ausgehandelte **Hybridität** bezeichnet werden. Sie zeichnet sich aus durch das Streben nach Symmetrie zwischen den beteiligten Akteuren. Diese Symmetrie drückt sich in besonderer Weise in Entscheidungsprozessen und dem Einfluss der Akteure auf das WG-Geschehen aus (Klie et al. 2017, S. 20).

---

Tabelle 8: ursprünglicher Kriterienkatalog zur Einschätzung des Versorgungsbedarfs potentieller Gäste der Hospizinsel

Gruppe	Einzelkriterien	Punkte
<b>a) Kriterien, die für eine Aufnahme kumulativ erfüllt sein müssen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine weit fortgeschrittene, nicht heilbare Krankheit, die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt, liegt vor.</li> <li>• Eine Krankenhausbehandlung ist nicht erforderlich bzw. nicht erwünscht.</li> <li>• Der Gast ist alleinstehend ohne häusliches Versorgungsnetzwerk oder An- und Zugehörige stehen für die Pflege zu Hause nicht (mehr) zur Verfügung (Gründe sind zu dokumentieren).</li> <li>• Für die Betreuung nachts sowie am Wochenende und Feiertagen außerhalb der Kernzeiten reichen bei Aufnahme des Gastes die planmäßigen Kontrollgänge des ambulanten Dienstes für die Versorgung aus oder der Gast kann bei Bedarf den Notruf betätigen.</li> <li>• Die pflegerische Betreuung ist nicht so aufwändig, dass die Betreuung in der Hospizinsel nicht ausreicht, sondern ein stationäres Hospiz benötigt wird (z. B. nicht: ALS, invasive Beatmung).</li> </ul>	
<b>b) Kriterien zur Bedarfsabgrenzung gegenüber stationären Pflegeeinrichtungen, unter Berücksichtigung der Entlastung des Gesundheitssystems</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es handelt sich um einen jüngeren Menschen (30 - 75 Jahre), für den ein Pflegeheim aufgrund des Alters nicht geeignet ist. <ul style="list-style-type: none"> <li>30 - 60 Jahre: 16</li> <li>60 - 75 Jahre: 12</li> </ul> </li> <li>• Der Patient war vor Aufnahme in die Hospizinsel bisher in keiner stationären Altenpflegeeinrichtung untergebracht. 8</li> <li>• Die Betreuung in der Hospizinsel trägt dazu bei, eine ggf. wiederholte Krankenhauseinweisung bis zum Lebensende zu vermeiden und/oder eine Entlassung aus der Klinik überhaupt zu ermöglichen, weil die Gäste deutlich mehr palliativpflegerische Versorgung benötigen, als in einer Altenpflegeeinrichtung darstellbar ist (Gründe sind im Einzelnen zu dokumentieren). 8</li> </ul>	
<b>c) Kriterien, die den erhöhten psychosozialen Versorgungsbedarf der Gäste widerspiegeln</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gäste, die in besonders hohem Maße psychisch durch ihre Krankheit belastet sind (z. B. Angstzustände, Depression) und daher besondere psychosoziale Begleitung benötigen (Gründe sind im Einzelnen zu dokumentieren). 6</li> <li>• Gäste mit sehr rapidem Krankheitsverlauf von der Diagnose zur palliativen Versorgung. 4</li> </ul>	
<b>d) weitere Kriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gäste in extrem fortgeschrittenem Stadium mit sehr geringer Lebenserwartung von bis maximal ein bis zwei Wochen, die bisher zu Hause versorgt wurden oder direkt aus der Klinik kommen. 2</li> <li>• In hohem Maße symptombelastete Gäste (Ängste, Atemnot, Schmerzen, riechende Wunden, Übelkeit). 2</li> <li>• Gäste mit minderjährigen Kindern, die eine besondere Begleitung brauchen. 2</li> <li>• Gäste aus dem Landkreis Mühldorf am Inn, für deren An- oder Zugehörige das nächste stationäre Hospiz nicht erreichbar ist. 2</li> <li>• Gäste, deren Angehörige aufgrund von eigener Krankheit und/oder weiteren Pflege- und Betreuungsfällen in der Familie multipel belastet sind. 2</li> <li>• Gäste, deren Angehörige besonders von dem familiären Setting der Wohngemeinschaft und der Möglichkeit der Einbindung profitieren und dies wünschen. 2</li> <li>• Gäste, die besonders von der ganzheitlichen Begleitung durch Palliativpflegekräfte, Hausärzte, SAPV, Hospizbegleiter, Sozialarbeiter, Seelsorger, Therapeuten und Home Care und der Wahlfreiheit im ambulanten Setting profitieren. 2</li> </ul>	

Quelle: (Anna Hospizverein im Landkreis Mühldorf e. V., 2021, S. 2)

Das IGES Institut hat sich im Rahmen der Evaluation näher mit dem Kriterienkatalog auseinandergesetzt, insb. hinsichtlich der Relevanz, Eindeutigkeit, Trennschärfe und Redundanz der Kriterien sowie bzgl. der Schwierigkeit bzw. des Aufwandes der Beurteilung der einzelnen Aspekte. Im Ergebnis wurde festgestellt, dass der Kriterienkatalog einige Redundanzen aufweist, einzelne Kriterien nicht eindeutig formuliert und einige der „Dringlichkeitskriterien“ nicht für alle Personen relevant sind (z. B. können Personen ohne Angehörige bei drei Kriterien in Gruppe d) keine Punkte erreichen). Darüber hinaus ist die mit den unterschiedlichen Punktwerten vorgenommene Gewichtung der Kriterien in Frage zu stellen – eine wissenschaftlich begründete Basis dafür fehlt.

Die Befunde und ein von IGES erarbeiteter Entwurf eines angepassten Kriterienkataloges wurden im Rahmen einer Videokonferenz mit dem Auftraggeber und Vertreterinnen und Vertretern des Bayerischen StMGP diskutiert. Im Ergebnis wurde der folgende, angepasste Kriterienkatalog konsentiert (siehe Abbildung 15)

Weitgehend beibehalten wurden die „Muss-Kriterien“ in Gruppe A, um sicherzustellen, dass die neu aufzunehmende Person zur eigentlichen Zielgruppe der Hospizinsel gehört (Personen in der Sterbephase, Pflegebedarf noch nicht so hoch, dass Hospiz-/Krankenhausversorgung erforderlich ist). Die Spezifizierung, was genau dazu beiträgt, dass die Versorgungssicherheit im bisherigen Setting nicht mehr gewährleistet ist, dient der detaillierteren Falldokumentation im Rahmen der Studie. Hier können auch mehrere Aspekte gleichzeitig zutreffen.

In Gruppe B werden, insb. zur Erleichterung der Auswahl bei mehreren Bewerbungen auf einen Platz, einige Dringlichkeitsaspekte aufgeführt, die nicht bereits in den Kriterien der Gruppe A enthalten sind. Auf die Vergabe von Punktwerten wurde aus methodischen Gründen verzichtet, da es für eine unterschiedliche Gewichtung der aufgeführten Kriterien aus Sicht des Versorgungssystems bisher keine Anhaltspunkte gibt. Sollten mehrere Personen unter B die gleiche Anzahl an Kriterien erfüllen, sollte die Entscheidung letztlich anhand von Persönlichkeitsmerkmalen getroffen werden: Bei Aufnahme neuer Gäste in eine Wohngemeinschaft spielt schließlich auch eine Rolle, wie diese zu den bereits vorhandenen Gästen passen.

Im Verlauf der Studie wurde der angepasste Kriterienkatalog eingesetzt. Das Feedback der Mitarbeiterinnen zur Anwendbarkeit und Handhabbarkeit der Entscheidungshilfe ist positiv, so dass weitere Anpassungen nicht erforderlich sind.

Abbildung 15: Angepasster Kriterienkatalog der HospizInsel im Rahmen der Laufzeit der wissenschaftlichen Studie

<b>A - Aufnahmekriterien (müssen erfüllt sein)</b>	
Nicht heilbare Erkrankung mit einer begrenzten Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten	<input type="checkbox"/>
Keine Versorgungssicherheit in bisherigem Wohnumfeld gewährleistet. Weil:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> alleinlebend	
<input type="checkbox"/> Angehörige sind überfordert	
<input type="checkbox"/> hohe Symptomlast	
<input type="checkbox"/> hohe psychosoziale Belastung	
<input type="checkbox"/> sonstiges:	
Eine Krankenhausbehandlung ist nicht erforderlich bzw. nicht erwünscht.	<input type="checkbox"/>
Für die Betreuung während der Nacht sowie am Wochenende und an Feiertagen außerhalb der Kernzeiten reichen bei Aufnahme des Gastes die planmäßigen Kontrollgänge des ambulanten Dienstes für die Versorgung aus	<input type="checkbox"/>
Der Gast kann bei Bedarf den Notruf betätigen	<input type="checkbox"/>
<b>B - Zusätzliche Dringlichkeitsaspekte</b>	
Altersgruppe 30 - 75 Jahre	<input type="checkbox"/>
Keine Unterbringung in stationärer Altenpflegeeinrichtung vor Aufnahme	<input type="checkbox"/>
Gast hat minderjährige Kinder	<input type="checkbox"/>
Rapider Krankheitsverlauf von Diagnose zur palliativen Versorgung	<input type="checkbox"/>
Gast kommt aus dem Landkreis Mühldorf oder angrenzenden Landkreisen (Lebensortnahe Versorgung)	<input type="checkbox"/>

**Erläuterung:** Sämtliche Aufnahmekriterien (A) müssen erfüllt sein.

Befinden sich mehrere Personen auf der Warteliste, die die Kriterien unter (A) erfüllen, so würde die Person mit den meisten zutreffenden Kriterien unter (B) bevorzugt werden. Allerdings ist zu beachten, dass auch die Persönlichkeitsmerkmale der auszuwählenden Person mit berücksichtigt werden müssen, da es sich bei der HospizInsel um eine Wohngemeinschaft handelt (insbesondere bei gleicher Anzahl an Dringlichkeitsaspekten unter (B)).

Quelle: IGES

In Bezug auf Faktoren, die gegen eine Aufnahme in der HospizInsel sprechen, wurde im Rahmen der Kooperationspartnerinterviews folgende Aspekte genannt: *„Nicht geeignet sind Patienten mit einer starken Hin- und Weglaufgefährdung, intubierte Patientinnen und Patienten, die über die Nacht viel Versorgung benötigen z. B. auch Personen mit vielen Panikattacken nachts“ (IP7)*. Wobei auch betont wurde, dass die Mehrheit der palliativen Patienten im Krankenhaus sich gut für die HospizInsel eignet: *„[Die] Mehrheit der Patienten eignet sich, 1/4 ist zu unruhig für die HospizInsel“ (IP7)*.

## 7.2 HospizInsel-Gäste (Zeitraum 2018 bis 2023)

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Analyse der von der HospizInsel zur Verfügung gestellten Daten zu den versorgten Gästen im Zeitraum Mai 2018 bis Ende August 2023 vorgestellt.

### 7.2.1 Charakteristika aller Hospizinsel-Gäste

Insgesamt wurden von der Hospizinsel im Landkreis Mühldorf am Inn im betrachteten Zeitraum Daten von n = 182 Gästen erfasst. Die nachfolgende Tabelle 9 gibt zunächst einen Überblick über die Charakteristik der Gäste.

Tabelle 9: Charakteristik der Hospizinsel-Gäste 05/2018 bis Ende 08/2023, n = 182

Charakteristika	Gesamtanzahl der Fälle n = 182
Alter [Jahre, Mean ± SD (Interquartilsabstände)]	72,36 ± 11,30 (65-80)
<b>Geschlecht</b>	
Männlich	49,5 %, n = 90
Weiblich	50,5 %, n = 92
<b>Diagnosekategorie</b>	
Onkologisch	82,4 %, n = 150
Nicht-onkologisch	16,5 %, n = 30
Keine Angabe	1,1 %, n = 2
<b>Grund für Betreuungsende</b>	
Gast verstorben	88,5 %, n = 161
Gast verlegt bzw. entlassen	7,7 %, n = 14
Keine Angabe	3,8 %, n = 7

Quelle: IGES

Anmerkung: Standardabweichung (SD)

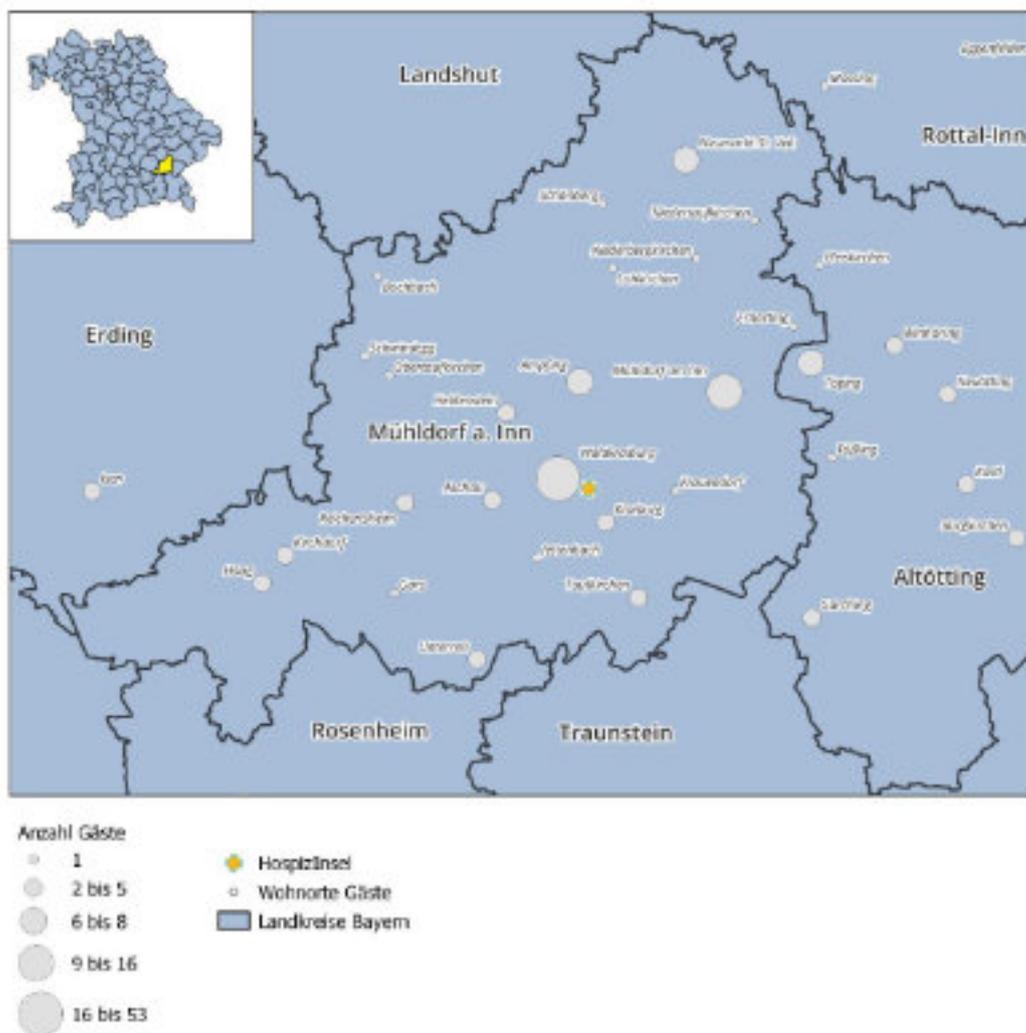
Das Durchschnittsalter der Gäste beträgt 72,4 Jahre, wobei der jüngste Gast etwa 42 Jahre und der Älteste 103 Jahre alt war. Bezogen auf das Geschlecht zeigt sich folgende Verteilung: 50,5 % (n = 92) der Hospizinsel-Gäste waren weiblich, 49,5 % (n = 90) männlich. Der Großteil der Gäste (88,5 %, n = 161) ist im Erhebungszeitraum verstorben. Selten wurden Gäste verlegt bzw. entlassen (7,7 %, n = 14). In Bezug auf die Diagnosekategorie verdeutlichen die Daten, dass der überwiegende Anteil der Gäste (82,4%, n = 150) eine onkologische Diagnose aufwies.

In Bezug auf den Pflegegrad zeigt sich, dass bei mehr als der Hälfte der Gäste (54,9 %, n = 100) zunächst kein Pflegegrad vorlag bzw. ein Pflegegrad erst während des Aufenthaltes in der Hospizinsel beantragt wurde. Bei Betrachtung der Gäste mit Pflegegrad (n = 82) zeigt sich, dass folgende Pflegegrade am stärksten vertreten waren: Pflegegrad 2 (45,1 %, n = 37), Pflegegrad 4 (20,7 %, n = 17), Pflegegrad 3 (19,5 %, n = 16) sowie Pflegegrad 1 (11,0 %, n = 9). Selten werden in der Hospizinsel Gäste mit Pflegegrad 5 (3,7 %, n = 3), sprich mit einem sehr hohen pflegerischen Versorgungsbedarf, versorgt. Dies korrespondiert mit den oben dargestellten Aufnahmekriterien.

### 7.2.2 Einzugsgebiet der Hospizinsel-Gäste (2018 bis 2023)

Die nachfolgenden Karten zeigen die Wohnorte der 182 Gäste der Hospizinsel im Zeitraum Mai 2018 bis Ende August 2023. In Abbildung 16 lässt sich der Radius des Einzugsgebiets der Hospizinsel erkennen. Die Mehrzahl der Gäste konnte wohnortnah versorgt werden, d. h. ihr Wohnort lag im Umkreis von ca. 20 km um die Hospizinsel. Der am weitesten entfernte Wohnort eines Gastes lag in der Region Welden Reutern in ca. 134 km, gefolgt von der Region Polling (ca. 106 km) und Eging am See (ca. 84 km).

Abbildung 16: Einzugsgebiet der Gäste der Hospizinsel (18.05.18 - 31.08.23)



Quelle: IGES

Anmerkung: Für die bessere Lesbarkeit wurde darauf verzichtet die weiter entfernten Regionen Sinnbach am Inn, Perach, Haiming, Edling, Amerang, Pittenhart, München, Oberding, Eging am See, Welden Reutern, Polling, Rosenheim, Traunstein mit je einer Person, sowie die Region Burghausen mit je drei Personen abzubilden.

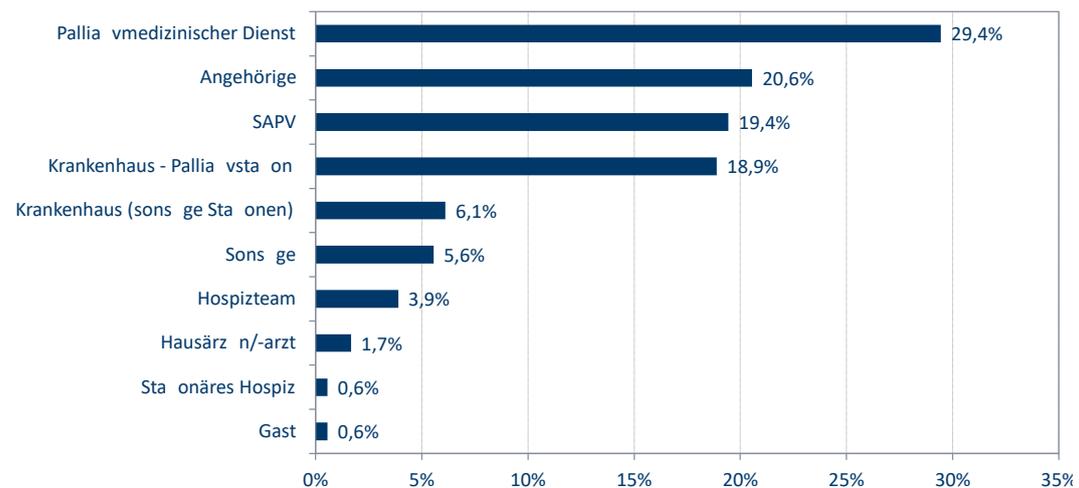
Besonders viele Gäste kamen aus den Regionen Waldkraiburg (53 Gäste), Mühldorf am Inn (15 Gäste), gefolgt von Ampfing (8 Gäste) und Töging am Inn (7 Gäste).

Damit konnte die Mehrzahl der Gäste wohnortnah (in einem Umkreis von bis zu 20 km) versorgt werden. Nur wenige Gäste kamen aus weiter entfernten Gebieten von über 100 km Entfernung.

### 7.2.3 Versorgungsanfragen

Die Verteilung hinsichtlich der Versorgungsanfrage ist der Abbildung 17 zu entnehmen. Die Versorgungsanfrage wurde in der Mehrheit der Fälle (54,4 %) von Krankenhäusern gestellt – am häufigsten vom Palliativmedizinischen Dienst des Krankenhauses (29,4 %). Am zweithäufigsten stellten Angehörige die Anfrage (20,6 %). Vergleichsweise selten erfolgte die Versorgungsanfrage von Hausärztinnen bzw. Hausärzten (1,7 %), stationären Hospizen (0,6 %) sowie den Gästen selbst (0,6 %). Bei der Angabe der Versorgungsanfrage wurden in einigen Fällen auch mehrere Personen bzw. Institutionen genannt.

Abbildung 17: Anfrage der Versorgung in der Hospizinsel, n = 180, Mehrfachnennung, Angaben in %

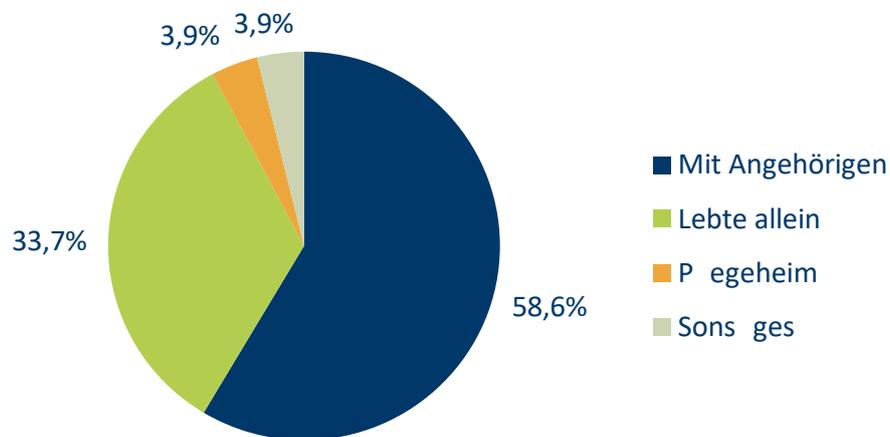


Quelle: IGES

#### 7.2.4 Wohnsituation vor Aufnahme in die Hospizinsel

Die Häufigkeit verschiedener Wohnsituationen vor Aufnahme in die Hospizinsel ist der Abbildung 18 zu entnehmen. Der Großteil der Gäste (58,6 %, n = 106) lebte vor Aufnahme in die Hospizinsel mit Angehörigen in einem gemeinsamen Haushalt, während über ein Drittel (33,7 %, n = 61) zuvor alleine lebte. Sehr selten (3,9 %, n = 7) wurden Gäste zuvor in einem Pflegeheim versorgt. Unter Sonstiges wurden u. a. folgende Wohnsituationen genannt: Kloster (n = 2), Klinik (n = 2) und Einrichtung der Eingliederungshilfe (n = 1).

Abbildung 18: Wohnsituation vor Aufnahme in der Hospizinsel, n = 181, Angaben in %

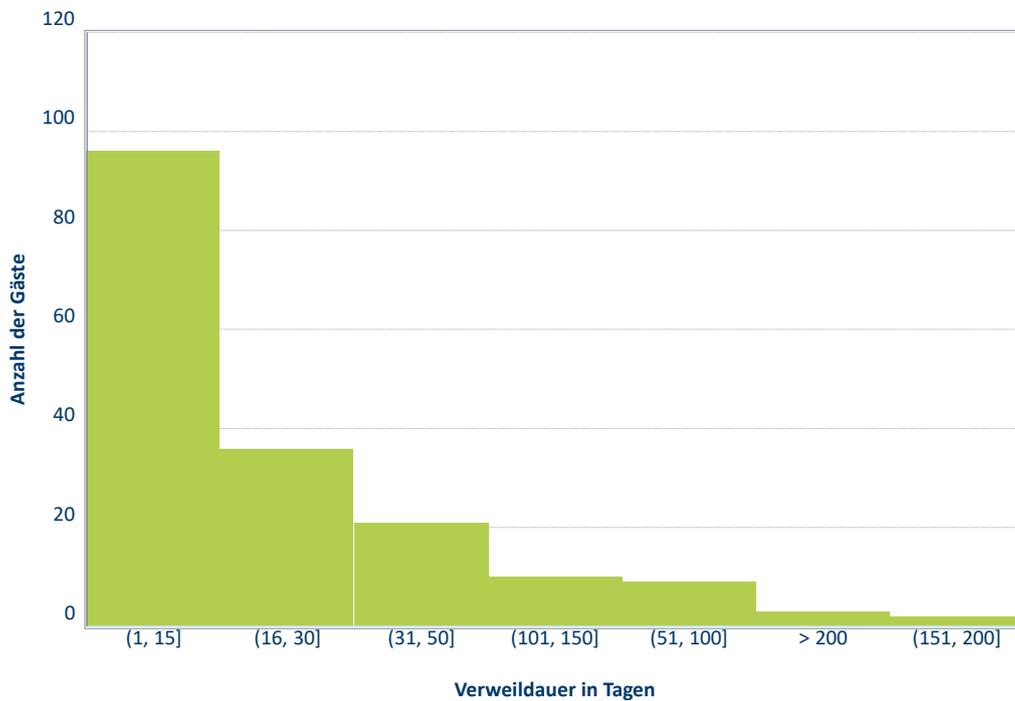


Quelle: IGES

### 7.2.5 Versorgungsdauer in der Hospizinsel

Die Versorgungsdauer in der Hospizinsel erweist sich als sehr heterogen (siehe Abbildung 19). Die Spanne der Verweildauer reicht von einem Tag bis zu 371 Tagen. Aufgrund dieser sehr breiten Verteilung und mit Blick auf die Ausreißer, eignet es sich eher, den Median anstelle des Mittelwertes zu betrachten. Der Median der Verweildauer liegt bei 14,0 Tagen und der Mittelwert bei 30,41 Tagen. Deutlich wird zudem, dass es wenig länger dauernde Fälle gibt, die Mehrheit der Gäste weisen eher eine kürzere Verweildauer von 1 – 30 Tagen auf.

Abbildung 19: Verweildauer in der Hospizinsel in Tagen, n = 177



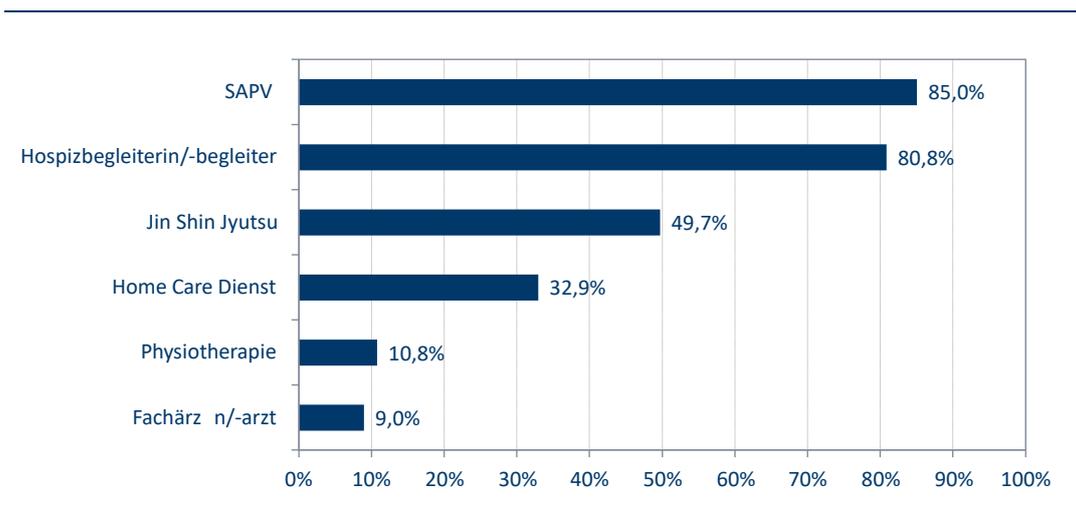
Quelle: IGES

### 7.2.6 An der Versorgung beteiligte Akteure

Der Datensatz enthält auch Angaben zur Anzahl von Hausarztbesuchen bei Gästen der Hospizinsel. Insgesamt wurden 315 Hausarztbesuche bei den 182 Gästen verzeichnet, das sind im Schnitt 1,7 Besuche pro Gast. Tatsächlich gab es allerdings nur 70 Gäste mit mindestens einem Hausarztbesuch in der Hospizinsel – 61,5 % der Gäste hatten keinen Hausarztbesuch. Die 70 Gäste mit Hausarztbesuch hatten im Schnitt 4,5 Hausarztbesuche, die Spanne reichte von einem Besuch (n = 19) bis zu 24 Besuchen (n = 2).

Die Beteiligung weiterer Dienste an der Versorgung wurde ebenfalls von der Hospizinsel erfasst. Die nachfolgende Abbildung 20 zeigt, dass am häufigsten SAPV (85,0 %), gefolgt von Hospizbegleiterinnen bzw. Hospizbegleitern (80,8 %) in die Versorgung eingebunden werden. Vergleichsweise selten erfolgt eine Beteiligung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (10,8 %) sowie Fachärztinnen und Fachärzten (9,0 %).

Abbildung 20: Beteiligte Dienste in der Versorgung der Hospizinsel, n = 167, Mehrfachnennung, Angaben in %



Quelle: IGES

Anmerkung: Jin Shin Jyutsu ist eine alternativmedizinische Behandlung, die mit der Berührung arbeitet (Raphael Verlag GbR, o. J.)

### 7.2.7 Vergleichende Inanspruchnahme von SAPV-Leistungen in der Hospizinsel

In diesem Abschnitt wird der Frage nachgegangen, ob die Versorgung in der Hospizinsel auch Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von SAPV-Leistungen hat.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, § 37b SGB V) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung unter

Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen zu ermöglichen (§ 1 Abs. 1 SAPV-RL 2022).

Leistungen der SAPV werden in der Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten erbracht, aber auch

- ◆ in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII),
- ◆ an weiteren Orten, an denen sich der schwerstkranke Mensch in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung dauerhaft aufhält und diese Versorgung zuverlässig erbracht werden kann, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind (§ 1 Abs. 2 SAPV-RL 2022).

Einschränkend mit Blick auf stationäre Hospize werden dort lediglich „Teilleistungen der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahme der SAPV“ zu Lasten der Krankenversicherung finanziert, „wenn die ärztliche Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund des besonders aufwändigen Versorgungsbedarfs ... nicht ausreicht.“ (§ 1 Abs. 3 SAPV-RL 2022)

Da die SAPV am Inn GmbH mit ihrem Einzugsgebiet, das die Landkreise Altötting, Mühldorf und Rottal-Inn einschließt, bei Bedarf auch Patientinnen und Patienten in der Hospizinsel versorgt, wurde die Inanspruchnahme von SAPV-Leistungen von Gästen der Hospizinsel mit allen anderen, von der SAPV am Inn versorgten Patientinnen und Patienten im Jahr 2022 anhand von Abrechnungsdaten verglichen (siehe Tabelle 10).

2022 haben 32 Gäste der Hospizinsel SAPV-Leistungen erhalten, außerhalb der Hospizinsel wurden 963 Patientinnen und Patienten, in der Regel zu Hause, versorgt. Im Durchschnitt erhielten die Gäste der Hospizinsel mit SAPV 13,7 Tage diese Leistungen, Personen außerhalb 12 Tage.

Ein Indiz für die Versorgungsqualität in der Hospizinsel ist u. a. die Anzahl der Personen, bei denen die SAPV-Leistungen vorübergehend ausgesetzt (intermittierend) oder gar unterbrochen werden können, weil sich deren Zustand stabilisiert hat. Weiterhin lässt sich die Anzahl der Tage ohne SAPV (Intermittierungstage) vergleichend betrachten.

Im Ergebnis war 2022 sowohl der Anteil von Personen mit vorübergehend ausgesetzten SAPV-Leistungen (9,4 % vs. 1 %) als auch mit längeren Unterbrechungen in der Hospizinsel höher (18,8 % vs. 6,4 %). Bezogen auf die Anzahl der Intermittierungstage lag der Anteil in der Hospizinsel mit 6,4 % ebenfalls deutlich über dem Vergleichswert von 1,9 %.

Tabelle 10: Inanspruchnahme SAPV 2022

	Gäste der Hospizinsel	Patientinnen/Patienten ohne Hospizinsel
Anzahl Personen mit SAPV 2022	32	963
Versorgungstage SAPV 2022	437	11.564
durchschn. Tage pro Person	13,7	12,0
Intermittierte Patienten	3	10
Anteil intermittierte Patienten	9,4%	1,0%
Intermittierungstage	28	214
Anteil Intermittierungstage an den Versorgungstagen	6,4 %	1,9 %
Patienten, bei denen die SAPV-Versorgung unterbrochen werden konnte	6	62
Anteil Patienten mit Unterbrechung	18,8%	6,4%

Quelle: Daten SAPV am Inn GmbH

Berücksichtigt man die Tatsache, dass die Hospizinsel die Gäste erst dann aufnimmt, wenn eine Versorgung zu Hause, auch mit SAPV, nicht mehr möglich ist, wäre zu erwarten, dass bei den Gästen der Hospizinsel eher weniger Intermittierungen/Unterbrechungen der SAPV-Leistungen möglich sind als im Vergleich zu den häuslich versorgten Fällen, weil das Krankheitsbild zu Beginn der Palliativversorgung im Durchschnitt weniger schnell fortschreitend ist. Personen, die aus dem Krankenhaus oder gar von der Palliativstation in die Hospizinsel kommen, weisen einen stabileren Zustand auf.

Der Vergleich des SAPV-Leistungsgeschehens ist somit ein Indiz dafür, dass die Versorgung in der Hospizinsel zur Stabilisierung der Situation in der Sterbephase beiträgt und damit den typischen Anstieg des SAPV-Leistungsbedarfs kurz vor dem Versterben dämpft.

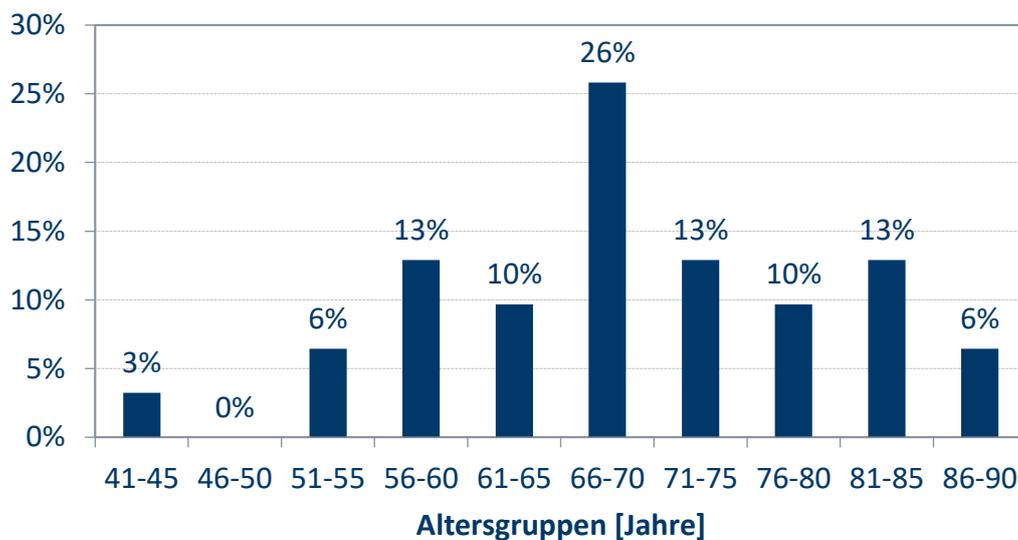
### 7.3 Stichprobe Hospizinsel-Gäste

Nachfolgend wird die Stichprobe der Gäste (n = 31) genauer beschrieben, für die im Erhebungszeitraum von Mitte September 2022 bis Ende August 2023 umfangreichere Daten zur Versorgung erhoben wurden. Von allen Gästen liegen die t<sub>3</sub>-Erfassung sowie die Hospizinsel-eigene Falldokumentation vor. Für die Verlaufsdocumentation wurden nur Gäste eingeschlossen, bei welchen ein komplett ausgefüllter Fragebogen vorlag. Da es für einige Gäste nicht möglich war den MQOL (auch nicht mit Hilfe des Personals) auszufüllen, ergibt sich jeweils eine unterschiedliche Stichprobengröße, welche für jede Auswertung im entsprechenden Kapitel ausgewiesen ist.

### 7.3.1 Charakteristika der Stichprobe der Hospizinsel

Die Altersverteilung der Hospizinsel-Gäste in der Stichprobe kann der folgenden Abbildung entnommen werden. Junge Personen zwischen 20 bis einschließlich 40 Jahre wurden im Erfassungszeitraum nicht in der Hospizinsel versorgt. Der jüngste Gast der Hospizinsel (n = 1; 3 %) war der Altersgruppe 41 - 45 Jahre zuzuordnen. Der älteste Gast der Hospizinsel (n =2; 6 %) war zwischen 86 - 90 Jahre alt.

Abbildung 21: Altersverteilung der Hospizgäste (Hospizinsel n = 31 in %)



Quelle: IGES

18 von 31 Gästen der Hospizinsel (58 %) waren damit jünger als 71 Jahre. Im Vergleich dazu lag der Anteil der Personen bis 70 Jahre mit vollstationärer Dauerpflege in Bayern 2021 bei knapp 11 % (Pfleigestatistik 2021) - ein Hinweis darauf, dass in der Hospizinsel gemäß dem Konzept mehrheitlich eine jüngere Zielgruppe als typischerweise in Pflegeheimen versorgt wird.

Die nachfolgende Tabelle 11 zeigen die Grundcharakteristik der mittels der Steckbriefe erfassten Personen (Methodik s. Kapitel 3.5). Mehr als die Hälfte (54,8 %) der Gäste der Hospizinsel waren männlich und 45,2 % weiblich. Auch in dieser Stichprobe überwogen die onkologische Diagnosen bei weitem - bei 80 % lag eine onkologische Diagnose vor. Die Daten zeigen weiterhin, dass bei den meisten Personen zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch kein Pflegegrad vorlag, aber beantragt wurde (58,1%). Es gibt keine Personen ohne Pflegegrad (bzw. entsprechendem Antrag). Knapp über die Hälfte der Gäste der Hospizinsel lebte vorher nicht alleine (51,6 %). Bei den Gästen der Hospizinsel war eine Versorgung zu Hause in 96,8 % (n = 30) der Fälle nicht mehr möglich. Bei allen Gästen/Familien lag nach Einschätzung der Fachkräfte eine Überforderung mit der Versorgungssituation zu Hause vor.

Tabelle 11: Grundcharakteristik der HospizInsel-Gäste (Stichprobe n = 31)

Kriterium	Ausprägung	Anzahl
<b>Geschlecht</b>	männlich	17 (54,8 %)
	weiblich	14 (45,2 %)
<b>Onkologische Diagnose</b>	Ja	24 (80,0 %)
	Nein	3 (10,0 %)
<b>Pflegegrad</b>	1	0 (0,0 %)
	2	6 (19,4 %)
	3	2 (6,5 %)
	4	3 (9,7 %)
	5	0 (0,0 %)
	beantragt	18 (58,1 %)
<b>allein lebend</b>	ja	14 (45,2 %)
	nein*	16 (51,6 %)
<b>Angehörige vorhanden</b>	ja	28 (90,3 %)
	nein	3 (9,7 %)

Quelle: IGES

### 7.3.2 Versorgung am Lebensende und Versorgungsqualität

Zum Zeitpunkt des Versterbens ( $t_3$ ) wurden für jeden Gast einige Kennwerte erfasst (siehe Methodik), dessen Ergebnisse nachfolgend für die 31 Gäste dargestellt werden.

Die Verweildauer in der HospizInsel weist eine große Spannweite auf, daher ist der Median aussagekräftiger als der Mittelwert. Die Hälfte der Gäste der Stichprobe war bis zu 28 Tagen in der HospizInsel, die Hälfte länger. Der Mittelwert lag bei 31 Tagen. Der Sterbeort war bei fast allen Gästen die HospizInsel, lediglich ein Gast (3 %) verstarb in einem Krankenhaus. Zum Ende des Erhebungszeitraums waren vier Personen noch nicht verstorben, für diese Personen wurde dann am Ende des Erhebungszeitraums der  $t_3$ -Fragebogen ausgefüllt.

Tabelle 12: Überblick über die Ergebnisse der t<sub>3</sub>-Befragung

<b>Gäste der Hospiz-Insel (n = 31)</b>		
<b>Verweildauer [Tage]<sup>1</sup></b>	Mean± SD (IQR); Median	31,39 ± 40,12 (28); 28
<b>Sterbeort</b>	HospizInsel	81 % (25)
	Klinik	3 % (1)
	Noch nicht verstorben	13 % (4)
<b>Notarzteinsätze</b>	Durchschnittliche Anzahl an Notarzteinsätzen	0,03
	Einmaliger Einsatz (%; n)	3 %; (n = 1)
	Kein Einsatz (%; n)	97 %; (n = 30)
<b>Krankenhauseinweisungen</b>	Durchschnittliche Anzahl an Krankenhauseinweisungen	0,10
	Ein- bis mehrmalige Einweisung (%; n)	10 %; (n = 3)
	Keine Einweisung (%; n)	90 %; (n = 28)

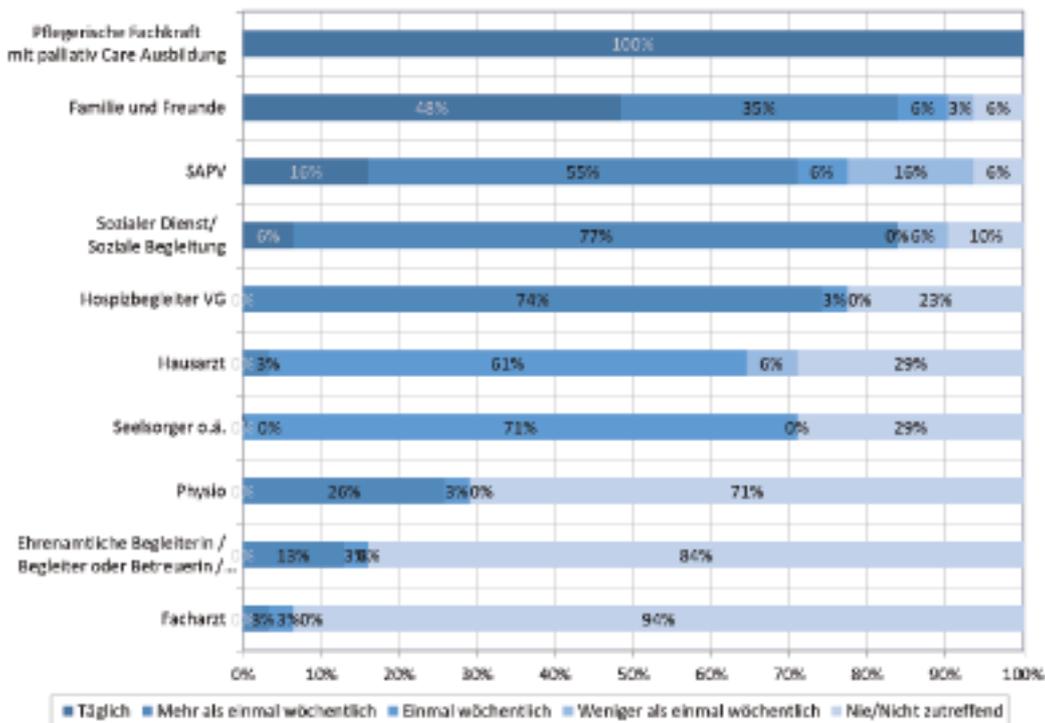
Quelle: IGES

Anmerkung: <sup>1</sup>Vier Personen sind am Ende des Erfassungszeitraums noch nicht verstorben

Im Erhebungszeitraum ist es lediglich bei einem Gast zu einem Notarzteinsatz gekommen und bei drei Personen (10 %) zu einer notfallbedingten Einweisung ins Krankenhaus.

Die nachfolgende Abbildung 22 gibt einen Überblick über die an der Versorgung beteiligten Akteure. Täglich an der Versorgung beteiligt waren bei allen Gästen Palliative Care-Fachkräfte. Weiter waren auch Familie und Freunde, soweit vorhanden, häufig an der Versorgung beteiligt (48 %). Das SAPV-Team, der soziale Dienst und auch ehrenamtliche Hospizbegleiter sind mehrmals pro Woche in der Hospizinsel an der Versorgung der Hospizinsel-Gäste beteiligt, gefolgt von Hausärzten und Seelsorgerinnen und Seelsorgern, welche ca. einmal pro Woche anwesend waren. Sonstige ehrenamtliche Begleiterinnen und rechtliche Betreuerinnen und Betreuer sowie Fachärzte waren eher selten an der Versorgung beteiligt.

Abbildung 22: Beteiligte an der Versorgung der Hospizinsel-Gäste (n = 31)



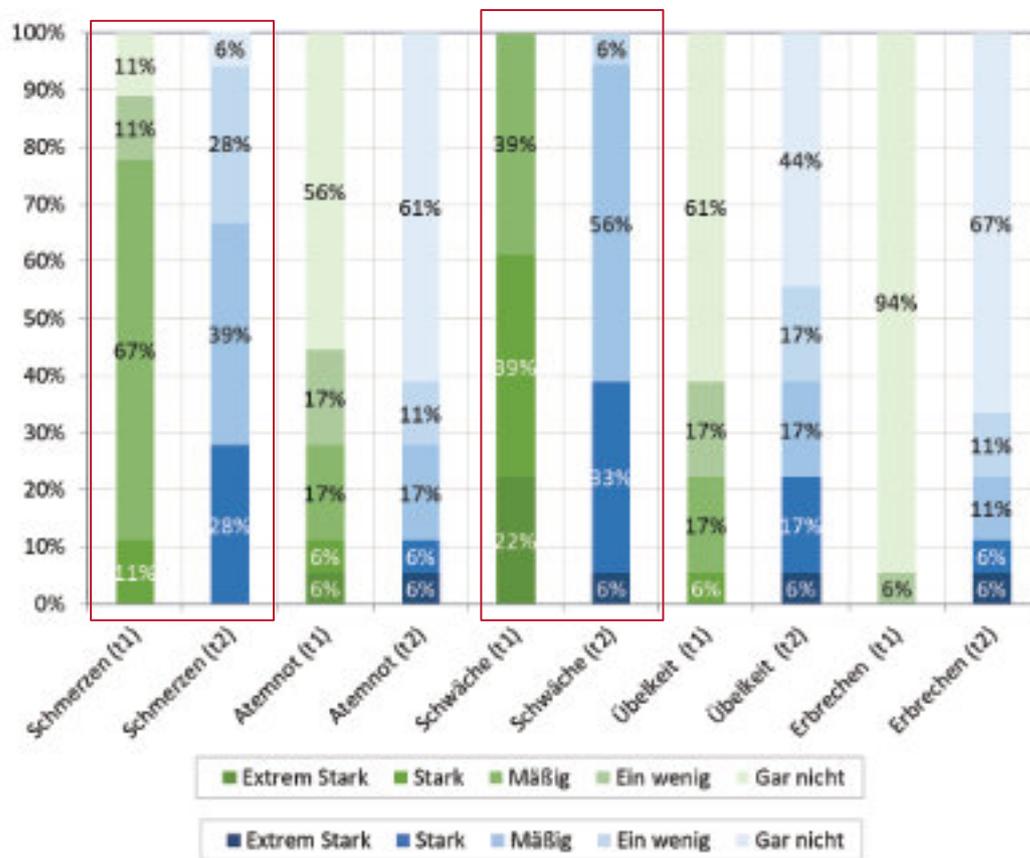
Quelle: IGES

Anmerkung: Stichprobe Sept. 2022- Ende Aug. 2023.

### 7.3.2.1 Verlaufsdokumentation (IPOS)

Nachfolgend wird der mit dem IPOS erfasste körperliche Zustand bzw. die Symptombelastung der Hospizinsel-Gäste im Versorgungsverlauf dargestellt. Die Erhebung  $t_1$  sollte bei Aufnahme eines Gastes (in den ersten drei Tagen) erfolgen, die  $t_2$ -Erhebung fünf bis sieben Tage danach. Für diese Auswertung lagen die Daten von 18 Gästen vollständig vor und konnten einbezogen werden.

Aus den nachfolgenden Abbildungen geht hervor, dass bei Aufnahme besonders Schmerz, Schwäche, Appetitlosigkeit, Schläfrigkeit und auch eine eingeschränkte Mobilität die Gäste der Hospizinsel belasten. Im Versorgungsverlauf zeigt sich in der nachfolgenden Abbildung 23, dass einerseits die Angabe „starke Schmerzen“ um 17 % gestiegen ist (von 11 %  $n = 2$  auf 28 %  $n = 5$ ), andererseits aber auch die Personengruppe mit gar keinen und wenig Schmerzen um 12 % zugenommen hat. Mit Blick auf die anderen Symptome in der Abbildung zeigt sich, dass die körperlichen Symptome tendenziell eher gleichgeblieben sind bzw. sich lediglich geringfügig verändert haben.

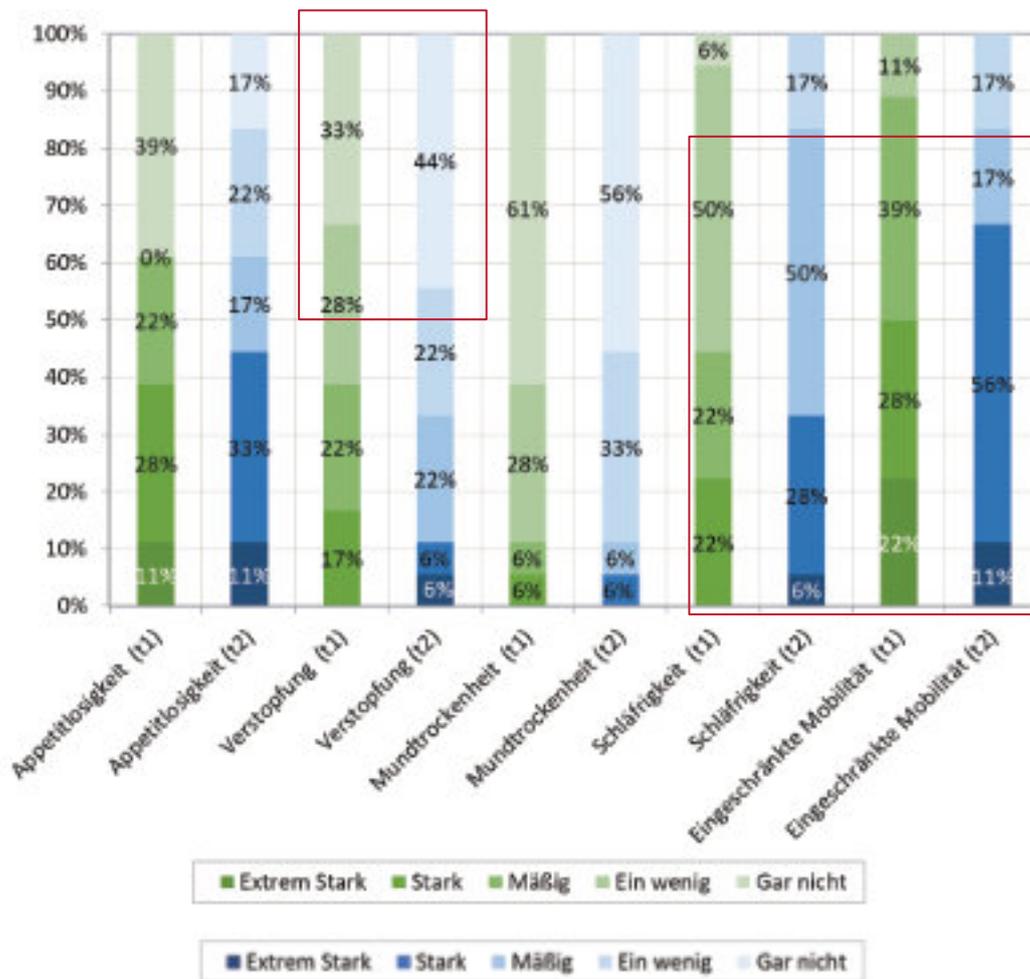
Abbildung 23: HospizInsel-Gäste: körperliche Symptome (t<sub>1</sub>) und (t<sub>2</sub>) I

Quelle: IGES  
Anmerkung: n = 18

Bei der Betrachtung weiterer Symptome in der nachfolgenden Abbildung 24 zeigt sich, dass sich im Verlauf von t<sub>1</sub> zu t<sub>2</sub> das Symptom Schläfrigkeit und die Einschränkungen in der Mobilität eher verschlechtern, wobei in der Antwortkategorie extrem starke Mobilitätseinschränkungen ein Rückgang um 11 % zu beobachten war.

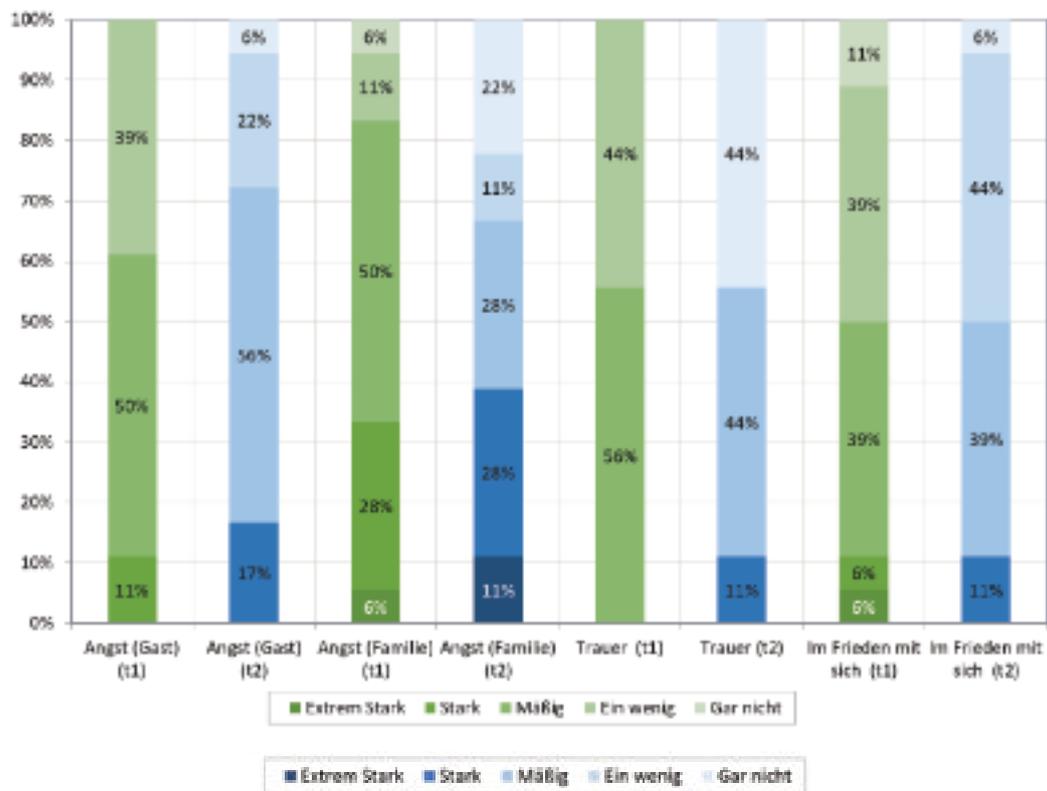
Mit Blick auf andere Symptome wie Mundtrockenheit und Verstopfung konnte von t<sub>1</sub> zu t<sub>2</sub> ein leichter Rückgang der Symptomlast erzielt werden. Die Häufigkeit der Personen mit keiner Verstopfung hat sich um 11 % erhöht (von 33 % n = 6 auf 44 % n = 8).

Insgesamt stellt sich in Bezug auf die körperlichen Symptome ein heterogenes Bild dar.

Abbildung 24: HospizInsel-Gäste: körperliche Symptome (t<sub>1</sub>) und (t<sub>2</sub>) II

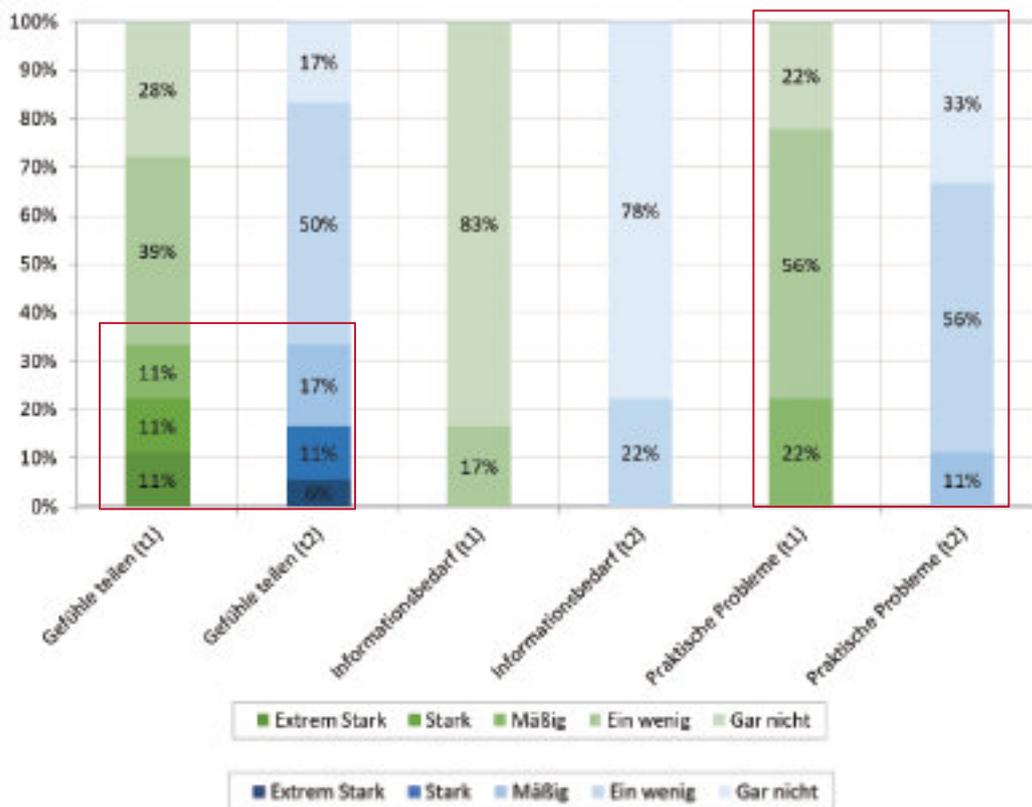
Quelle: IGES  
Anmerkung: n = 18

Mit Blick auf die emotionalen Symptome zeigt sich bei den 18 HospizInsel-Gästen im Verlauf, dass die Häufigkeit der besorgten Familien und Freunde, welche mäßig besorgt/beunruhigt waren, sich von rund 50 % (n = 9) auf rund 28 % (n = 5) reduziert hat und die Zahl derer, die nicht besorgt waren, sich von rund 6% (n = 1) auf rund 22 % (n = 4) erhöht hat. Angst und Trauer bei den Personen im Sterbeprozess hat, erwartbar, im Zeitverlauf eher leicht zugenommen.

Abbildung 25: HospizInsel-Gäste: emotionale Symptome (t<sub>1</sub>) und (t<sub>2</sub>)

Quelle: IGES  
Anmerkung: n = 18

Mit Blick auf die abgefragten Items zu den Aspekten „Gefühle teilen“, Informationsbedarf und praktische Probleme zeigt die nachfolgende Abbildung 26, dass sich die praktischen Probleme über den Zeitverlauf hinweg verringert haben. Die Gruppe derer, die angegeben haben, dass praktische Probleme angegangen wurden, ist kleiner geworden, wohingegen sich die Anzahl der Personen, die gar keine Probleme haben, sich um 10 % (n = 2) erhöht hat.

Abbildung 26: HospizInsel-Gäste: praktische Probleme (t<sub>1</sub>) und (t<sub>2</sub>)

Quelle: IGES  
Anmerkung: n = 18

### 7.3.2.2 IPOS-Subskalen der HospizInsel-Gäste

Die nachfolgende Übersicht zeigt drei Subskalen des IPOS sowie den Gesamtscore zu t<sub>1</sub> und t<sub>2</sub> in Anlehnung an die auf dem Portal für Medizinische Datenmodelle<sup>9</sup> publizierte Auswertung von (Bausewein et al., 2019). Die Werte können je Item Ausprägungen von 0 = sehr gut bis 4 = sehr schlecht annehmen (eine genaue Beschreibung der Methodik und der Zusammensetzung der Subskalen findet sich in Kapitel 3.5).

Die nachfolgende Abbildung 27 stellt die Werte der Subskalen und den Gesamtscore der einzelnen Gäste zu t<sub>1</sub> sowie den Mittelwert über alle Gäste hinweg dar. Ein besonders hoher Wert deutet auf viel Belastung/Probleme hin, wohingegen niedrige Werte für wenig Belastung/Probleme stehen. Insgesamt über alle Werte der körperlichen Symptome hinweg zeigt sich, dass diese eher gering sind, jedoch bei den einzelnen Gästen mitunter stark variieren. Der Mittelwert der

<sup>9</sup> Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) - Portal für Medizinische Datenmodelle (MDM-Portal) (medical-data-models.org)

Symptomlast bei der Skala körperliche Symptome liegt bei 11,5 Punkten. Im Vergleich zu dem höchsten (schlechtesten) Wert von 32 Punkten liegt dieser damit bei nur 36 %. Bei der Betrachtung des Mittelwertes über alle Gäste hinweg scheint es, dass insbesondere Kommunikation und praktische Probleme die Gäste eher stärker belasten: 9,56 (Mittelwert über alle Gäste hinweg) im Vergleich zum maximalen (schlechtesten) Wert von 24. Der Gesamtscore zeigt im Mittel eine eher weniger starke Beeinträchtigung (23,5 Punkte, 34 % des Maximalwertes) im Vergleich zum höchstmöglichen (schlechtesten) Wert von 68 Punkten.

Abbildung 27: Stichprobe Hospizinsel-Gäste: IPOS t<sub>1</sub> Subskalen (n=18) in Anlehnung an Bausewein et al.

ID	Körperliche Symptome	Kommunikation/ praktische Probleme	Gastrointestinale Symptome	Gesamtscore
	Range 0 - 32	Range 0 - 24	Range 0 - 12	
6	9	7	4	20
8	12	9	5	26
9	12	11	2	25
10	8	12	1	21
12	17	8	0	25
13	14	14	3	31
14	11	10	5	26
17	18	9	3	30
18	9	7	3	19
19	8	8	3	19
20	9	10	0	19
21	12	8	0	20
22	11	10	3	24
23	9	4	0	13
25	15	15	4	34
29	13	8	4	25
30	15	7	4	26
34	5	15	0	20
<b>Mean</b>	<b>11,50</b>	<b>9,56</b>	<b>2,44</b>	<b>23,50</b>
<b>SD</b>	<b>3,42</b>	<b>2,96</b>	<b>1,82</b>	<b>5,14</b>

Quelle: IGES

In der nachfolgenden Abbildung 28 wird für die einzelnen Personen (n = 18) dargestellt, inwiefern sich die Werte der Subskalen über den Zeitverlauf verändert haben.

Bei der Betrachtung der einzelnen Skalenwerte insgesamt (alle Gäste über die Zeit hinweg), wird deutlich, dass es keine erheblichen Verbesserungen oder Verschlechterungen in den einzelnen Skalenbereichen gibt. Betrachtet man jedoch einzelne Werte der Gäste, so zeigt sich, dass diese sich in sehr unterschiedlich Ausmaß verändert haben. So hat sich beispielsweise in der Skala körperliche

Symptome ID 30 um elf Punkte verbessert, wohingegen sich ID10 um 6 Punkte verschlechtert hat. Über die Skala körperliche Symptome hinweg ergibt sich folgendes Bild: Bei vier Personen zeigt sich eine Verbesserung, sechs Personen sind unverändert, bei acht Personen zeigt sich eine Verschlechterung.

Abbildung 28: Stichprobe Hospizinsel-Gäste: IPOS  $t_2-t_1$  Subskalen (n = 18) in Anlehnung an Bausewein et al.

ID	Körperliche Symptome	Kommunikation/ praktische Probleme	Gastro-intestinale Symptome	Gesamtscore
	Range (0- +/-32)	Range (0- +/-24)	Range (0- +/-12)	
6	▼ 2,0	▲ -1,0	▼ 2,0	▼ 3,0
8	▼ 2,0	▲ -2,0	▲ -2,0	▲ -2,0
9	▼ 1,0	▲ -2,0	■ 0,0	▲ -1,0
10	▼ 6,0	▼ 4,0	▼ 8,0	▼ 18,0
12	▲ -2,0	▼ 3,0	■ 0,0	▼ 1,0
13	▼ 4,0	▲ -4,0	▼ 2,0	▼ 2,0
14	■ 0,0	▲ -2,0	▲ -2,0	▲ -4,0
17	▲ -5,0	▲ -2,0	▼ 4,0	▲ -3,0
18	■ 0,0	▼ 3,0	▼ 1,0	▼ 4,0
19	■ 0,0	▼ 5,0	■ 0,0	▼ 5,0
20	■ 0,0	▲ -2,0	▼ 2,0	■ 0,0
21	▼ 1,0	▲ -1,0	▼ 4,0	▼ 4,0
22	■ 0,0	▲ -1,0	▼ 1,0	■ 0,0
23	▼ 4,0	■ 0,0	▼ 7,0	▼ 11,0
25	■ 0,0	▲ -4,0	▲ -1,0	▲ -5,0
29	▲ -1,0	▲ -4,0	▼ 4,0	▲ -1,0
30	▲ -11,0	▼ 6,0	▲ -3,0	▲ -8,0
34	▼ 1,0	▼ 1,0	■ 0,0	▼ 2,0
<b>t2-t1 (Mean)</b>	▼ 0,11	▲ -0,2	▼ 1,5	▼ 1,44
<b>SD</b>	3,68	3,13	3,00	5,95

Quelle: IGES

Anmerkung: Rote Pfeile deuten auf eine Verschlechterung hin, wohingegen grüne Pfeile auf eine Verbesserung hinweisen. Gelbe Striche zeigen, dass es keine Veränderung von  $t_2$  zu  $t_1$  gegeben hat.

Im Vergleich dazu ergibt sich bei der Skala Kommunikation und praktische Probleme über alle Gäste hinweg folgendes Bild: Bei elf Personen war eine Verbesserung zu verzeichnen, eine Person blieb unverändert, bei sechs Personen zeigte sich eine Verschlechterung.

Bei der Skala Gastrointestinale Symptome über alle Gäste hinweg ergab sich folgendes Bild: Der Wert hat sich bei je vier Personen verbessert bzw. ist unverändert geblieben, bei zehn Personen zeigte sich eine Verschlechterung.

Berücksichtigt man die Tatsache, dass die Gäste der Hospizinsel meist in stabilisiertem Zustand aufgenommen werden, größtenteils aus dem Krankenhaus oder aus der Häuslichkeit mit SAPV-Versorgung, und im Verlauf des Sterbeprozesses eher

mit einer Verschlechterung des Zustandes zu rechnen ist, lässt sowohl das Ergebnis verringerter (Verbesserung) als auch unveränderter Symptome auf eine hohe Versorgungsqualität schließen. Bei den betrachteten Fällen hat sich jeweils die Mehrheit der Gäste in den Bereichen Kommunikation und praktische Probleme sowie körperliche Symptome verbessert bzw. stabilisiert. Lediglich bei den Gastrointestinalen Symptomen überwog die Zahl der Gäste mit einer Verschlechterung (zehn zu acht Personen).

Aktuelle Referenzen zu den ermittelten Werten, um diese Ergebnisse im größeren Kontext der palliativen Versorgung einordnen zu können, stehen nach Angaben von Bausewein und Kollegen leider derzeit noch nicht zur Verfügung: „Daten zu den IPOS-Subskalen werden bald publiziert“ (Bausewein et al., 2019).

Nachfolgend wurden in Anlehnung an (Davies et al., 2023) die Subskalen in die Kategorien Physisch, Emotional und Kommunikation/praktische Probleme zusammengefasst (vgl. Abbildung 29). In der Subskala Kommunikation/praktische Probleme ist insgesamt eine positive Tendenz erkennbar, während die Subskala emotionale Symptome wie Angst und Trauer über alle 18 Gäste hinweg stabil bleibt. Bei den körperlichen Symptomen ist in dieser Systematik eine Verschlechterung erkennbar. (Gebel et al., 2022)

Abbildung 29: Stichprobe Hospizinsel-Gäste: IPOS  $t_1$  und  $t_2-t_1$  Subskalen (n = 18) in Anlehnung an Davis et al.

t1 n= 18					t2-t1 n= 18				
ID	Physisch	Emotional	Kommunikation/ praktische Probleme	Gesamtscore	ID	Physisch	Emotional	Kommunikation/ praktische Probleme	Gesamtscore
	Range (0-40)	Range (0-16)	Range (0-12)	Range (0-+/-68)		Range (0-+/-)	Range (0-+/-)	Range (0-+/-12)	Range (0-+/-6)
6	13	5	2	20	6	4,0	0,0	-1,0	3
8	17	8	1	26	8	0,0	-1,0	-1,0	-2
9	14	9	2	25	9	1,0	-2,0	0,0	-1
10	9	8	4	21	10	14,0	4,0	0,0	18
12	17	5	3	25	12	-2,0	3,0	0,0	1
13	17	8	6	31	13	6,0	-2,0	-2,0	2
14	16	8	2	26	14	-2,0	-2,0	0,0	-4
17	21	7	2	30	17	-1,0	-2,0	0,0	-3
18	12	6	1	19	18	1,0	2,0	1,0	4
19	11	7	1	19	19	0,0	3,0	2,0	5
20	9	6	4	19	20	2,0	-2,0	0,0	0
21	12	6	2	20	21	5,0	0,0	-1,0	4
22	14	8	2	24	22	1,0	-1,0	0,0	0
23	9	4	0	13	23	11,0	-1,0	1,0	11
25	19	11	4	34	25	-1,0	-2,0	-2,0	-5
29	17	6	2	25	29	3,0	-2,0	-2,0	-1
30	19	6	1	26	30	-14,0	4,0	2,0	-8
34	5	8	7	20	34	1,0	1,0	0,0	2
Mean	13,94	7,00	2,56	23,50	Mean	1,61	0,00	-0,17	1,44
SD	4,29	1,68	1,82	5,14	SD	5,79	2,25	1,20	5,95

Quelle: IGES

Davis und Kollegen haben im Rahmen ihrer Untersuchung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus den IPOS-Fragebogen von "Specialist Palliative Care"-Fachkräften vor Ort im Patientenzimmer ausfüllen lassen. Betrachtet wurde der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Merkmalen und dem Befinden am Lebensende. Da sich die Studienpopulation (Alter > 60, akut-stationäres Setting,

Ort: London) sehr von den Gästen der Hospizinsel unterscheidet, es sich um ein Querschnittsdesign handelt und nicht ganz klar ist, in welcher palliativen Phase sich die Patientinnen und Patienten befanden, ist ein direkter Vergleich der Ergebnisse nicht zielführend. Ergebnis der Untersuchung war, dass die Probanden, welche in einem stärker benachteiligten Gebiet wohnten, höhere (schlechtere) Mittelwerte in die Subskala Kommunikations- und praktischen Probleme aufwiesen, im Vergleich zu Probanden aus den weniger benachteiligten Gebieten.

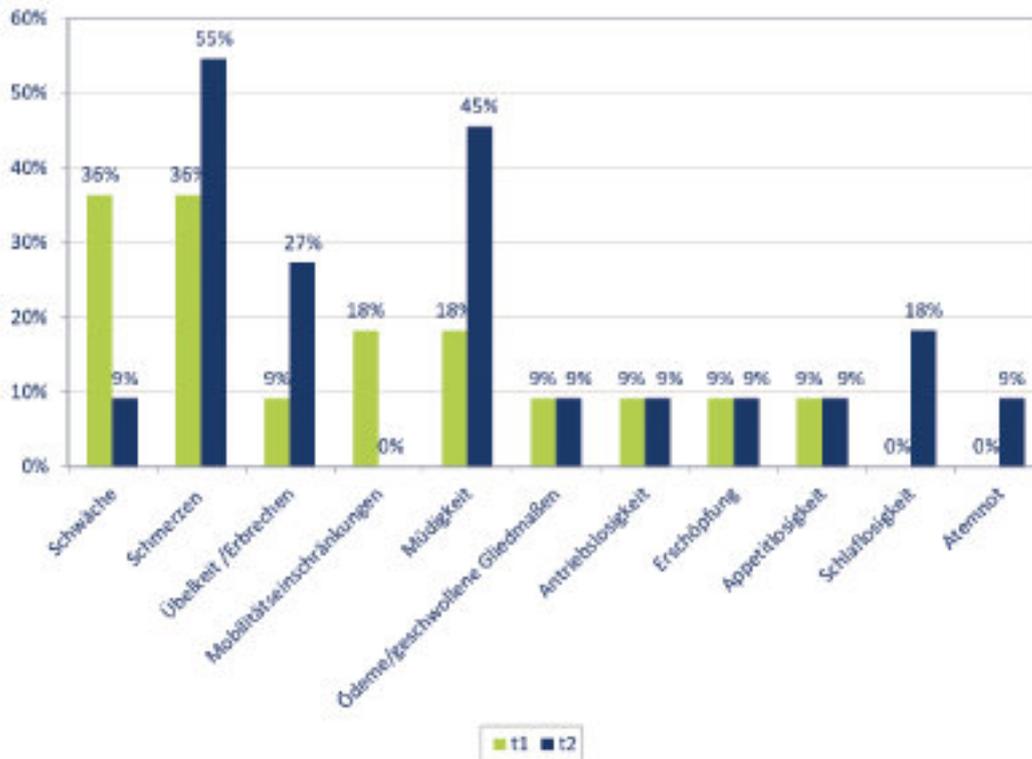
### 7.3.2.3 Selbstauskunft Lebensqualität (MQOL)

*„Auch seine Stimmung [...] würde ich jetzt sagen, hat sich auch verbessert. So die psychische Komponente. Man hat so den Eindruck, er wirkt so ein bisschen lebendiger, dadurch, dass er da einfach viel intensiver betreut werden kann und einen intensiveren Kontakt hat.“* (Kooperationspartnerbefragung IP5).

Um die Perspektive der Betroffenen zu berücksichtigen, wurde der McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) bei den Hospizinsel-Gästen erhoben. Geplant war es, eine Selbsterfassung der Lebensqualität unter Einbezug der Symptomintensität erheben. Da allerdings oftmals die Gäste nicht in der Lage waren den MQOL selbstständig auszufüllen, gab es die Möglichkeit, entweder von den Angehörigen oder von dem Personal der Hospizinsel dabei unterstützt zu werden. Auch mit Hilfestellung war es allerdings vielen Gästen nicht möglich, die Fragen zu beantworten, Gründe dafür waren u. a.: Aphasie, Verwirrtheit, Sprachbarriere, massive Atemnot, schwere psychische Störungen. Somit ergibt sich für die Befragung eine Stichprobe mit  $n = 11$  Gästen (Einschluss, wenn zu beiden Zeitpunkten ein vollständig ausgefüllter MQOL-Bogen vorliegt).

Die nachfolgende Abbildung 30 zeigt die im MQOL angegebenen Symptome der Gäste zu den beiden Zeitpunkten  $t_1$  und  $t_2$ . Zum Zeitpunkt  $t_1$  wurde von sieben Gästen insbesondere das Symptom Schwäche oft genannt (36 %,  $n = 4$ ), gefolgt von Schmerzen (36 %,  $n = 4$ ). Zum Zeitpunkt  $t_2$  haben alle elf Gäste Symptome angegeben. Einige Symptome, die zu  $t_1$  als problematisch erlebt wurden, wie z. B. Schwäche und Mobilitätseinschränkungen, wurden zu  $t_2$  von weniger Personen angegeben. Insgesamt steigt jedoch die Anzahl der als problematisch wahrgenommenen Symptome über den Zeitverlauf hinweg.

Abbildung 30: MQOL: Symptome der Hospizinsel-Gäste (n = 11) (Mehrfachangabe)



Quelle: IGES

Anmerkung: Sieben Personen haben zu t<sub>1</sub> Symptome angegeben, zu t<sub>2</sub> haben alle elf Personen belastende Symptome angegeben.

Die nachfolgenden Subskalen zeigen die Werte des MQOL bezogen auf die einzelnen IDs sowie den Score insgesamt für die einzelnen Subskalen (Abbildung 31). Der Wertebereich liegt zwischen 0 (sehr schlecht) und 10 (sehr gut). Bei der Betrachtung der Subskalen des MQOL wird deutlich, dass es zwischen den einzelnen Personen recht große Unterschiede gibt. So reicht die Spanne bei den körperlichen Symptomen von dem geringsten Wert (ID 8) 1,3 bis zu 9,7 (ID 19). Bei der Betrachtung über den Zeitverlauf hinweg fällt auf, dass sich, bezogen auf die körperliche Symptomatik, bei den meisten Personen eher eine Verschlechterung einstellt. Bezogen auf die Subskalen Gefühle, Gedanken und Sozial sind bei den Gästen eher leichte Verbesserungen erkennbar. Besonders in sozialen Aspekten gab es hier bei sieben von elf Personen eine Verbesserung, bei zwei Personen gab es eine Verschlechterung.

Abbildung 31: MQOL: Symptome der Hospizinsel-Gäste (n = 11)

t1 n=11				t2-t1 n=11			
ID	Körperlich	Gefühle und Gedanken	Sozial	ID	Körperlich	Gefühle und Gedanken	Sozial
8	1,3	5,9	8,0	8	3,3	0,1	0,4
9	3,7	5,0	9,0	9	-1,3	0,9	0,6
13	3,0	6,4	4,8	13	-0,7	0,4	0,2
14	4,0	3,9	6,6	14	0,0	0,0	0,0
18	2,0	3,3	5,4	18	0,0	-0,3	1,4
19	9,7	6,4	8,0	19	-8,3	0,9	1,0
20	6	7,4	7,0	20	0,7	-0,6	0,6
22	6,3	7,1	9,4	22	0,0	-0,7	0,6
23	1,7	5,4	8,2	23	-1,3	1,9	-2,2
29	5,7	7,6	8,0	29	-1,0	-2,4	-1,6
30	2,7	5,9	8,0	30	3,7	0,0	-0,6
SCORE (MW)	4,2	5,8	7,5	SCORE (MW)	-0,45	0,01	0,04

Quelle: IGES

## 7.4 Hospizinsel-Gäste und Vergleichsfälle

Eingangs muss darauf hingewiesen werden, dass sich sowohl die Rekrutierung von Vergleichseinrichtungen als auch die Erhebung von Falldaten (ab September 2022) als sehr schwierig erwiesen hat. Es mangelte nicht an der grundsätzlichen Bereitschaft, die vorliegende Studie zu unterstützen, aber Zeitdruck und Personalmangel erschwerten es den Partnern in unterschiedlichem Maße, sich nach der Zusage dann auch konkret einzubringen und Daten zu erheben. Das zeigte sich auch in der von den Vergleichseinrichtungen gelieferten Datenqualität. Resultierend konnte nur eine sehr kleine Stichprobe im Matched-Pair-Verfahren rekrutiert werden, mit teilweise nur lückenhaft erhobenen Daten je Fall. Deshalb konnte letztlich auch keine paarweise Betrachtung bzw. Auswertung der Fälle vorgenommen werden. Daher wurde entschieden, die Vergleichsfälle zusammengefasst als Gruppe auszuwerten und die Ergebnisse denen der Gruppe der Hospizinsel-Gäste gegenüberzustellen.

Von der Hospizinsel lagen im Erhebungszeitraum mehr komplett ausgefüllte Datensätze vor. Limitierend sind insbesondere zwei Faktoren zu nennen: das frühe Versterben (bevor die Erfassung  $t_2$  erfolgen konnte) sowie eine schlechte Verfassung der Gäste, sodass der MQOL nicht ausgefüllt werden konnte. Die Vergleichseinrichtungen hatten aus verschiedenen Gründen, wie z. B. knappe personelle Kapazitäten, große Schwierigkeiten, sowohl Vergleichsfälle zu identifizieren als auch danach die Datenerfassungen wie geplant durchzuführen.

Die nachfolgende Tabelle 13 zeigt die teilnehmenden Vergleichseinrichtungen und die Anzahl der jeweils gemeldeten insgesamt 19 Vergleichsfälle.

Tabelle 13: Überblick Vergleichseinrichtungen und Vergleichsfälle

Vergleichseinrichtung	Anzahl der gemeldeten Vergleichsfälle
Adalbert Stifter Seniorenwohnen	1
Caritas Altenheim Heilig Geist Spital	0
Hospiz Diakonie Mögeldorf	1
LebensWeGe Diakonie Mögeldorf	8
SAPV am Inn	9

Quelle: IGES

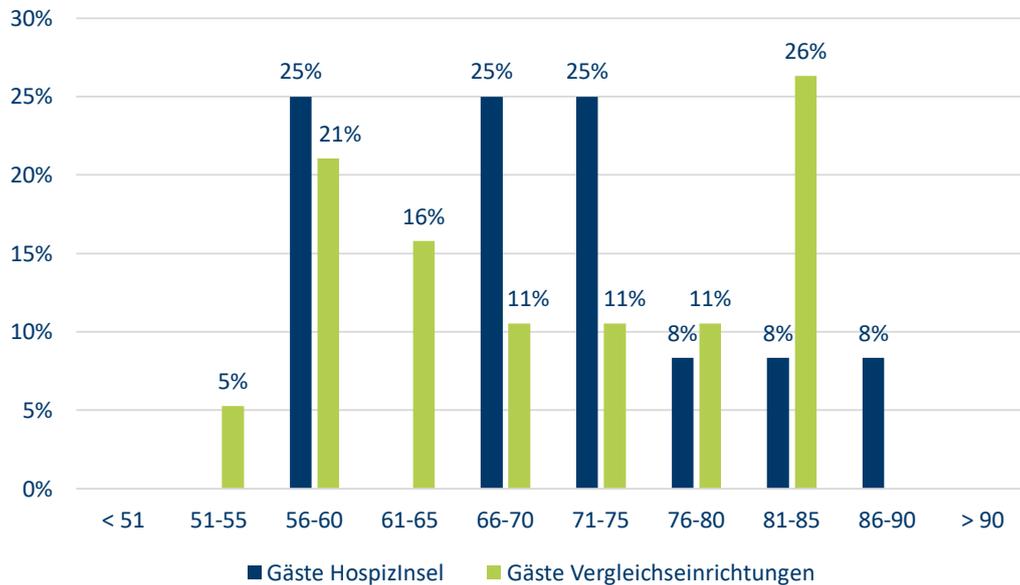
Die Auflistung zeigt, dass 17 von 19 Fälle (90 %) aus dem ambulanten Setting stammen. Damit ist leider kein Vergleich mit der Hospizversorgung möglich. Aufgrund der lückenhaften Daten konnten für die Auswertung jeweils nur Teilgruppen herangezogen werden. Somit ergibt sich für die einzelnen Auswertungen jeweils eine unterschiedliche Stichprobengröße.

#### 7.4.1 Charakteristika der Fälle der beiden Vergleichsgruppen

Zu Beginn erfolgt eine Beschreibung der Charakteristika der beiden Gruppen – der Gäste der Hospizinsel und der Personen aus den Vergleichseinrichtungen. Den zwölf Gästen der Hospizinsel konnten nach dem Matched-Pair-Verfahren insgesamt 19 Vergleichsfälle zugeordnet werden.

Abbildung 32 stellt die Altersverteilung der Gäste der Hospizinsel und der Vergleichsfälle dar. In beiden Gruppen sind keine jungen Personen im Alter zwischen 20 und einschließlich 50 Jahren sowie keine Personen über 90 Jahre enthalten. Die jüngsten Gäste der Hospizinsel ( $n = 3$ ; 25 %) gehörten der Altersgruppe 56 - 60 Jahre an. In den Vergleichseinrichtungen war die jüngste Person zwischen 51 - 55 Jahre alt ( $n = 1$ ; 5 %). Der älteste Gast der Hospizinsel war zwischen 86 - 90 Jahre alt ( $n = 1$ ; 8 %). In den Vergleichseinrichtungen lag das höchste Alter in der Gruppe 81 - 85 Jahre ( $n = 5$ ; 26 %). Das Durchschnittsalter liegt in beiden Gruppen bei ca. 70 Jahren.

Abbildung 32: Altersverteilung der Hospizgäste (Hospizinsel n = 12, Vergleichsfälle n = 19), in %



Quelle: IGES

Die Grundcharakteristik der mittels der Steckbriefe erfassten Personen (vgl. Methodik im Kapitel 3) ist in den beiden folgenden Übersichten zusammengefasst (Tabelle 14 und Tabelle 15). In der Gruppe der Vergleichsfälle waren Frauen zu 52,6 % und Männer zu 36,8 % vertreten (siehe Tabelle 14). In der Gruppe der Hospizinsel-Gäste war eine ausgeglichene Geschlechterverteilung vorhanden (50 % männlich, 50 % weiblich). Bezgl. der Diagnosen hatten die Vergleichsfälle noch höhere Anteil von onkologischen Diagnosen: 75 % Gäste der Hospizinsel und 89,5 % der Vergleichsfälle wiesen eine onkologische Diagnose auf. Die Daten zeigen weiterhin, dass bei den meisten Personen zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch kein Pflegegrad vorlag, jedoch ein Antrag gestellt wurde (Hospizinsel 58,3 %; Vergleichseinrichtungen 42,1 %). Falls ein Pflegegrad vorhanden war, hatten die Gäste der Hospizinsel eher einen höheren Pflegegrad (>4), während in den Vergleichseinrichtungen eher Personen mit einem geringeren bis mittleren Pflegegrad (< 4) vertreten waren.

Tabelle 14: Grundcharakteristik der Gäste I

Merkmal		Gäste der Hospiz- Insel (n = 12)	Vergleichsfälle (n = 19)
Geschlecht*	männlich	6 (50,0 %)	7 (36,8 %)
	weiblich	6 (50,0 %)	10 (52,6 %)
Vorliegen einer onkologi- schen Diagnose*	ja	9 (75,0 %)	17 (89,5 %)
	nein	2 (16,7 %)	1 (5,3 %)
Pflegegrad (bei Aufnahme)	1	0 (0 %)	0 (0 %)
	2	1 (8,3 %)	5 (26,3 %)
	3	1 (8,3 %)	5 (26,3 %)
	4	3 (25,0 %)	1 (5,3 %)
	5	0 (0 %)	0 (0,0 %)
	beantragt	7 (58,3 %)	8 (42,1 %)
	ohne Pflegegrad	0 (0 %)	0 (0,0 %)

Quelle: IGES

Anmerkung: Für die bessere Lesbarkeit wurde auf die Antwortoption „Keine Angabe“ verzichtet; \* zu zwei Personen der Vergleichsfälle liegt keine Angabe zum Geschlecht vor

Aus Tabelle 15 geht hervor, dass die Gäste der Vergleichseinrichtungen häufiger allein in der eigenen Häuslichkeit lebten bzw. leben (von der SAPV am Inn erfasste Fälle) (57,9 %), während die Gäste der Hospizinsel vor dem Einzug häufiger nicht allein lebten (58,3 %). Während bei allen Gästen der Hospizinsel eine Versorgung zu Hause nicht mehr möglich war, war dieser Anteil bei den Vergleichsfällen mit 63,2 % deutlich niedriger. Eine Überforderung mit der Versorgungssituation wurde bei allen Gästen der Hospizinsel und bei 89,5 % der Vergleichsfälle festgestellt. Unterschiede zeigen sich auch bei der psychosozialen Begleitung, bspw. durch einen Hospizbegleiter. Diese erhielten die Gäste der Hospizinsel häufiger (75,0 %), während der Anteil bei den Vergleichsfällen bei 57,9 % lag.

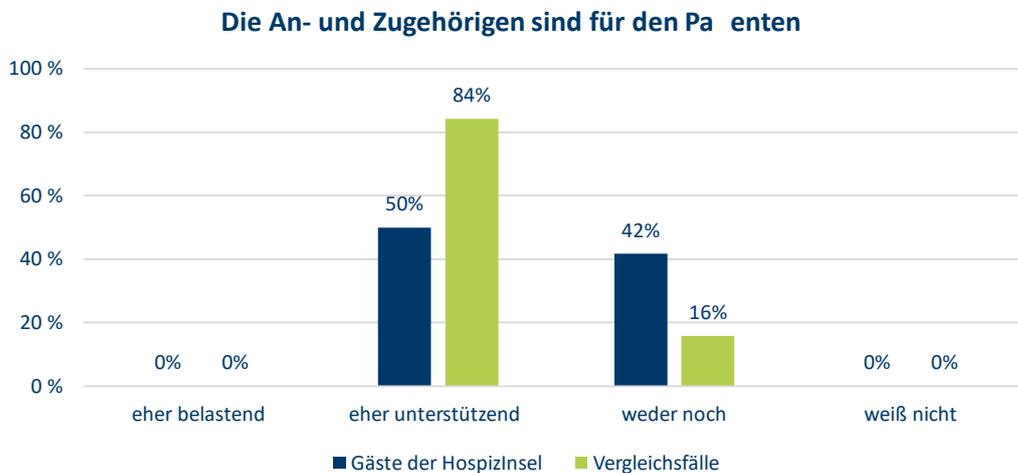
Tabelle 15: Grundcharakteristik der Gäste II

Psychosoziale Belastungen der sterbenden Person		Gäste der Hospizinsel (n = 12)	Vergleichsfälle (n = 19)
Person lebt allein	ja	5 (41,7 %)	11 (57,9 %)
	nein	7 (58,3 %)	8 (42,1 %)
	anderes	0 (0 %)	0 (0 %)
Versorgung zu Hause nicht mehr möglich	ja	12 (100,0 %)	12 (63,2 %)
	nein	0 (0 %)	7 (36,8 %)
Mit Versorgungssituation zu Hause überfordert	ja	12 (100,0 %)	17 (89,5 %)
	nein	0 (0,0 %)	2 (10,5 %)
Versorgung nur mit enger psychosozialer Begleitung (z. B. Hospizbegleiter) möglich	ja	9 (75,0 %)	8 (42,1 %)
	nein	3 (25,0 %)	11 (57,9 %)

Quelle: IGES

Alle Personen der Vergleichseinrichtungen gaben an, Angehörige zu haben. Bei den Gästen der Hospizinsel lag der Anteil mit 92 % etwas niedriger. In Abbildung 33 wird dargestellt, wie die An- und Zugehörigen von den Beschäftigten hinsichtlich ihres Unterstützungspotentials für die sterbende Person wahrgenommen wurden (Fremdeinschätzung). Wenn Angehörige vorhanden waren, wurde diesen überwiegend eine unterstützende Rolle zugeschrieben, wobei der Anteil bei den Vergleichsfällen mit 84,2 % deutlich höher lag als bei den Gästen der Hospizinsel (50,0 %). In keinem der Fälle wurden Angehörige als „eher belastend“ für die Person im Sterbeprozess bewertet.

Abbildung 33: Wahrnehmung der Rolle der Angehörigen (Hospizinsel n = 12, Vergleichsfälle n = 19), in %

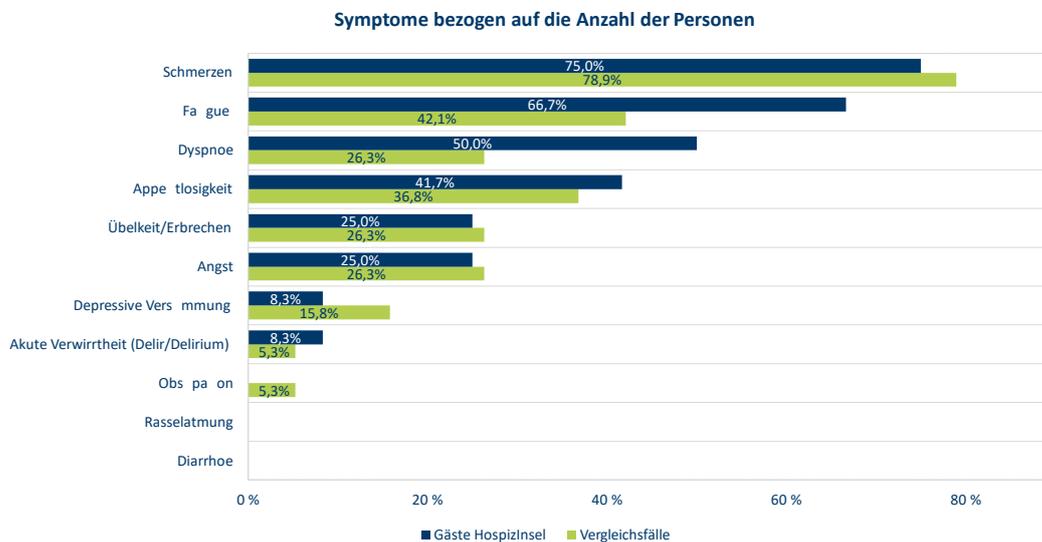


Quelle: IGES

Im Durchschnitt wiesen die Gäste der Hospizinsel pro Person drei belastende Symptome auf, während die Gäste der Vergleichseinrichtungen mit 2,6 Krankheitsanzeichen pro Person etwas weniger Symptome aufwiesen. Etwa drei Viertel der Gäste berichteten von Schmerzen (Hospizinsel 78,9 %, Vergleichsfälle 75,0 %). Die zweithäufigste Symptomkategorie war Fatigue (Hospizinsel 42,1 %, Vergleichsfälle 66,7 %). Die dritthäufigste Kategorie bei den Gästen der Hospizinsel war Dyspnoe (50,0 %). Bei den Vergleichsfällen war Appetitlosigkeit (36,8 %) an dritter Stelle vertreten. Weitere Symptome und ihre Häufigkeiten sind in Abbildung 34 dargestellt.

Sowohl in der Hospizinsel als auch den Vergleichseinrichtungen konnten alle erfassten Personen bei Bedarf den Notruf betätigen.

Abbildung 34: Symptomatik (HospizInsel n = 12, Vergleichsfälle n = 19), Mehrfachnennungen möglich, in %



Quelle: IGES

#### 7.4.2 Versorgung am Lebensende und Versorgungsqualität

Zum Zeitpunkt des Versterbens wurde für jeden HospizInsel-Gast und Vergleichsfall abschließend ein kurzer Fragebogen erhoben, dessen Ergebnisse nachfolgend für die zwölf Gäste der HospizInsel und 19 Vergleichsfälle vorgestellt werden.

Der Median der Verweildauer lag bei den HospizInsel-Gästen bei 26 Tagen und bei den Vergleichsfällen deutlich höher bei 89 (einschl. SAPV-Fälle) und 87 (ohne SAPV-Fälle). Das ist ein deutliches Indiz dafür, dass die Zielgruppe der HospizInsel (Personen in der Terminal-/Sterbephase) erreicht wird.

Der Sterbeort war bei allen in der Stichprobe enthaltenen HospizInsel-Gästen die HospizInsel. Bei den Vergleichsfällen waren ca. die Hälfte der Personen noch nicht verstorben, zwei Fälle (12 %) starben im Krankenhaus. Betrachtet man die Vergleichsfälle ohne das ambulante Setting, so ist auch keiner der Vergleichsfälle in einem Krankenhaus verstorben.

Im Erhebungszeitraum ist es bei keinem HospizInsel-Gast zu einem Notarzteinsatz gekommen und lediglich bei einer Person zu einer notfallbedingten Einweisung ins Krankenhaus. Bei den Vergleichsfällen gab es bei vier Personen einen einmaligen Notarzteinsatz. Bei der Mehrheit der Vergleichsfälle gab es, wie auch bei den HospizInsel-Gästen, keine Einweisung ins Krankenhaus. Lediglich fünf Personen (einschließlich der SAPV-Fälle) hatten über den Erhebungszeitraum hinweg eine einmalige Einweisung ins Krankenhaus. Ohne Einbeziehung der SAPV-Fälle gab es lediglich bei zwei Personen eine einmalige notfallbedingte Krankenhauseinweisung.

Tabelle 16: Überblick über die Ergebnisse der t<sub>3</sub> Befragung

	Gäste der Hospizinsel (n = 12)	Vergleichsfälle (n = 17)	Vergleichsfälle ohne SAPV-Fälle (n = 9)
<b>Verweildauer [Tage]<sup>1</sup></b>			
Mean± SD (IQR); Median	27,7 ± 13,45 (13,5); 26	104,41 ± 80,88 (98); 89	68,44 ± 44,89 (66); 87
<b>Sterbeort</b>			
Hospizinsel	100 % (12)	0 % (0)	0 % (0)
Klinik	0 % (0)	12 % (2)	0 % (0)
Hospiz im Mathilden-Haus	0 % (0)	6 % (1)	11 % (1)
Hospiz Mögeldorf	0 % (0)	6 % (1)	11 % (1)
Wohngemeinschaft LebensWeGe	0 % (0)	12 % (2)	22 % (2)
zu Hause	0 % (0)	12 % (2)	0 % (0)
Noch nicht verstorben	0 % (0)	47 % (8)	56 % (5)
Keine Angabe	0 % (0)	6 % (1)	0 % (0)
<b>Notarzteinsätze</b>			
Durchschnittliche Anzahl an Notarzteinsätzen	0,0	0,24	0,44
Einmaliger Einsatz (%; n)	0 %; (n = 0)	24 %; (n = 4)	44 %; (n = 4)
Kein Einsatz (%; n)	100 %; (n = 12)	76 %; (n = 13)	56 %; (n = 5)
<b>Krankenhauseinweisungen</b>			
Durchschnittliche Anzahl an Krankenhauseinweisungen	0,08	0,29	0,22
Einmalige Einweisung (%; n)	8 %; (n = 1)	29 %; (n = 5)	22 %; (n = 2)
Keine Einweisung (%; n)	92 %; (n = 11)	71 %; (n = 12)	78 %; (n = 7)

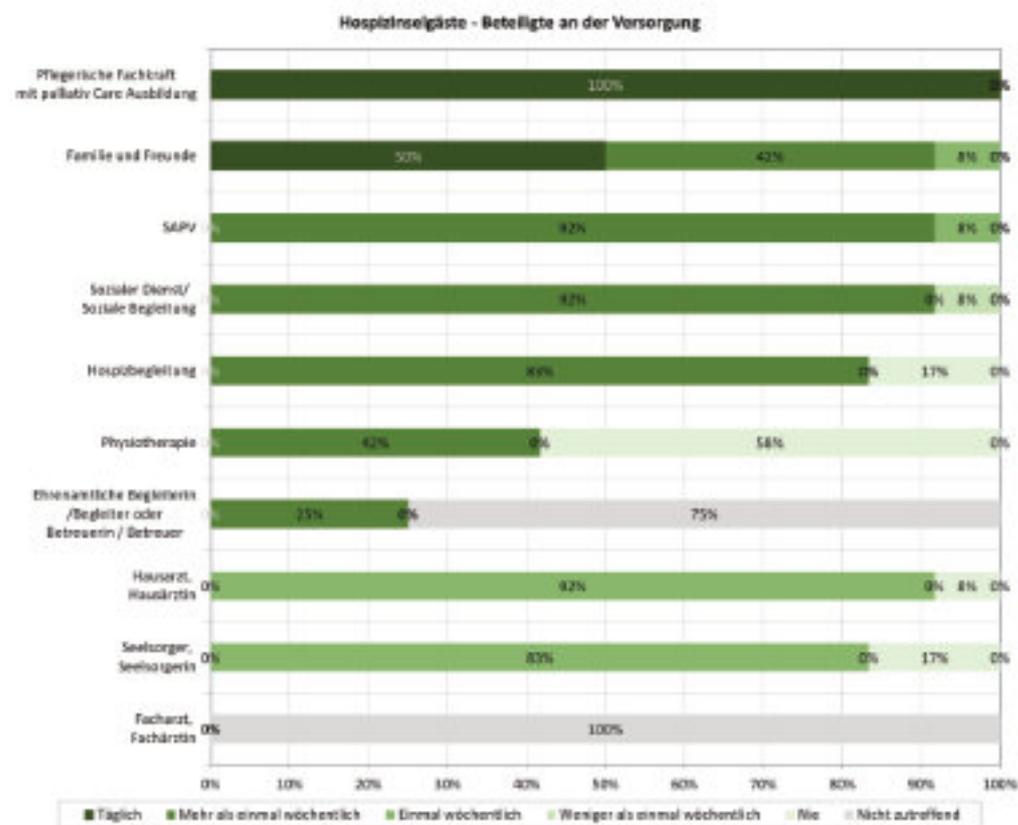
Quelle: IGES

Anmerkung: Die Spalte ohne ambulant meint, dass die Vergleichsfälle der SAPV herausgerechnet wurden, die Betrachtung also ohne das Setting ambulant stattfindet; für eine besseren Lesbarkeit wurde auf die Antwortoption „keine Angabe“ verzichtet.

Bei der Betrachtung der Notarzteinsätze und notfallbedingten Krankenhauseinweisungen ist die unterschiedlich lange Verweildauer (Hospizinsel und Vergleichseinrichtungen) zu berücksichtigen.

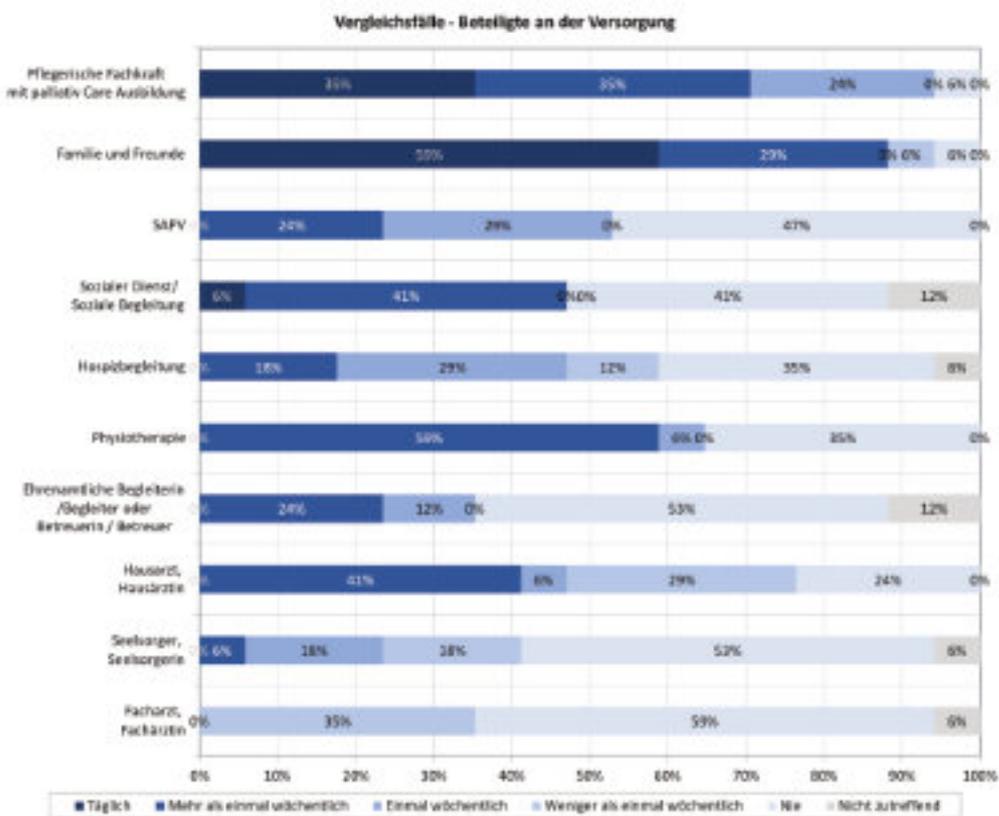
Die nachfolgenden Abbildungen (Abbildung 35 und Abbildung 36) geben einen Überblick über die an der Versorgung beteiligten Akteure im Vergleich der beiden Gruppen. Bei allen Hospizinsel-Gästen waren, dem Versorgungskonzept entsprechend, Palliativ Care-Fachkräfte täglich an der Versorgung beteiligt, im Vergleich zu 72 % bei den Vergleichsfällen (Palliative Care-Pflegekräfte täglich bis mehrmals wöchentlich anwesend). Weiter waren auch Familie und Freunde meist täglich an der Versorgung in der Hospizinsel beteiligt (50 %). Bei den Vergleichsfällen waren Freunde und Familie täglich ein wenig öfter beteiligt (56 %). Das SAPV-Team, der soziale Dienst und auch Hospizbegleiter sind mehrmals die Woche in der Hospizinsel an der Versorgung der Hospizinsel-Gäste beteiligt – mehr als in den Vergleichsfällen. Hausärzte waren bei den Hospizinsel-Gästen häufiger präsent (nur 8 % nie) als bei den Vergleichsfällen (24 % nie). Ebenso Seelsorgerinnen und Seelsorger, welche in der Hospizinsel zu 83 % ca. einmal pro Woche beteiligt waren, bei den Vergleichsfällen dagegen in 53 % der Fälle nie.

Abbildung 35: Beteiligte an der Versorgung der Hospizinsel-Gäste (n = 12)



Quelle: IGES

Abbildung 36: Beteiligte an der Versorgung der Vergleichsfälle (n = 18)



Quelle: IGES

#### 7.4.2.1 IPOS-Subskalen im Vergleich der beiden Gruppen

In diesem Abschnitt werden die einzelnen IPOS-Subskalen der Hospizinsel-Gäste und Vergleichsfälle einander gegenübergestellt. In Abbildung 37 befinden sich die Subskalen in Anlehnung an Bausewein und Kollegen und in Abbildung 38 die Subskalen Auswertung in Anlehnung an Davis und Kollegen.

In Abbildung 37 ist erkennbar, dass die (aggregierten) Belastungen der Hospizinsel-Gäste in allen drei Bereichen zum Zeitpunkt  $t_1$  etwas niedriger waren (- 16%) als jene der Vergleichsfälle. Die Differenz fiel bei den gastrointestinalen Symptomen mit - 42 % am höchsten aus, im Bereich Kommunikation/praktische Probleme waren es - 15 % und bei den körperlichen Symptomen - 8 %. Das weist darauf hin, dass die Hospizinsel-Gäste in relativ stabilisiertem Zustand aus dem Krankenhaus bzw. aus der Häuslichkeit mit SAPV-Versorgung in die Hospizinsel kommen. Im häuslichen Setting, wenn die SAPV-Versorgung beginnt, ist der Zustand der Klientinnen und Klienten tendenziell schlechter.

Im Versorgungsverlauf bis  $t_2$  (fünf bis sieben Tage später) zeigte sich bei den acht Hospizinsel-Gästen insgesamt in allen drei Subskalen, vor allem bei den gastrointestinalen Symptomen, sowie auch beim Gesamtscore eher eine Verschlechterung. Bei fünf von acht Hospizinsel-Gästen wurde im Bereich der

Kommunikation/praktische Probleme eine Verbesserung erreicht. In der Vergleichsgruppe blieb der aggregierte Gesamtscore der Vergleichsfälle unverändert - in der Subskala gastrointestinale Symptome zeigte sich insgesamt eine deutliche Besserung (- 27 %), während es im Bereich der Kommunikation/praktische Probleme eine leichte Verschlechterung gab (+ 8,6 %).

Abbildung 37: Stichprobe Hospizinsel-Gäste und Vergleichsfälle: IPOS Subskalen  $t_1$  und  $t_2-t_1$  in Anlehnung an (Bausewein et al., 2019)

Hospizinselgäste					t2-t1				
t1 n= 8					n= 8				
ID	Körperliche Symptome	Kommunikation / praktische Probleme	Gastro-intestinale Symptome	Gesamtscore	ID	Körperliche Symptome	Kommunikation / praktische Probleme	Gastro-intestinale Symptome	Gesamtscore
	Range (0-32)	Range (0-24)	Range (0-12)	Range (0-68)		Range (0- +/-32)	Range (0+/-24)	Range (0+/-12)	Range (0- +/-68)
8	12	9	5	26	8	2	-2	-2	-2
9	12	11	2	25	9	1	-2	0	-1
10	8	12	1	21	10	6	4	8	18
17	18	9	3	30	17	-5	-2	4	-3
18	9	7	3	19	18	0	3	1	4
19	8	8	3	19	19	0	5	0	5
21	12	8	0	20	21	1	-1	4	4
25	15	15	4	34	25	0	-4	-1	-5
<b>Mean</b>	<b>11,8</b>	<b>9,9</b>	<b>2,6</b>	<b>24,3</b>	<b>Mean</b>	<b>0,6</b>	<b>0,1</b>	<b>1,8</b>	<b>2,5</b>
<b>SD</b>	<b>3,5</b>	<b>2,6</b>	<b>1,6</b>	<b>5,5</b>	<b>SD</b>	<b>3,0</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>	<b>7,3</b>

Vergleichsfälle					t2-t1				
t1 n= 11					n= 11				
ID	Körperliche Symptome	Kommunikation / praktische Probleme	Gastro-intestinale Symptome	Gesamtscore	ID	Körperliche Symptome	Kommunikation / praktische Probleme	Gastro-intestinale Symptome	Gesamtscore
	Range (0-32)	Range (0-24)	Range (0-12)	Range (0-68)		Range (0- +/-32)	Range (0+/-24)	Range (0+/-12)	Range (0- +/-68)
1	10	12	8	30	1	-3	-3	-3	-9
2	15	7	7	29	2	-4	10	-4	2
3	20	6	3	29	3	1	11	3	15
8	14	17	3	34	8	0	1	0	1
5	13	14	2	29	5	2	-1	1	2
16	12	18	10	40	16	1	-1	-6	-6
7	16	9	7	32	7	4	0	0	4
14	10	12	7	29	14	1	-4	-2	-5
15	8	16	1	25	15	1	1	-1	1
17	8	6	1	15	17	0	1	-1	0
20	15	11	1	27	20	-1	1	-1	0
<b>Mean</b>	<b>12,8</b>	<b>11,6</b>	<b>4,5</b>	<b>29,0</b>	<b>Mean</b>	<b>0,2</b>	<b>1,0</b>	<b>-1,2</b>	<b>0,0</b>
<b>SD</b>	<b>3,7</b>	<b>4,3</b>	<b>3,3</b>	<b>6,1</b>	<b>SD</b>	<b>2,2</b>	<b>4,8</b>	<b>2,5</b>	<b>6,3</b>

Quelle: IGES

Aus der nachfolgenden Abbildung 38 in Anlehnung an die Auswertung von Davis und Kollegen ist ersichtlich, dass sich bei den Hospizinsel-Gästen im Verlauf der aggregierte Gesamtscore um + 10 % erhöhte. Lediglich im Bereich Kommunikation und praktische Probleme zeigte sich eine leichte Verbesserung (- 6 %, diese Tendenz war auch bei der Auswertung in Anlehnung an (Bausewein et al., 2019) erkennbar).

In der Vergleichsgruppe sank nach dieser Systematik die emotionale Belastung um ca. -35 %, während sich die Werte der beiden anderen Subskalen verschlechterten (physisch + 15 %, Kommunikation/praktische Probleme + 23 %).

Abbildung 38: Stichprobe Hospizinsel-Gäste und Vergleichsfälle: IPOS-Subskalen  $t_1$  und  $t_2-t_1$  in Anlehnung an (Davies et al., 2023)

Hospizinselgäste					t2-t1				
t1					t2-t1				
ID	Physisch	Emotional	Kommunikation/ praktische Probleme	Gesamtscore	ID	Physisch	Emotional	Kommunikation/ praktische Probleme	Gesamtscore
	Range (0-40)	Range (0-16)	Range (0-12)	Range (0-68)		Range (0 - +/-40)	Range (0 - +/-16)	Range (0 - +/-12)	Range (0 - +/-68)
8	17	8	1	26	8	0,0	-1,0	-1,0	-2
9	14	9	2	25	9	1,0	-2,0	0,0	-1
10	9	8	4	21	10	14,0	4,0	0,0	18
17	21	7	2	30	17	-1,0	-2,0	0,0	-3
18	12	6	1	19	18	1,0	2,0	1,0	4
19	11	7	1	19	19	0,0	3,0	2,0	5
21	12	6	2	20	21	5,0	0,0	-1,0	4
25	19	11	4	34	25	-1,0	-2,0	-2,0	-5
Mean	14,38	7,75	2,13	24,25	Mean	2,38	0,25	-0,13	2,50
SD	4,21	1,67	1,25	5,55	SD	5,07	2,43	1,25	7,27

Vergleichsfälle					t2-t1				
t1					t2-t1				
ID	Physisch	Emotional	Kommunikation/ praktische Probleme	Gesamtscore	ID	Physisch	Emotional	Kommunikation/ praktische Probleme	Gesamtscore
	Range (0-40)	Range (0-16)	Range (0-12)	Range (0-68)		Range (0 - +/-40)	Range (0 - +/-16)	Range (0 - +/-12)	Range (0 - +/-68)
1	18	9	3	30	1	-6,0	-5,0	2,0	-9
2	22	4	3	29	2	-3,0	5,0	0,0	2
3	23	5	1	29	3	6,0	4,0	5,0	15
8	17	13	4	34	8	7,0	-5,0	-1,0	1
5	15	11	3	29	5	8,0	-6,0	0,0	2
16	22	13	5	40	16	0,0	-5,0	-1,0	-6
7	23	8	1	32	7	3,0	-5,0	6,0	4
14	17	9	3	29	14	-1,0	-6,0	2,0	-5
15	9	12	4	25	15	9,0	-4,0	-4,0	1
17	9	5	1	15	17	4,0	-3,0	-1,0	0
20	10	9	2	27	20	2,0	-6,0	-1,0	-5
Mean	17,36	8,91	2,73	29,00	Mean	2,64	-3,27	0,64	0,00
SD	3,65	3,21	1,35	6,10	SD	4,78	3,95	2,91	6,47

Quelle: IGES

Insgesamt kann aus diesen Betrachtungen lediglich geschlussfolgert werden, dass das Versorgungsgeschehen in beiden Gruppen vergleichbar ist – aufgrund der niedrigen Fallzahl kann allerdings bereits ein weiterer Fall die Richtung des aggregierten Scores verändern. Eine zu Beginn der Versorgung leicht niedrigere Belastung der Hospizinselgäste ist angesichts des hohen Anteils von SAPV-Fällen in der Vergleichsgruppe erwartbar (SAPV setzt häufig erst ein, wenn sich der Zustand der Person stark verschlechtert). Eine von Gebel et al. durchgeführte Studie mit dem Titel: „Symptomverlauf, Betreuungsqualität und Zufriedenheit mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) aus Patient\*innenperspektive: eine bundesweite prospektive Längsschnittstudie“ erfasste zu zwei Zeitpunkten den I-POS (zum Zeitpunkt  $t_2$  wurden Daten von 690 Personen erfasst). Dabei wurde u. a. auch die IPOS-Gesamtskala betrachtet. Es zeigten sich über den Verlauf von 4 – 10 Tagen eine signifikante Verringerung der Symptomausprägung zwischen den beiden Messzeitpunkten.

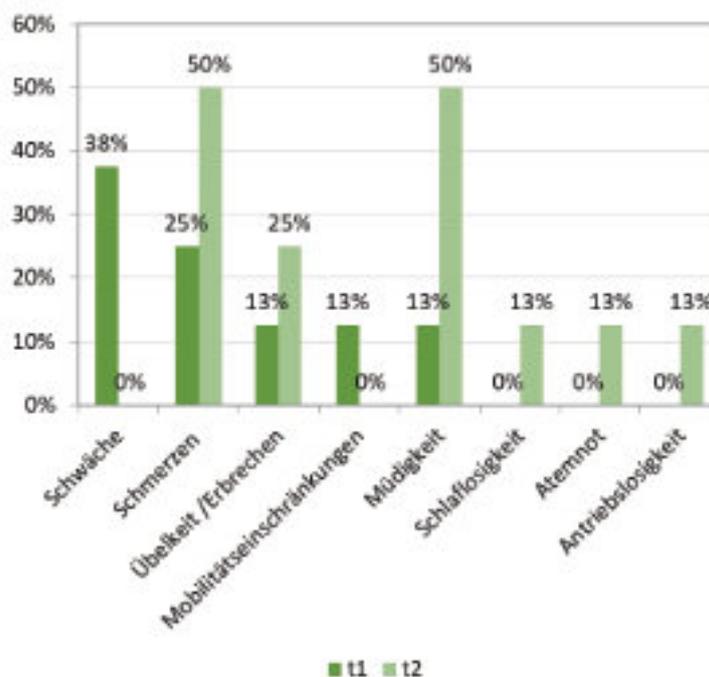
Eine vergleichsweise leicht höhere Verschlechterung bei den physischen Aspekten ist bei den Gästen der Hospizinsel aufgrund der größeren Nähe zum Tod ebenfalls eher erwartbar. Eine Verbesserung in den Bereichen Kommunikation/praktische Probleme bei den Gästen der Hospizinsel könnte auf den höheren Umfang der psychosozialen Begleitung zurückzuführen sein.

### 7.4.2.2 Selbstauskunft Lebensqualität (MQOL)

Um die Perspektive der Betroffenen zu berücksichtigen, wurde bei allen eingeschlossenen Fällen der McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) erhoben. Die Selbsterfassung der Lebensqualität wird in diesem Abschnitt vergleichend für die HospizInsel Gäste sowie für die Vergleichsfälle dargestellt. Zu Beginn werden in der Abbildung 39 und in Abbildung 40 die von den HospizInsel-Gästen und Vergleichsfällen angegebenen Symptome dargestellt und in der nachfolgenden Abbildung 41 die Subskalen des MQOL zum ersten Zeitpunkt ( $t_1$ ) sowie die Differenz zwischen den Zeiträumen ( $t_2-t_1$ ) dargestellt. Zu berücksichtigen ist, dass die nachfolgende Grafik zwar Tendenzen aufzeigt, jedoch Schlussfolgerungen aufgrund der kleinen Stichprobe mit großer Vorsicht interpretiert werden müssen.

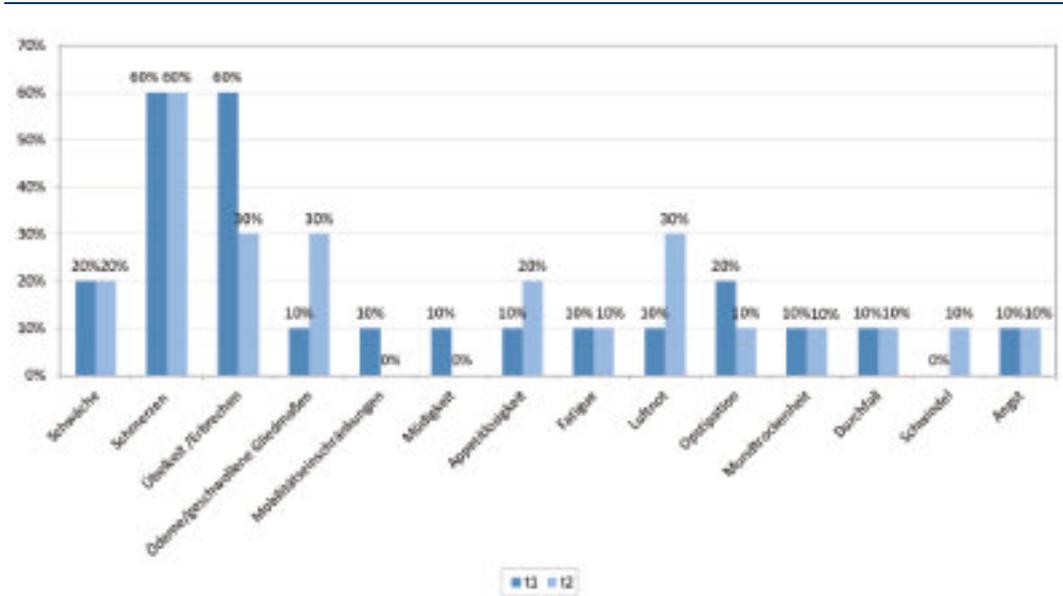
Von den acht HospizInsel-Gästen nannten zum Zeitpunkt  $t_1$  fünf Personen (62,5 %) körperliche Symptome, die problematisch waren. Bei den zehn Vergleichsfällen waren es neun Personen (90 %) mit problematischen körperlichen Symptomen zum Zeitpunkt  $t_1$ . Fünf bis sieben Tage später ( $t_2$ ) gaben in beiden Gruppen alle Personen belastende Symptome an. Es zeigte sich, dass die Vergleichsfälle insgesamt mehr als „problematisch“ wahrgenommene Symptome angaben als die HospizInsel-Gäste.

Abbildung 39: MQOL: Symptome der HospizInsel-Gäste ( $t_1$  und  $t_2$ )



Quelle: IGES

Anmerkung: Fünf Personen haben zu  $t_1$  Symptome angegeben, zu  $t_2$  haben alle acht Personen Symptome angegeben.

Abbildung 40: MQOL: Symptome der Vergleichsfälle (t<sub>1</sub> und t<sub>2</sub>)

Quelle: IGES

Anmerkung: Neun Personen haben zu t<sub>1</sub> Symptome angegeben, zu t<sub>2</sub> haben alle zehn Personen Symptome angegeben.

Die aus der nachfolgenden Abbildung 41 ersichtlichen Werte<sup>10</sup> der selbsterfassten Lebensqualität der Personen im Sterbeprozess bestätigen, dass die Gäste der Hospizinsel bei Aufnahme eine etwas bessere Lebensqualität aufweisen als die Vergleichsfälle (+ 47 % bei den körperlichen Symptomen, + 9,6 % im Bereich Gefühle und Gedanken sowie + 24,5 % im Bereich Sozial).

Im Zeitverlauf hat sich bei den Hospizinsel-Gästen der aggregierte Score der Subskala „Sozial“ etwas verbessert (+ 5 %), die Werte der beiden Subskalen (körperlich – 21 %, Gefühle und Gedanke – 2 %) haben sich eher verschlechtert – mit zunehmender Nähe zum Tod eine erwartbare Tendenz. Mit Blick auf die Vergleichsfälle stellt sich dort ein etwas anderes Bild dar. Auch hier hat sich über alle Fälle hinweg der Score der Subskala „Sozial“ insgesamt verbessert (+ 10 %), während sich der aggregierte Score der Subskala „körperlich“ insgesamt um + 30 % verbessert hat. Das dürfte auf den hohen Anteil an SAPV-Fällen in der Vergleichsgruppe zurückzuführen sein. Lediglich der aggregierte Wert der Subskala „Gefühle und Gedanken“ hat sich etwas verschlechtert (- 4,4 %).

<sup>10</sup> Im Gegensatz zum IPOS (niedrige Werte positiv) weisen höhere Werte beim MQOL auf eine bessere Lebensqualität hin.

Abbildung 41: MQOL-Vergleichsfälle und Hospizinsel-Gäste zu t<sub>1</sub> und t<sub>2</sub>-t<sub>1</sub>

Hospizinselgäste							
t1				t2-t1			
n=8				n=8			
ID	Körperlich	Gefühle und Gedanken	Sozial	ID	Körperlich	Gefühle und Gedanken	Sozial
8	1,3	5,9	8,0	8	▲ 3,3	▲ 0,1	▲ 0,4
9	3,7	5,0	9,0	9	▼ -1,3	▲ 0,9	▲ 0,6
13	3,0	6,4	4,8	13	▼ -0,7	▲ 0,4	▲ 0,2
14	4,0	3,9	6,6	14	■ 0,0	■ 0,0	■ 0,0
18	2,0	3,3	5,4	18	■ 0,0	▼ -0,3	▲ 1,4
19	9,7	6,4	8,0	19	▼ -8,3	▲ 0,9	▲ 1,0
20	6	7,4	7,0	20	▲ 0,7	▼ -0,6	▲ 0,6
29	5,7	7,6	8,0	29	▼ -1,0	▼ -2,4	▼ -1,6
SCORE (MW)	4,4	5,7	7,1	SCORE (MW)	▼ -0,92	▼ -0,12	▲ 0,33

Vergleichsfälle							
t1				t2-t1			
n=10				n=10			
ID	Körperlich	Gefühle und Gedanken	Sozial	ID	Körperlich	Gefühle und Gedanken	Sozial
1	0,0	5,6	4,6	1	▲ 8,0	▲ 2,4	▲ 3,6
2	5,0	6,1	8,6	2	▼ -1,7	▼ -2,0	▼ -1,4
3	2,3	7,0	8,2	3	▼ -0,3	▼ -2,7	▼ -1,4
7	3,0	6,1	7,2	7	▲ 0,7	▼ -0,1	▲ 1,0
13	1,3	2,1	3,6	13	▲ 2,3	▲ 0,6	▲ 0,4
14	5,3	4,9	4,6	14	▼ -1,0	▼ -0,1	▲ 1,2
15	0,7	3,4	1,6	15	▲ 1,0	▼ -1,0	▲ 0,4
17	7,0	7,0	7,2	17	▼ -1,0	■ 0,0	▲ 0,4
19	2,3	5,3	5	19	▼ -0,7	■ 0,0	▲ 0,8
20	3,3	4,6	6,2	20	▲ 1,7	▲ 0,7	▲ 1,0
SCORE (MW)	3,0	5,2	5,7	SCORE (MW)	▲ 0,90	▼ -0,23	▲ 0,60

Quelle: IGES

## 7.5 Einschätzungen zum Versorgungsangebot der Hospizinsel

„Ich habe durchweg von Angehörigen im Anschluss an den Hospizinsel-Aufenthalt positive Rückmeldung, dass die Skepsis ..., die am Anfang vielleicht im Raum stand, durch das Personal und die Individualität, die sie ihren Gästen bieten, wieder wett gemacht wird.“ (IP7 Kooperationspartnerinterview)

### 7.5.1 Zufriedenheit mit der Versorgung – Einschätzungen der Angehörigen

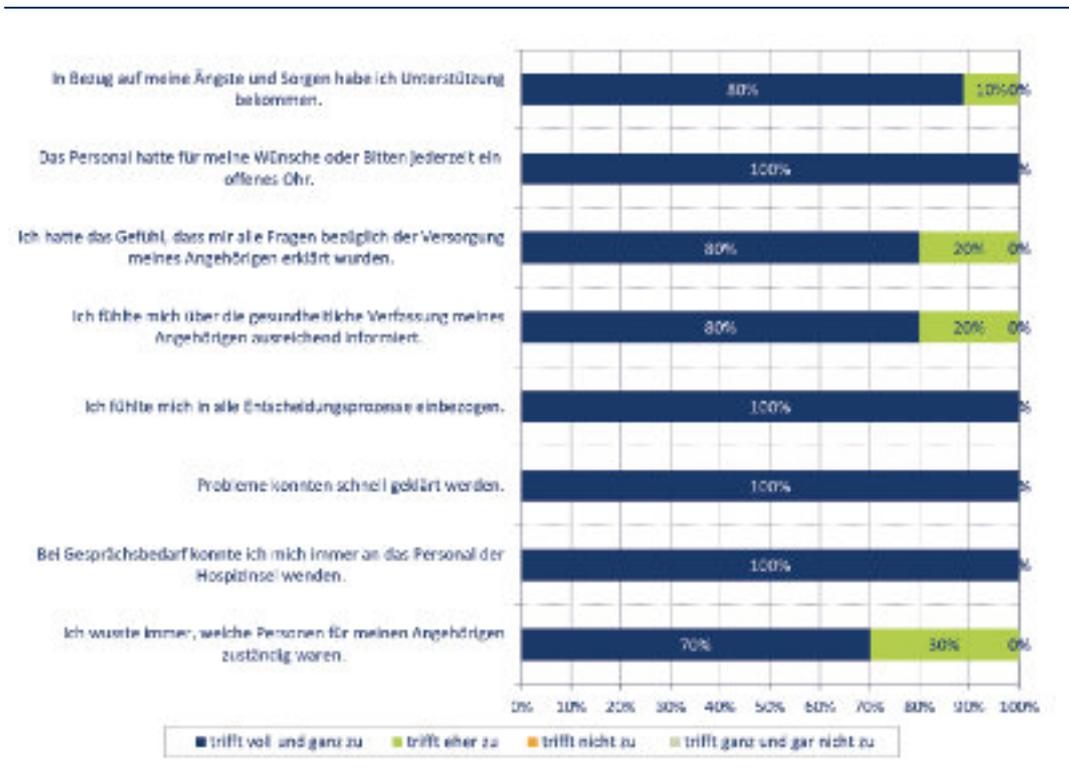
Insgesamt konnten zehn Angehörigenfragebögen aus der Hospizinsel ausgewertet werden. Nach Rücksprache mit den Beschäftigten der Hospizinsel gestaltete sich die Ausgabe der Fragebögen als schwierig, da die Situation am Lebensende für die Angehörigen meist als sehr belastend erlebt wird. Die Vergleichseinrichtungen wurden in der monatlichen Mitteilung zu den Steckbriefen zwar aufgefordert, die Angehörigenfragebögen auszugeben, allerdings scheint dies eine besonders große Herausforderung gewesen zu sein, da kein Angehörigenfragebogen aus einer Vergleichseinrichtung zurückgekommen ist. Zwei Fragebögen wurden im Rahmen der

Plausibilisierung ausgeschlossen, da diese aus einer Vergleichseinrichtung kamen, die keine Vergleichsfälle übermittelt hatte.

Bei allen befragten Angehörigen handelt es sich um Familienangehörige, wobei in 30 % der Fälle die Angehörigen bis zum Umzug in die Hospizinsel im gleichen Haushalt gelebt haben. Alle gaben an, ihre Angehörigen so oft wie sie/er es wollte in der Hospizinsel besuchen zu können, wobei 30 % auch die Möglichkeit genutzt haben, dort zu übernachten.

Die Abbildung 42 zeigt, dass alle befragten Angehörigen sich in der Hospizinsel gehört und wahrgenommen fühlen, was auch durch das folgende Zitat verdeutlicht wird: *„Ausgezeichnetes Konzept der palliativen Pflege. Ganzheitliche Betreuung des Gastes und der Angehörigen. Auf jegliche Wünsche/ Bedürfnisse wurde eingegangen.“* (ID 5).

Abbildung 42: Angehörigenbefragung: Wahrnehmung der Versorgung (n = 10)



Quelle: IGES

Insgesamt zeigt sich bei einem Großteil der Angehörigen eine sehr große Zufriedenheit mit der Betreuung in der Hospizinsel (90 %, n = 9). Eine Person hat angegeben, „eher zufrieden“ zu sein.

*„Da wo uns die Kraft ausging, habt Ihr uns geholfen. Bis zum letzten Tag habt Ihr die Zeit für unseren Onkel wunderschön und unvergesslich gestaltet. Von Anfang an haben wir uns gut betreut und aufgehoben gefühlt.“* (ID 8).

In Bezug auf die Selbstbestimmung am Lebensende hat die Mehrheit der Angehörigen (90 %) angegeben, dass diese ihrer Meinung nach in der Hospizinsel gewahrt war.

Abbildung 43: Angehörigenbefragung: Selbstbestimmung am Lebensende (n = 10)



Quelle: IGES

Eine hohe Zufriedenheit gaben die Angehörigen auch an, als sie aus der Position ihres Angehörigen heraus die Versorgung einschätzen sollten. Bei der Einschätzung, inwieweit das Personal den Wünschen des palliativen Gastes nachgekommen ist, es jederzeit ansprechbar war und sich ausreichend Zeit genommen hat, antworteten alle Befragten in jedem Item mit „trifft voll und ganz zu“.

Die nachfolgende Abbildung zeigt sehr deutlich, dass ein Großteil der Angehörigen anderen Personen in ähnlicher Situation die Hospizinsel empfehlen würde.

Abbildung 44: Angehörigenbefragung: Empfehlung (n = 10)



Quelle: IGES

In einem Fragebogen wurde ein Vergleich zu einem anderen Setting gezogen: *„Deutlich angenehmere und persönlichere Atmosphäre als beim vorangegangenen Klinikaufenthalt.“* (ID5).

Daran anknüpfend deutet die Außenwahrnehmung der Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner ebenfalls darauf hin, dass sich die Angehörigen in diesem Setting wohl fühlen: *„Ich glaube, es ist eine große Entlastung für die Angehörigen, wenn sie wissen, unser Familienmitglied kann in einem Setting wohnen, wo er gut betreut ist [...] als ja Familienmitglieder, die halt dann einfach auch Unsicherheiten in der Palliativversorgung haben, entlastet werden.“* (Kooperationspartnerbefragung IP5).

### 7.5.2 Versorgungsqualität und Arbeitszufriedenheit – Einschätzungen der Beschäftigten

Insgesamt haben an der Beschäftigtenbefragung 18 in der Hospizinsel tätige Personen teilgenommen. Die nachfolgende Tabelle 17 stellt die in der Hospizinsel tätigen Personen mit Blick auf ihre Tätigkeit und Qualifikation dar. Die Mehrheit der Befragten waren Pflegekräfte und Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter. Die meisten Personen sind bereits länger als ein Jahr und hauptsächlich bei der Hospizinsel selbst oder beim Anna Hospizverein angestellt. Die von den Befragten genannten Gründe in der Hospizinsel zu arbeiten, waren neben dem als sehr positiv bezeichnetem Arbeitsklima das gute Konzept und die Möglichkeit *„Zeit zu haben für schwerstkranke Menschen“* (ID 14).

Die Angabe der durchschnittlichen Arbeitszeit pro Woche variiert sehr stark, sowohl bei den professionell als auch bei den ehrenamtlich tätigen Personen. Von den insgesamt fünf ehrenamtlich tätigen Personen konnten vier Angaben zur Arbeitszeit ausgewertet werden und ergaben, dass der Median der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit bei ungefähr 3 Stunden (Max 7 Stunden; Min 2,5 Stunden) liegt. Die Arbeitszeit des professionellen Personals liegt im Median bei 17 Stunden pro Woche (Max 40 Stunden; Min 5 Stunden). Die Mehrheit der Befragten hat mindestens eine Fortbildung mit palliativem Schwerpunkt absolviert, lediglich zwei der befragten Personen haben keine solche Fortbildung.

Tabelle 17: Beschäftigtenbefragung Tätigkeit und Weiterbildung, n = 18

Charakteristika	Gesamtanzahl der Beschäftigten n = 18
<b>Beschäftigung</b>	
Pflegefachkraft	33 %, n = 6
Hospizbegleiter/in	33 %, n = 6
Pflegehilfskraft	17 %, n = 3
Leitungskraft	11 %, n = 2
Sozialpädagogische Fachkraft	6 %, n = 1

Charakteristika	Gesamtanzahl der Beschäftigten n = 18
<b>Tätig in der Hospizinsel seit...</b>	
Weniger als einem Jahr	6 %, n = 1
1 - unter 2 Jahre	28 %, n = 5
2 - unter 3 Jahre	22 %, n = 4
3 - unter 4 Jahre	11 %, n = 2
4 - unter 5 Jahre	11 %, n = 2
5 Jahre	22 %, n = 4
<b>Anstellung</b>	
Hospizinsel	50 %, n = 9
Anna Hospizverein	28 %, n = 5
ambulanten Dienst	11 %, n = 2
Adalbert-Stifter Seniorenwohnen	11 %, n = 2
<b>Weiterbildungen Palliative Care (Mehrfachantwort)</b>	
160-Stunden-Weiterbildung Palliative Care	44 %, n = 8
Grund- und Aufbaukurse für die ehrenamtliche Sterbebegleitung-Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter	39 %; n = 7
Letzte Hilfe Kurse	39 %; n = 7
Sonstiges <sup>1</sup>	28 %; n = 5
Palliative Care Kurs für Psychosoziale Berufsgruppen (120 Unterrichtseinheiten)	6 %; n = 1
Grundweiterbildung Palliative Care/Letzte Hilfe (40 Unterrichtseinheiten)	6 %; n = 1

Quelle: IGES

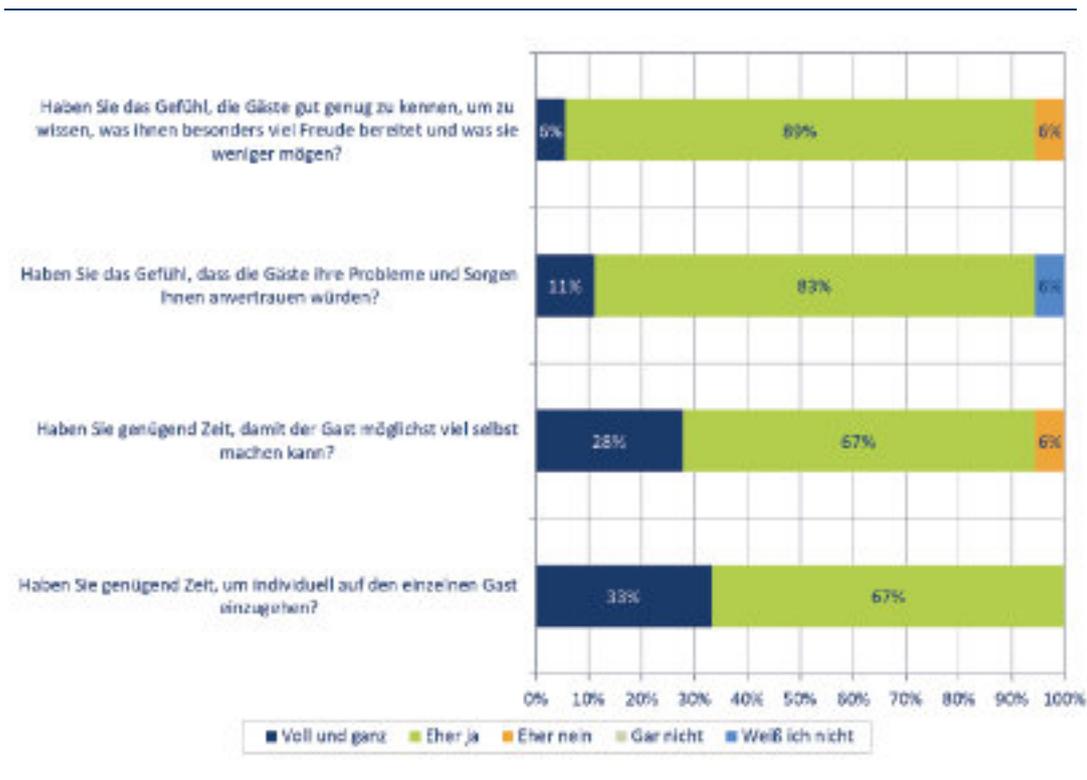
Anmerkung: <sup>1</sup> Trauerbegleitung (n = 2), Betätigung Schmerzpumpen (n = 1); Seminare mit Schwerpunkt palliativem Schwerpunkt (n = 1); Koordination von ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen/-begleitern (n = 1)

### Beziehungen zu Gästen und Angehörigen

In Abbildung 45 und Abbildung 46 sind die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zur Beziehung zum Gast und den Angehörigen dargestellt. Insgesamt zeigt sich, dass die Beschäftigten die Beziehung zu den Gästen und Angehörigen positiv einschätzen. Nahezu alle befragten Mitarbeitenden geben an, dass sie die Gäste in ausreichendem Maße kennen, um ihnen eine Freude bereiten zu können (voll und ganz: 6 %; eher ja: 89 %). Des Weiteren schätzt der Großteil der Befragten ein, dass Gäste sich bei auftretenden Problemen oder Sorgen an sie wenden würden (voll

und ganz: 11 %; eher ja: 83 %). Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten gibt an, dass sie (eher) ausreichend Zeit haben, um den Gästen die Möglichkeit zu geben, eigenständig zu agieren (95 %) sowie individuell auf die Bedürfnisse jedes einzelnen Gastes einzugehen (100 %).

Abbildung 45: Beschäftigtenbefragung: Beziehung zum Gast und Angehörigen I (n = 18)



Quelle: IGES

Fast alle Befragten geben an, die Angehörigen in ausreichendem Maße emotional zu unterstützen (voll und ganz: 22 %; eher ja: 72 %). Die Mehrheit der Beschäftigten integriert die Angehörigen in die Versorgungsplanung (voll und ganz: 33 %; eher ja: 50 %). Weiterhin geben 95 % der Beschäftigten an, ausreichend Zeit für eine angemessene Begleitung und Beratung der Angehörigen zu haben (voll und ganz: 39 %; eher ja: 56 %) und dass sich die Angehörigen bei Fragen an sie wenden könnten (voll und ganz: 78 %; eher ja: 17 %).

Abbildung 46: Beschäftigtenbefragung: Beziehung zum Gast und Angehörigen II (n = 18)



Quelle: IGES

Die Beschäftigtenbefragung zeigt, dass die Mehrheit des Personals sehr häufig (67 %) bzw. häufig (22 %) positives Feedback von den Angehörigen erhält (Abbildung 47).

Abbildung 47: Beschäftigtenbefragung: Feedback von Angehörigen (n = 18)

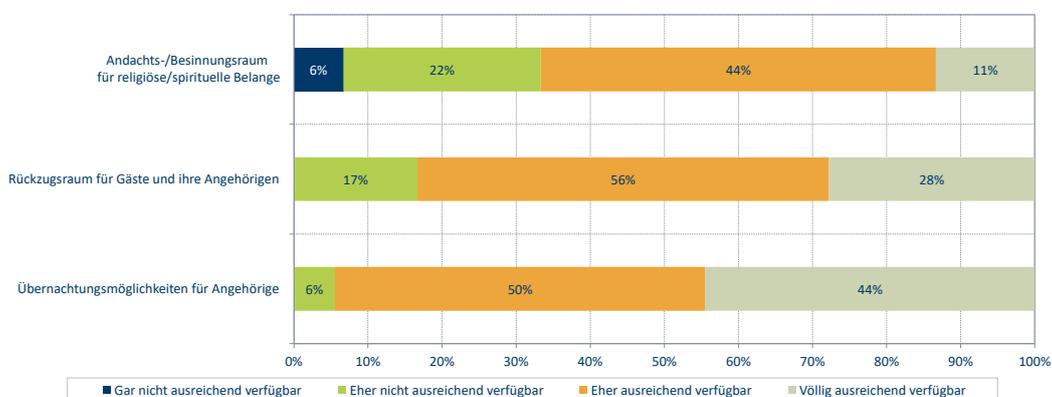


Quelle: IGES

### Ausstattung der Hospizinsel

Die Abbildung 48 legt die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zur Ausstattung der Einrichtung für Gäste und Angehörigen dar. Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige werden mehrheitlich als ausreichend (44 %) bzw. eher ausreichend (50 %) bewertet und erhalten insgesamt die besten Einschätzungen. Im Gegensatz dazu gibt fast ein Drittel der Beschäftigten an, dass Andachts-/Besinnungsräume für religiöse bzw. spirituelle Belange nicht (6 %) bzw. eher nicht (22 %) ausreichend vorhanden sind.

Abbildung 48: Beschäftigtenbefragung: Ausstattungen für Gäste und Angehörige (n = 18)



Quelle: IGES

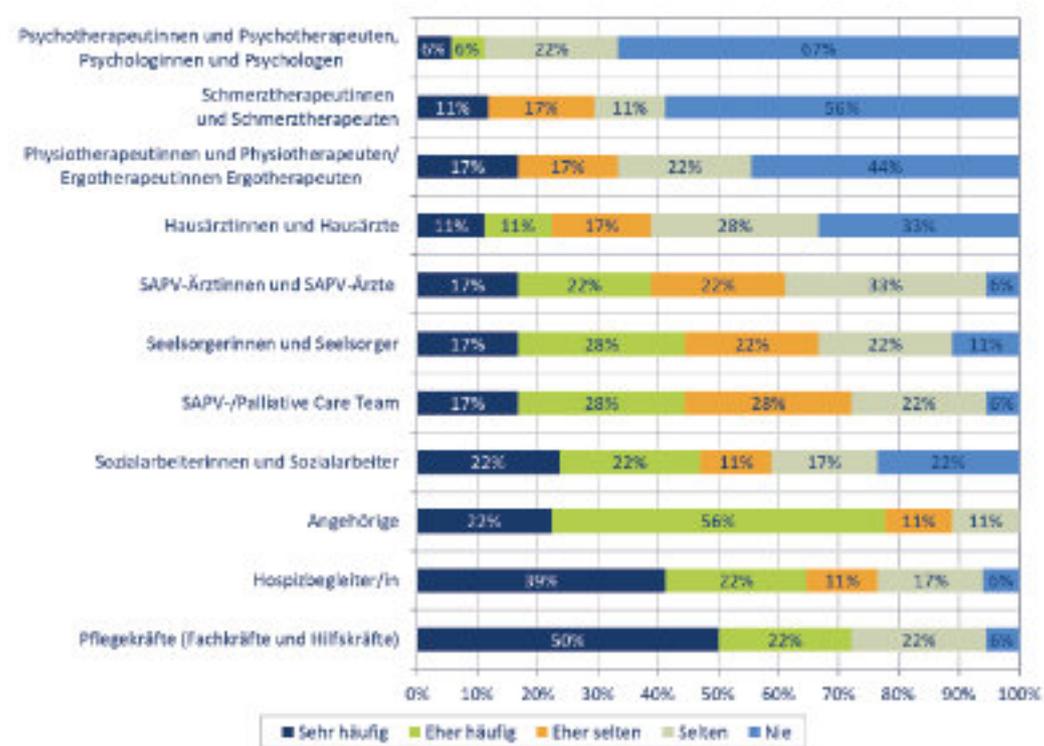
### Interprofessionelle Kooperation

Mit welchen Berufs- bzw. Personengruppen die Beschäftigten der Hospizinsel zusammenarbeiten, ist in Abbildung 49 dargestellt. Folgende Gruppen werden am häufigsten genannt:

- ◆ Pflegekräfte (Fachkräfte und Hilfskräfte) (sehr häufig: 50 %; häufig: 22 %),
- ◆ Hospizbegleiterin/-begleiter (sehr häufig: 39 %; häufig: 22 %) sowie
- ◆ Angehörige (sehr häufig: 22 %; häufig: 56 %).

Seltener erfolgt eine Zusammenarbeit mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen (nie: 67 %; selten: 22 %) oder Schmerztherapeutinnen und -therapeuten (nie: 56 %; selten: 11 %).

Abbildung 49: Beschäftigtenbefragung: Zusammenarbeit - Häufigkeit (n = 18)



Quelle: IGES

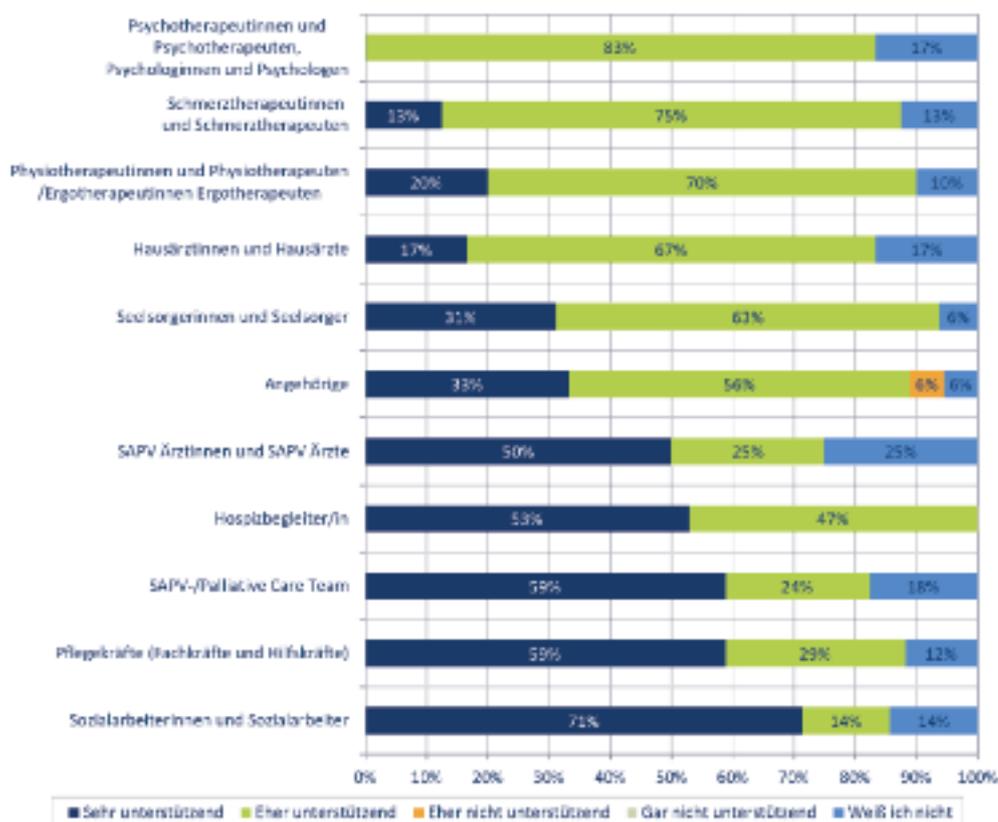
Des Weiteren wurde in der Beschäftigtenbefragung die Bewertung der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufs- bzw. Personengruppen erfasst (siehe Abbildung 50). Besonders positiv wurde die Zusammenarbeit mit folgenden Berufsgruppen bewertet:

- ◆ Sozialarbeiterinnen/-arbeiter (sehr unterstützend: 71%; eher unterstützend: 14 %),

- ◆ Pflegekräfte (Fachkräfte und Hilfskräfte) (sehr unterstützend: 59 %; eher unterstützend: 29 %),
- ◆ SAPV-/Palliativ Care Team (sehr unterstützend: 59 %; eher unterstützend: 24 %) sowie
- ◆ Hospizbegleiterinnen/-begleiter (sehr unterstützend: 53 %; eher unterstützend: 47 %).

Unbedingt zu berücksichtigen ist die Tatsache, dass vor allem die Personengruppen, welche häufig vor Ort sind, eher unterstützend eingeschätzt werden. Personengruppen die weniger vor Ort sind, werden dementsprechend auch als weniger unterstützend wahrgenommen.

Abbildung 50: Beschäftigtenbefragung: Zusammenarbeit - Unterstützung



Quelle: IGES

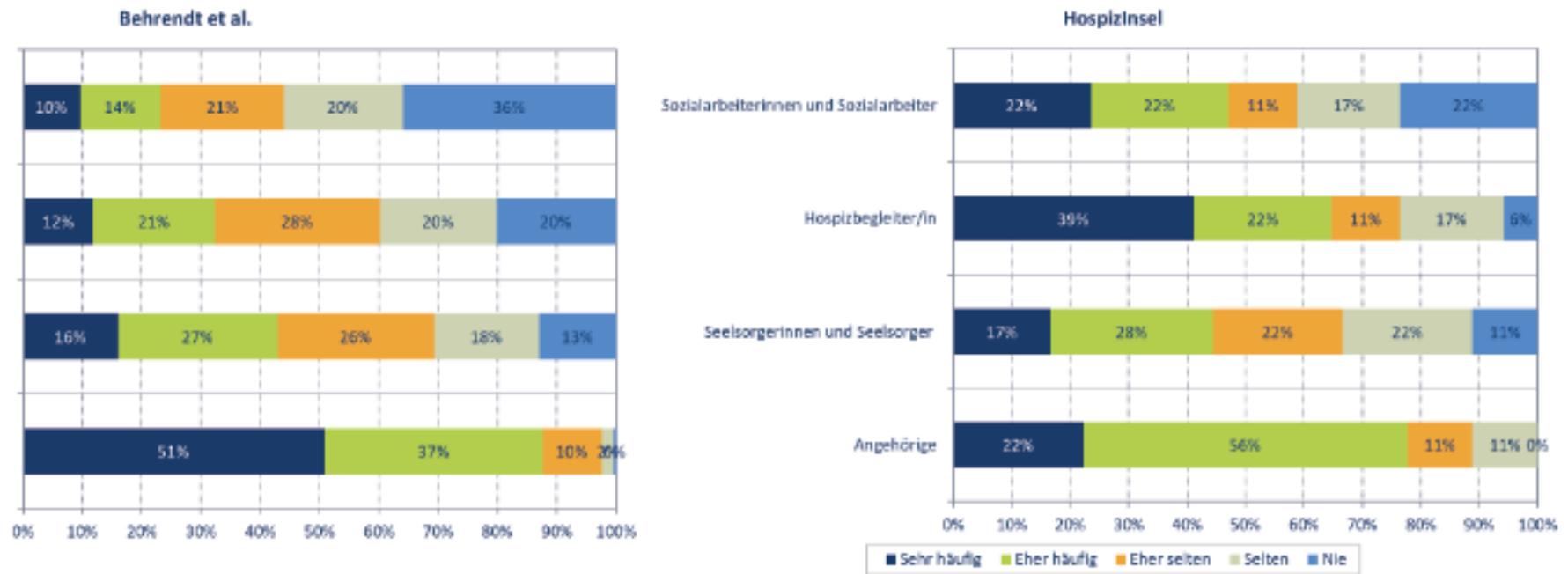
Anmerkung: In Anlehnung an (Behrendt et al., 2022) wurde die Frage nach der Bewertung der Zusammenarbeit mit der jeweiligen Berufsgruppe ausschließlich den Befragten gestellt, die auch in der Gruppe nach eigener Aussage zusammenarbeiten. Personen, die „nie“ (bei Häufigkeit der Zusammenarbeit vgl. Abbildung 49) angegeben haben, wurden in der Frage nicht bewertet. Somit variiert die Anzahl der Befragten bei der Bewertung der Zusammenarbeit.

In den nachfolgenden Abbildungen werden die Häufigkeiten des Kontaktes der einzelnen Berufs-/Personengruppe der Hospizinsel mit den Daten von (Behrendt et al., 2022) verglichen. Betrachtet wird zum einen die Häufigkeit des Kontaktes zu anderen Berufsgruppen sowie die empfundene Unterstützung. In der Untersuchung von Behrendt et al. wurden 552 Pflegende in Pflegeheimen in Deutschland befragt. Verglichen werden in den nachfolgende Abbildung 51 - Abbildung 53 die Häufigkeiten der Zusammenarbeit. Die anschließende Frage nach der Bewertung der Zusammenarbeit mit der jeweiligen Berufs-/Personengruppe (Abbildung 54 - Abbildung 56) wurde, wie auch in der Untersuchung von Behrendt und Kollegen, ausschließlich jenen Befragten gestellt, die auch mit dieser Gruppe nach eigener Aussage zusammenarbeiteten. Haben Pflegende „nie“ angegeben, konnten die (nicht stattfindende) Zusammenarbeit folglich nicht bewertet werden. Daher variiert die Gesamtanzahl der Befragten je Berufs-/Personengruppe bei der Bewertung der Zusammenarbeit.

Es zeigt sich (Abbildung 51 bis Abbildung 53), dass der Kontakt von Therapeutinnen und Therapeuten (Physio-, Ergo-, Psychotherapie), Hausärztinnen und Hausärzten und dem SAPV-Team in der Studie von Behrendt et al. im Vergleich zu den Beschäftigten in der Hospizinsel häufiger angegeben wurde. Hier sind die unterschiedlichen Zielgruppen (Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner und Personen im Sterbeprozess) ebenso zu berücksichtigen wie die Tatsache, dass ein Pflegeheim deutlich mehr Plätze hat als die Hospizinsel – da haben Pflegekräfte z. B. häufiger Kontakt zu Hausärzten. Das bedeutet allerdings nicht, dass je Bewohner häufiger ein Arztbesuch erfolgt.

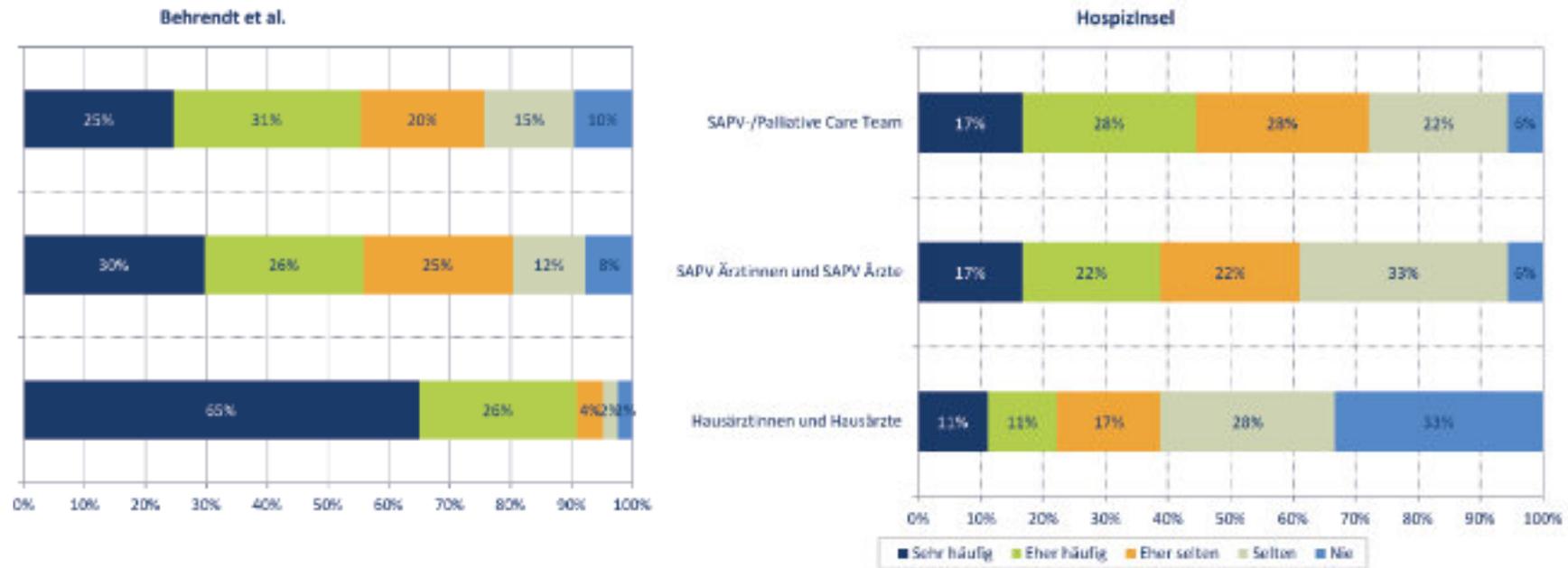
Der sehr häufige Kontakt zu Angehörigen wird bei Behrendt et al. (51 %) ebenfalls höher als in der Hospizinsel (22 %) eingeschätzt (es sind allerdings auch bei 50 % der Gäste der Hospizinsel keine Angehörigen anwesend). Bei ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern (sehr häufig und eher häufig: Hospizinsel 44 %; Behrendt et al. 33 %) sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern (sehr häufig und eher häufig: Hospizinsel 44 %; Behrendt et al. 24 %) in der Hospizinsel gab es in der Hospizinsel deutlich häufigeren Kontakt

Abbildung 51: Beschäftigtenbefragung Gruppe 1: Zusammenarbeit – Häufigkeit im Vergleich



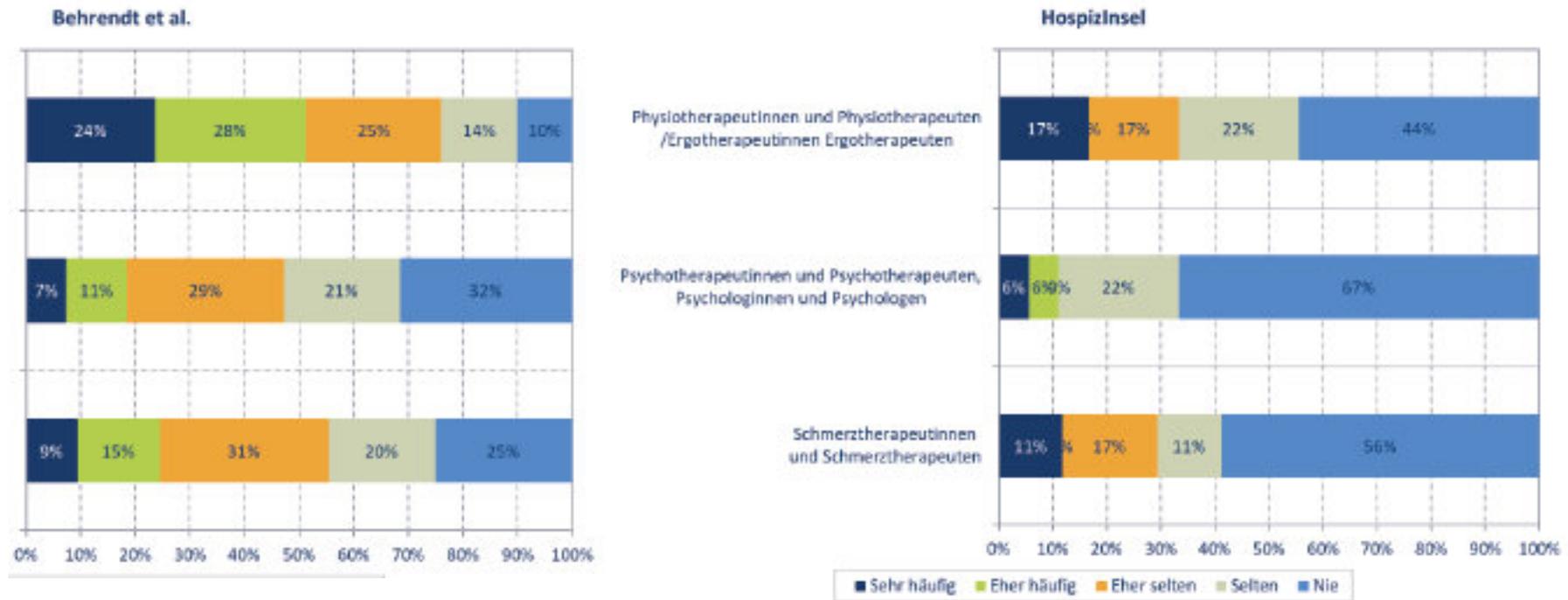
Quelle: IGES  
 Anmerkung: Vergleich mit Daten aus (Behrendt et al., 2022, S. 17)

Abbildung 52: Beschäftigtenbefragung Gruppe 2: Zusammenarbeit – Häufigkeit im Vergleich



Quelle: IGES  
 Anmerkung: Vergleich mit Daten aus (Behrendt et al., 2022, S. 17)

Abbildung 53: Beschäftigtenbefragung Gruppe 3: Zusammenarbeit – Häufigkeit im Vergleich

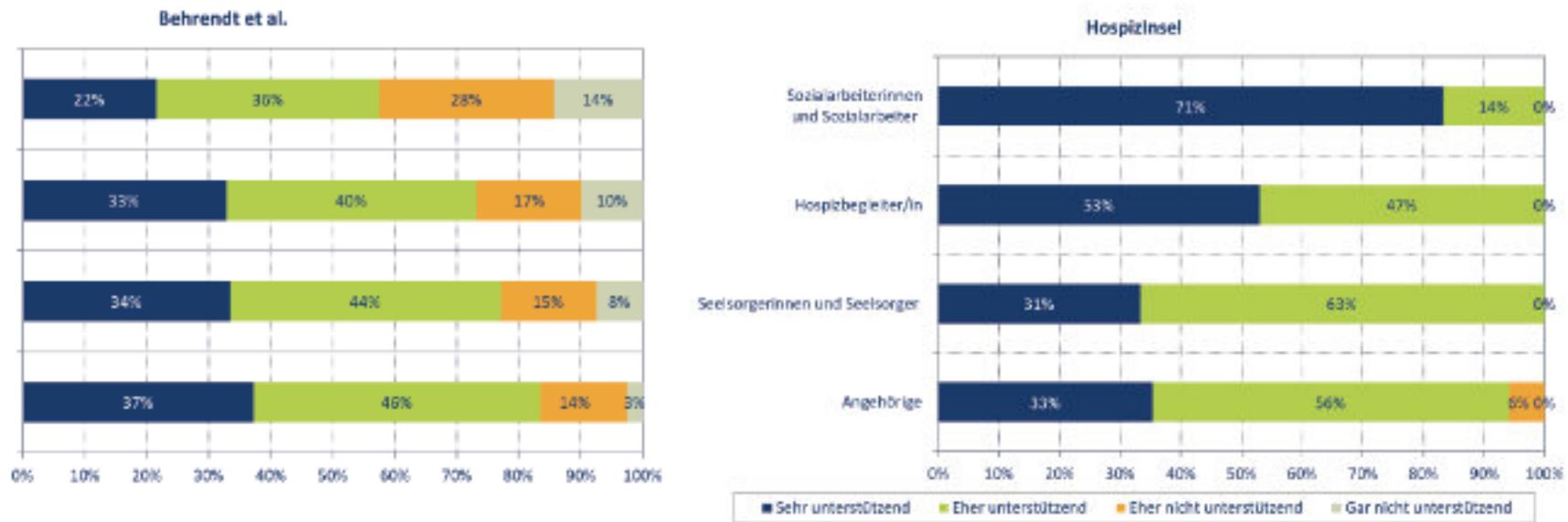


Quelle: IGES  
 Anmerkung: Vergleich mit Daten aus (Behrendt et al., 2022, S. 17)

In den nachfolgenden Abbildungen (Abbildung 54 bis Abbildung 56) ist dargestellt, inwieweit die Pflegenden der Hospizinsel im Vergleich zu den Ergebnissen aus der Untersuchung von Behrendt et al. die Zusammenarbeit mit den anderen Berufs- und Personengruppen als Unterstützung empfinden. Insgesamt zeigt sich, dass die Beschäftigten in der Hospizinsel im Vergleich zu den Ergebnissen aus der Befragung von Behrendt und Kollegen deutlich „unterstützender“ einschätzen. Lediglich in der Berufsgruppe der SAPV-Ärzte wird die Zusammenarbeit zu 20 % als nicht unterstützend empfunden (vgl. Behrendt et al. 4 %). Bei den Angehörigen geben 6 % der Befragten die Zusammenarbeit als „eher nicht unterstützend“ an (vgl. Behrendt et al. 14%).

---

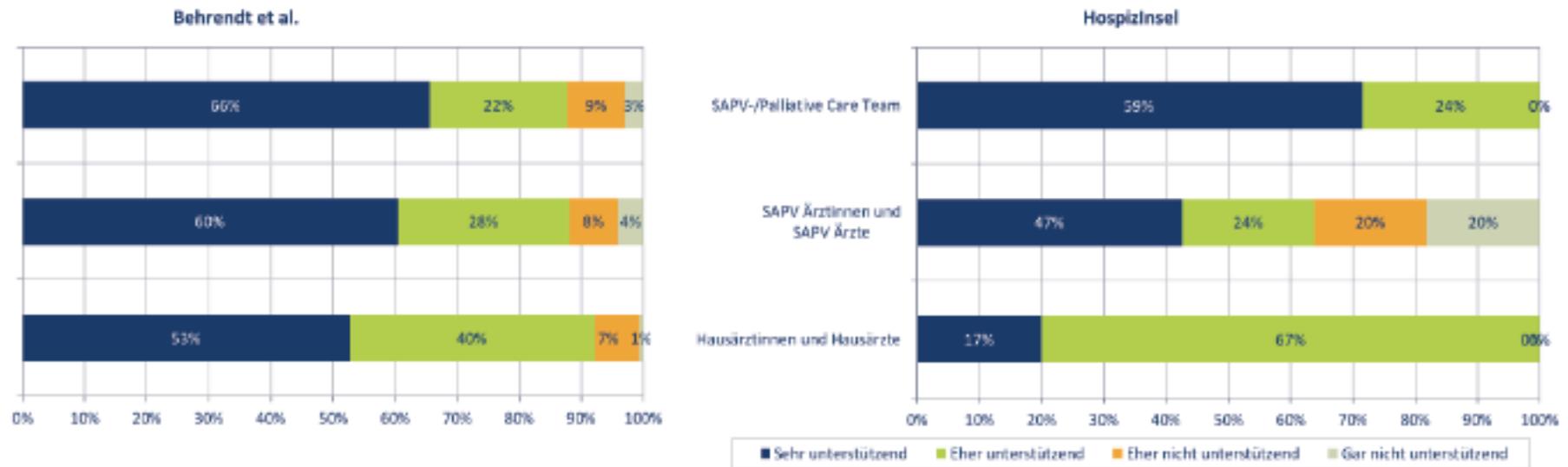
Abbildung 54: Beschäftigtenbefragung Gruppe 1: Zusammenarbeit –Unterstützung im Vergleich



Quelle: IGES

Anmerkung: Vergleich mit Daten aus s (Behrendt et al., 2022, S. 17); für die bessere Vergleich- und Lesbarkeit wurde auf die Darstellung der Kategorie weiß ich nicht verzichtet

Abbildung 55: Beschäftigtenbefragung Gruppe 2: Zusammenarbeit –Unterstützung im Vergleich



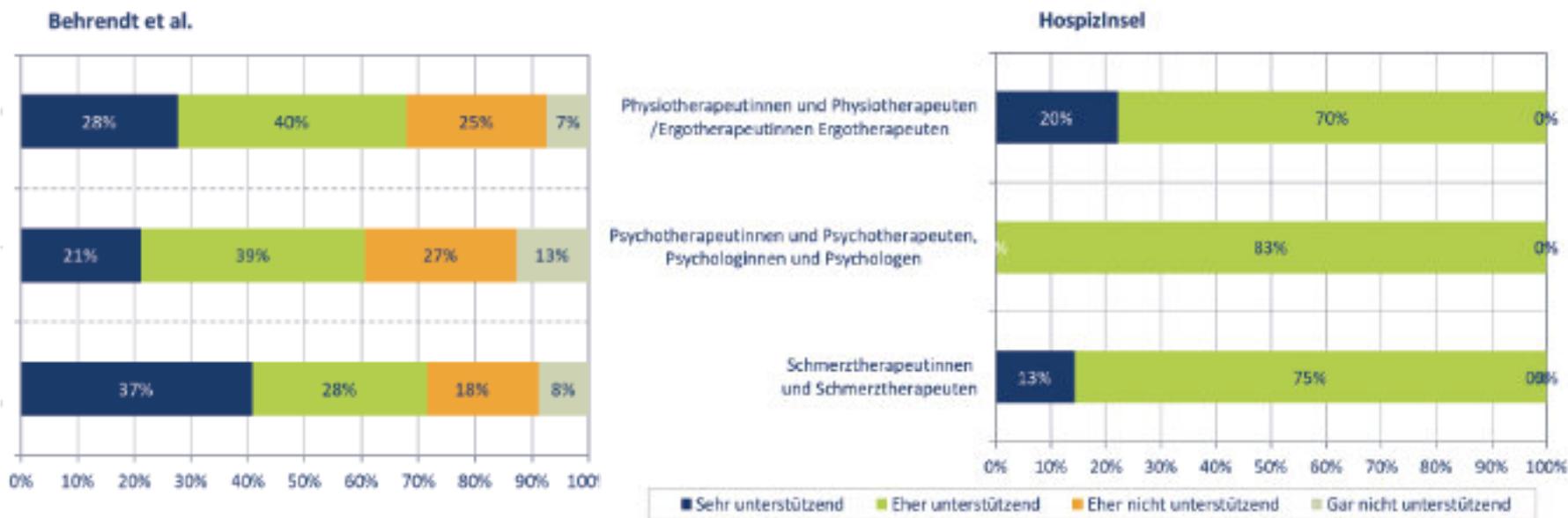
Quelle:

IGES

Anmerkung:

Vergleich mit Daten aus s (Behrendt et al., 2022, S. 17); für die bessere Vergleich- und Lesbarkeit wurde auf die Darstellung der Kategorie weiß ich nicht verzichtet

Abbildung 56: Beschäftigtenbefragung Gruppe 3: Zusammenarbeit –Unterstützung im Vergleich



Quelle:

IGES

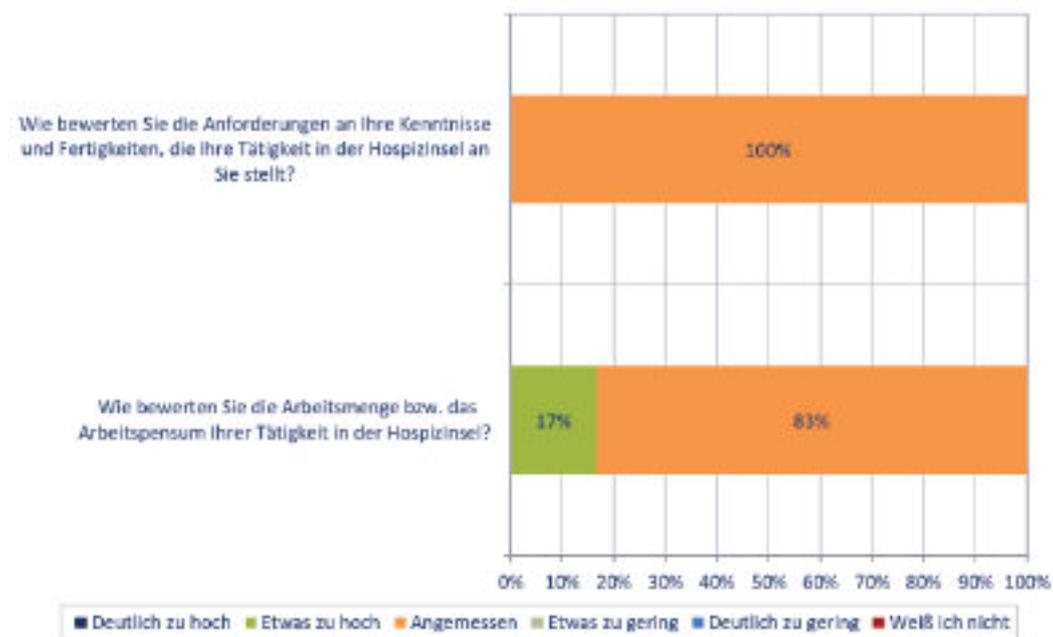
Anmerkung:

Vergleich mit Daten aus s (Behrendt et al., 2022, S. 17); für die bessere Vergleich- und Lesbarkeit wurde auf die Darstellung der Kategorie weiß ich nicht verzichtet

### Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit

Die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zu Anforderungen und zur Arbeitsmenge sind der Abbildung 57 zu entnehmen. Insgesamt zeigt sich, dass alle Befragten die gestellten Arbeitsanforderungen als angemessen bewerten. Entsprechend wird die Arbeitsmenge von der überwiegenden Mehrheit der Beschäftigten (83 %) als angemessen wahrgenommen, wobei 17 % angaben, dass sie diese als etwas zu hoch empfinden. Darüber hinaus wurde die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten erfasst. Bei allen Beschäftigten liegt eine sehr hohe (50 %) bzw. hohe (50 %) Arbeitszufriedenheit vor.

Abbildung 57: Beschäftigtenbefragung: Anforderung und Arbeitspensum (n = 18)



Quelle: IGES

Darüber hinaus wurde in der Beschäftigtenbefragung die Zufriedenheit der Beschäftigten zu verschiedenen arbeitsbezogenen Merkmalen erfasst. Wie aus der Abbildung 58 hervorgeht, werden insbesondere folgende arbeitsbezogenen Merkmale positiv bewertet:

- ◆ Art und Inhalt der Tätigkeit (sehr zufrieden: 39 %; zufrieden: 56 %) sowie
- ◆ Möglichkeiten, eigene Fähigkeiten anzuwenden (sehr zufrieden: 28 %; zufrieden: 72 %).

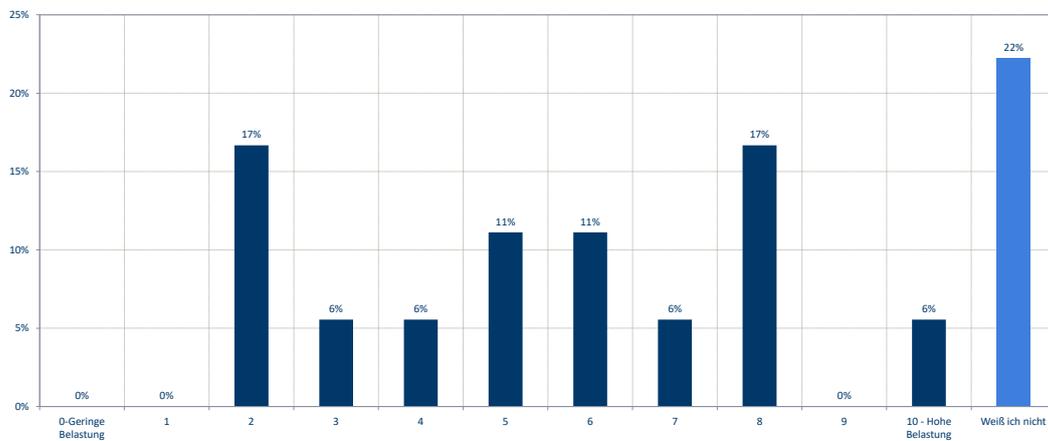
Abbildung 58: Beschäftigtenbefragung: Zufriedenheit (n = 18)



Quelle: IGES

Zusätzlich zu arbeitsbezogenen Merkmalen wurde die allgemeine Arbeitsbelastung der Beschäftigten erhoben (siehe Abbildung 59). Etwa die Hälfte der Befragten (51 %) bewertet die Arbeitsbelastung als mittel bis hoch (5 - 10 Skalenpunkte), während bei 29 % eine eher niedrige Arbeitsbelastung (< 5) vorliegt. Die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung von Behrendt et al. (2022) zur allgemeinen Arbeitsbelastung (n = 552) dienen als Referenzwerte und sind in Abbildung 60 dargestellt. Im Gegensatz zu den vorliegenden Ergebnissen schätzen dort nur 3,4 % der befragten Pflegenden ihre Arbeitsbelastung als gering ein, während 95 % eine mittlere bis hohe Arbeitsbelastung angeben.

Abbildung 59: Beschäftigtenbefragung: Allgemeine Arbeitsbelastung (n = 18)



Quelle: IGES

Abbildung 60: Allgemeine Arbeitsbelastung der befragten Pflegenden aus Behrendt et al.



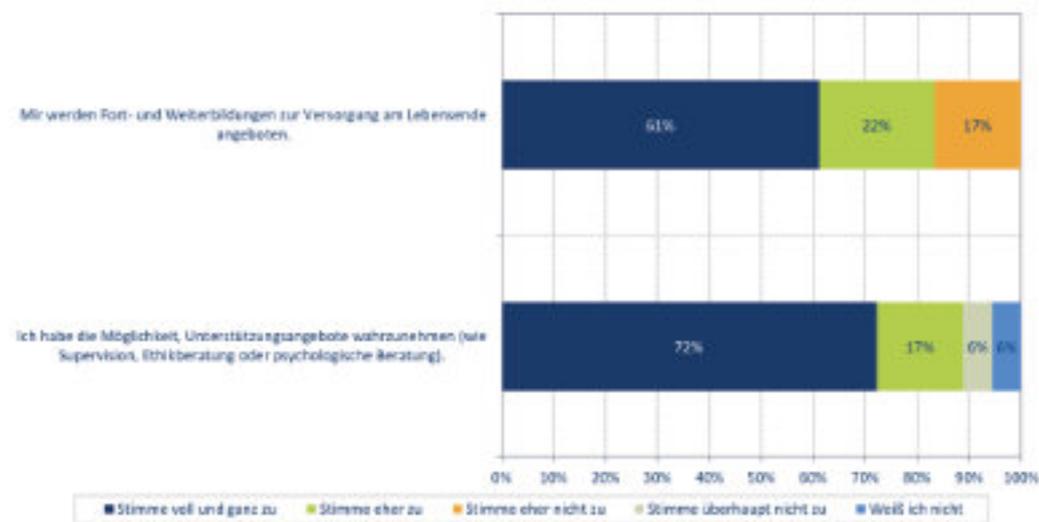
Quelle: (Behrendt et al., 2022)

### Fort- und Weiterbildung

In Abbildung 61 und Abbildung 62 sind die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zu Fort- und Weiterbildung veranschaulicht. Die Mehrheit der Beschäftigten gibt an, dass Fort- und Weiterbildungen zur Versorgung am Lebensende angeboten werden (stimme voll und ganz zu: 61 %; stimme eher zu: 22 %). Allerdings gibt rund ein Viertel der Beschäftigten an, dass sie nicht (17 %) bzw. eher nicht (6 %) von der

Arbeit freigestellt werden, um an diesen Fortbildungsangeboten teilzunehmen.<sup>11</sup> Insgesamt nehmen etwa drei Viertel der Befragten mindestens einmal im Jahr an Fort- oder Weiterbildungen zur Versorgung am Lebensende teil (stimme voll und ganz zu: 50 %; stimme eher zu: 22 %). Darüber hinaus stimmen alle Befragten (eher) zu, auch andere Formate wie Teamsitzungen und Gespräche unter Kolleginnen und Kollegen als Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch und Lernen zu nutzen.

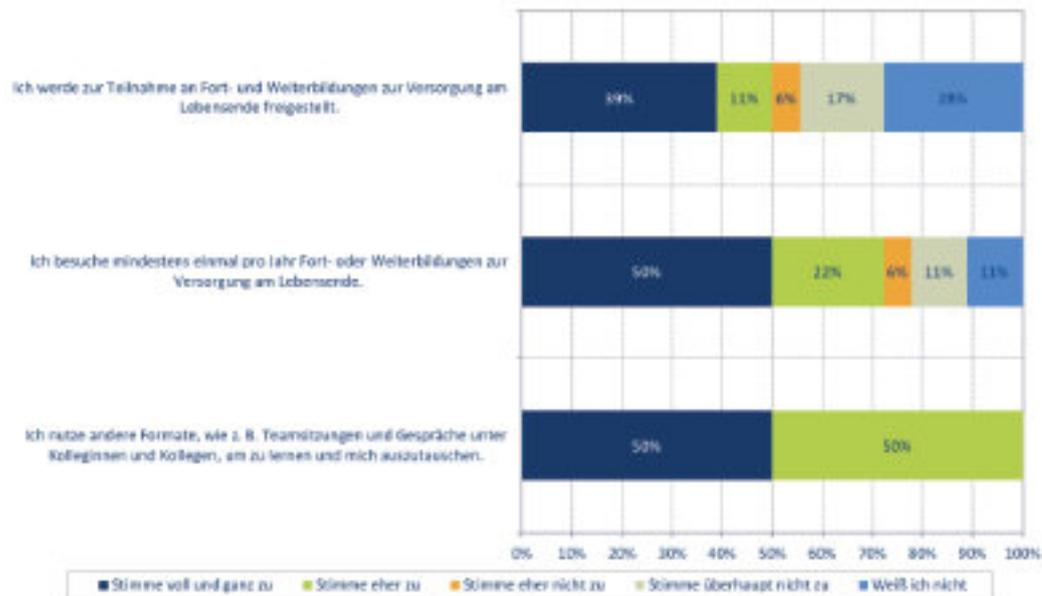
Abbildung 61: Beschäftigtenbefragung: Angebot/Möglichkeiten Fort- und Weiterbildung (n = 18)



Quelle: IGES

<sup>11</sup> Nach Angaben der Geschäftsführung der Hospizinsel finden alle internen Fortbildungsangebote während der Arbeitszeit statt. Bei externen Fortbildungen wird die Fortbildungszeit in Höhe des Teilzeitfaktors angerechnet.

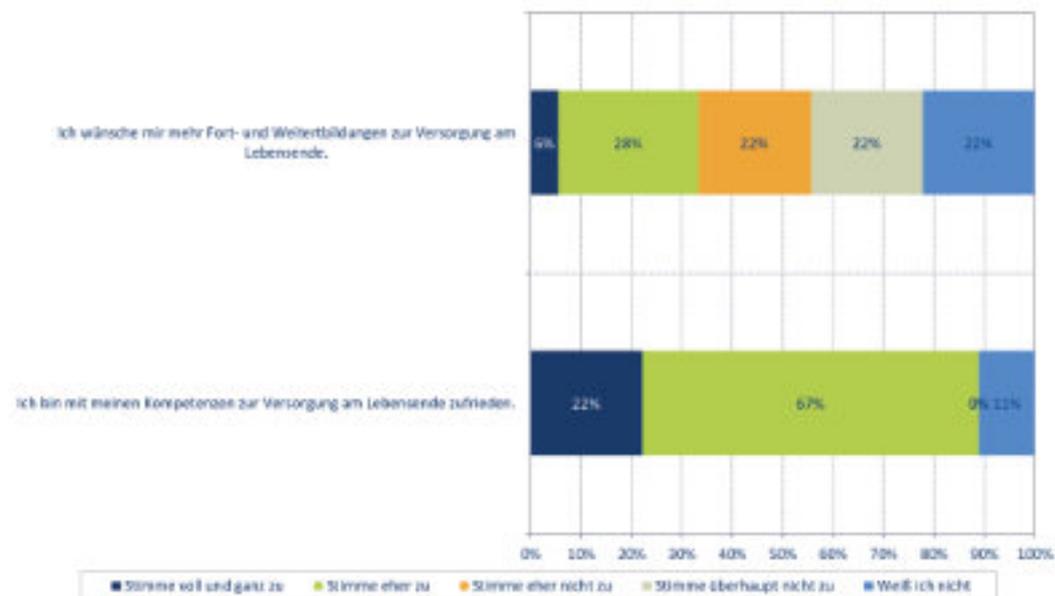
Abbildung 62: Beschäftigtenbefragung: Umsetzung Fort- und Weiterbildung (n = 18)



Quelle: IGES

In der folgenden Abbildung 63 sind Wünsche der Beschäftigten sowie eine Einschätzung der Kompetenzen zur Versorgung am Lebensende dargestellt. Die große Mehrzahl der Befragten ist mit den eigenen Kompetenzen zur Versorgung am Lebensende zufrieden (stimme voll und ganz zu: 22 %; stimme eher zu: 67%). Dennoch wünscht sich etwa ein Drittel der Beschäftigten mehr Fort- und Weiterbildungen in diesem Bereich (stimme voll und ganz zu: 6 %; stimme eher zu: 28 %).

Abbildung 63: Beschäftigtenbefragung: Kompetenzen und Wünsche (n = 18)



Quelle: IGES

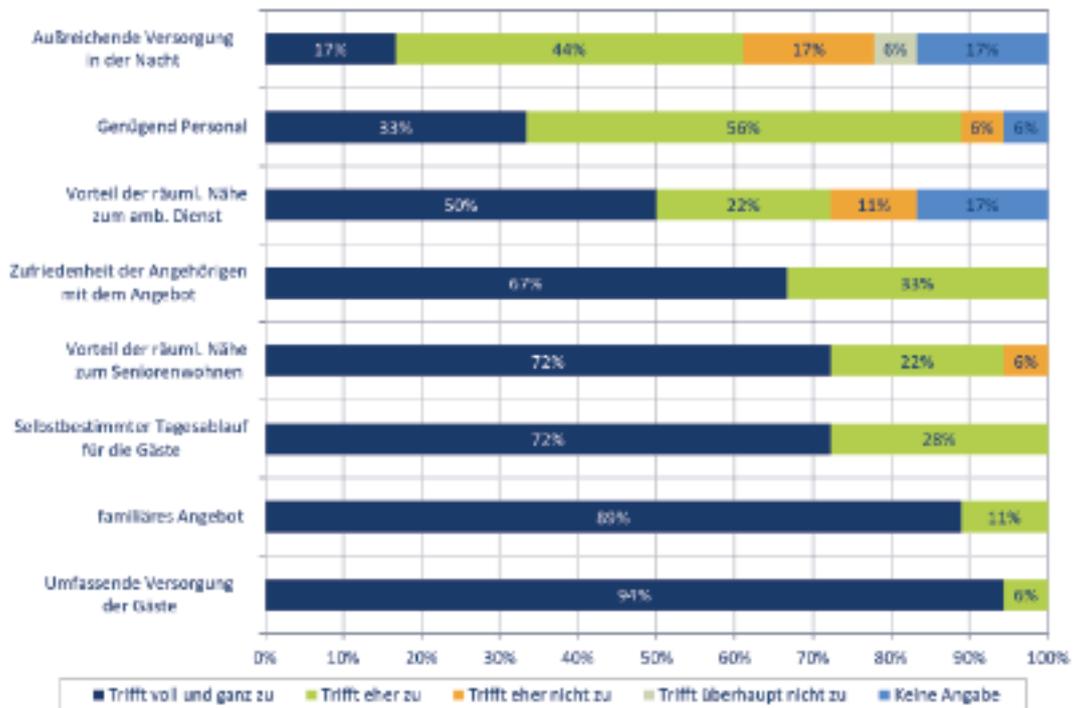
### Einschätzung der Versorgungsqualität

Die große Mehrheit der Befragten empfindet die Versorgungsqualität in der Hospizinsel als sehr gut. 94 % der Beschäftigten stimmen der Aussage: „Die Hospizinsel bietet den Personen in der Sterbephase eine hohe Versorgungsqualität.“ voll und ganz zu. Wie aus der Abbildung 64 hervorgeht, erhielten folgende Aspekte der Versorgungsqualität besonders hohe Zustimmungsraten:

- ◆ Umfassende Versorgung der Gäste (trifft voll und ganz zu: 94%; trifft eher zu: 6 %),
- ◆ Familiäres Angebot (trifft voll und ganz zu: 89 %; trifft eher zu: 11 %) sowie
- ◆ Selbstbestimmter Tagesablauf für die Gäste (trifft voll und ganz zu: 72 %; trifft eher zu: 28 %).

Weniger Zustimmung wird hinsichtlich der Versorgung in der Nacht geäußert.

Abbildung 64: Beschäftigtenbefragung: Versorgungsqualität (n = 18)



Quelle: IGES

### Einschätzung des Charakters der Hospizinsel

Zur Bewertung des Charakters der Hospizinsel im Spektrum zwischen privatem und institutionellem Wohnen wurden in der Beschäftigtenbefragung zwei validierte Skalen eingesetzt. Abbildung 65 zeigt die Ergebnisse zu den neun Einzelitems sowie dem aggregierten Scorewert der Subskala „Resident Care“ (Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner) (Sturdevant et al., 2018), Abbildung 66 die Ergebnisse zu den fünf Items und dem Score der (gegenüber dem Original verkürzten) Subskala „Nursing Home Environment“ (Pflegeheimumfeld) (Sturdevant et al., 2018). In beiden Subskalen ergaben die Einschätzungen der Beschäftigten ein Scorewert von (deutlich) über 3,0 von 4,0 möglichen Skalenpunkten (3,86 Punkte bei der Resident Care-Subskala und 3,13 Punkte beim Pflegeheimumfeld). Ein höherer Wert deutet darauf hin, dass der Einrichtungscharakter in stärkerem Maße einer häuslich-familiären und weniger einer institutionellen Situation entspricht.

Abbildung 65: Beschäftigtenbefragung: Subskala „Resident Care“ (Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner)



Quelle: IGES

Abbildung 66: Beschäftigtenbefragung: „Nursing Home Environment“ (Pflegeheimumfeld)



Quelle: IGES

Klie et al. (2017) haben im Rahmen ihrer bundesweiten Studie zu ambulant betreuten Wohngruppen (abWG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zur Bewertung der Umsetzung des Merkmals der geteilten Verantwortung in abWG das Konzept der Hybridität von Evers & Ewert (2010) aufgegriffen. „Hybridität wird hier definiert als Zusammenwirken von Institutionen, Professionen und Personen, deren Arbeits- und Handlungsweisen an unterschiedlichen Funktionslogiken orientiert sind.“ (Klie et al., 2017, S. 18)

Geteilte Verantwortung zeigt sich demnach in einer nicht oder nur wenig hierarchisierten Organisationsstruktur. Nicht Top-Down-Entscheidungen – wie klassischerweise in stationären Einrichtungen – und auch nicht die Definitionsmacht von Professionen wie die der Pflege bestimmen das WG-Geschehen, sondern Aushandlungsprozesse.

In den folgenden sechs Merkmalsdimensionen wurde geprüft, wie viele unterschiedliche Institutionen, Professionen und Personen jeweils beteiligt sind:

- ◆ bei der Initiative zur Gründung der WG
- ◆ bei der Beteiligung an Entscheidungen über Einzüge in die WG
- ◆ bei der Beteiligung an Pflege und Alltagsbegleitung
- ◆ bei den beteiligten Investoren und Eigentümern
- ◆ bei den beteiligten Pflegediensten und Anstellungsträgern für Präsenzkräfte
- ◆ bei der heimrechtlichen Anzeige der Wohngemeinschaften durch die Auftraggeber-Gemeinschaft

Je mehr Beteiligte unterschiedlicher Akteursgruppen (informeller, bürgerschaftlicher und institutioneller Sektor) die Wohngemeinschaft in bestimmten Merkmalsdimensionen aufweist, desto hybrider ist die Organisation. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine auf Qualität bzw. Fragilität der Wohngemeinschaft wirksame Hybridität erst dann gegeben ist, wenn Hybridität in mindestens zwei Merkmalen vorliegt (Klie et al., 2017, S. 114).

Nachfolgend werden die Ergebnisse des Strukturfragebogens, für die Hospizinsel vorgestellt. Der in Anlehnung an das Vorgehen von (Klie et al., 2017) entwickelte Fragebogen findet sich im Anhang A10.

Die Idee zur **Gründung der Wohngemeinschaft** ging sowohl vom Pflegeheim als auch vom Anna Hospizverein e. V. aus. Der Anlass der Gründung war ein Mangel an Pflege- oder Betreuungsplätzen vor Ort und auch der Wunsch potentieller Nutzerinnen und Nutzer, die bereits teilweise vom Hospizverein bzw. der SAPV am Inn GmbH betreut wurden, nach wohnortnaher Pflege am Lebensende.

Die größte Bedeutung für die WG haben die Kriterien „Fachlichkeit in Pflege und Hauswirtschaft“ und die Versorgung der Palliativpatienten, für die eine andere Unterbringung nicht mehr möglich oder kein Hospizplatz verfügbar ist und die nicht mehr in eine Klinik möchten. An zweiter Stelle steht die wohnortnahe Versorgung

---

für die Bürgerinnen und Bürger gefolgt von einer selbstbestimmten Lebensführung der Bewohnerinnen und Bewohner. Der Gemeinschaftsbezug der Bewohner und Bewohnerinnen steht an vierter Stelle, danach folgt die Kooperation mit Ärzten und Ärztinnen. Als am wenigsten bedeutsam wurde die Kooperation im Gemeinwesen, beispielsweise mit Kitas oder Kirchen, eingestuft – angesichts der Zielgruppe ist das nachvollziehbar.

Gefragt nach Problemen oder Herausforderungen seit Gründung der WG wurde unter den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten lediglich "genügend Bewohner und Bewohnerinnen zu finden" als ein wenig oder zweitweise problematisch genannt. Folgende weitere, angegebene Herausforderungen waren seit der Gründung der Hospizinsel nicht problematisch:

- ◆ Probleme mit der Kommune
- ◆ Probleme mit Nachbarn und Nachbarinnen
- ◆ Geeigneten und bezahlbaren Wohnraum finden
- ◆ Probleme mit Pflegeanbietern
- ◆ Probleme mit Aufsichtsbehörden

Zur **Qualitätssicherung** in der WG werden durch die dort Tätigen Instrumente wie externe und ggf. ehrenamtliche Moderation bei Konflikten eingesetzt. Außerdem findet Qualitätssicherung durch die Pflegedienstleitung des ambulanten Diensts und externe QM-Beauftragte des Anna Hospizvereins (PDL der SAPV) statt. Auch wird die Qualitätssicherung durch Qualitätsstandards des ambulanten Pflegedienstes, MD-Überprüfung und Supervision der Mitarbeitenden gesichert.

Gefahren durch freiheitsentziehende Maßnahmen stellen derzeit und in der näheren Zukunft kein Risiko für den Betrieb der WG dar.

Dagegen könnten finanzielle Instabilität sowie Mitarbeiterüberlastung derzeit und in der näheren Zukunft höchstwahrscheinlich auftreten.

Folgende Risiken haben derzeit und in der näheren Zukunft eine niedrige Wahrscheinlichkeit des Auftretens:

- ◆ Belegungsausfälle
- ◆ Defizite in der Pflegequalität
- ◆ Probleme bei der Stellenbesetzung
- ◆ Konflikte zwischen den beruflich Tätigen und Ehrenamtlichen bzw. Angehörigen
- ◆ Gefahren durch Sturz oder Verlaufen

Defizite in der Teilhabe der Bewohner und Bewohnerinnen stellen abhängig von den Bewohnern und Bewohnerinnen vermutlich eine niedrige Schadenshöhe dar.

---

Besprechungen der ehrenamtlich Tätigen finden ca. ein – bis viermal pro Jahr statt. Gemeinsame Besprechung von beruflich Tätigen (Pflege, Alltagsbegleitung) und Angehörigen/Bewohnern oder Ehrenamtlichen finden etwa monatlich statt. Besprechungen der Pflegekräfte finden häufiger als monatlich statt. Gemeinsame regelmäßige oder anlassbezogene Fallbesprechungen in Bezug auf eine/n bestimmte/n Bewohner/in, an denen sich die beruflich Tätigen mit den nicht beruflich Tätigen austauschen finden mehrmals pro Woche statt.

Über folgende Qualifikationen verfügen die Personen, die beruflich in der WG tätig sind:

- ◆ Pflegefachkraft
- ◆ Pflegehilfskraft
- ◆ Sozialarbeiter/in
- ◆ Weiterbildung für eine Leitungsfunktion in der Pflege
- ◆ Weiterbildung Palliative Care
- ◆ Seelsorge
- ◆ Ehrenamtliche Hospizbegleitung

Die **baulichen Gegebenheiten** wurden wie folgt dargelegt: Beim Zugang zur Wohngruppe sind mehr als drei Stufen zu bewältigen. Zur Überwindung der Stufen gibt es einen Fahrstuhl. Die Wohngruppe verfügt über ein Badezimmer, ein WC und mindestens eine bodengleiche Dusche. Die Türen zu WC, Badezimmer und Bewohnerzimmern sind breit genug für Rollstühle.

Die **Investition** in den Umbau der Wohnung haben der Verein Heimwerk e. V. und der Anna Hospizverein e. V. gemeinsam getätigt – bei sind gemeinschaftlich Träger der Hospizinsel. Eigentümer der Wohnung, in der sich die WG befindet, ist der Heimwerk e. V.

Die **Pflegeleistungen** nach SGB V und SGB XI übernehmen ein ambulanter Pflegedienst und der Anna Hospizverein (beide gemeinnützig). Leistungen der **Alltagsbegleitung/Assistenz** werden von unterschiedlichen Akteuren erbracht. Der Anna Hospizverein hat dafür u. a. die Sozialpädagogin angestellt und übernimmt die Koordination der ehrenamtlichen Hospizbegleiter, die das bürgerschaftliche Engagement repräsentieren. Weiteres ehrenamtliches Engagement wird z. B. von einer Friseurin und einer Fußpflegerin erbracht.

Die beim ambulanten Pflegedienst angestellte Koordinatorin (Pflegekraft), die PDL des ambulanten Dienstes und die beim Anna Hospizverein angestellte Sozialarbeiterin treffen gemeinschaftlich Entscheidungen über Neu-Einzüge von Gästen.

Die Träger der Hospizinsel kooperieren mit Seelsorgern und Seelsorgerinnen, die im Umfang von fünf Stunden pro Woche, die von der Kirche finanziert werden, in die Arbeit der Hospizinsel eingebunden werden.

Die WG wurde bei der zuständigen Behörde im Sinne des Landesheimgesetzes angezeigt. Die **Anzeige** wurde vom Anna Hospizverein getätigt.

Es wurden **Brandschutzauflagen** für das Pflegeheim, in dem sich die WG befindet, erlassen. Diese Einordnung hat weder zu Problemen noch zu besonderem Aufwand in der Gründung oder im Betrieb der Wohngruppe geführt. Auch die behördlich geförderte Beachtung von Hygienevorschriften hat nicht zu Problemen oder zu besonderem Aufwand in der Gründung oder im Betrieb der Wohngruppe geführt.

Die Wohngruppe als Ganzes **finanziert** sich derzeit vorrangig aus Spenden sowie aus den Erlösen für Leistungen der Sozialgesetzbücher V, XI und XII. Vereinbarungen zu Verpflegung und Haushaltsgeld sind Bestandteil des Mietvertrags, den die Gäste der Hospizinsel bzw. deren gesetzliche Vertretung abschließen.

Eine **Kooperationsvereinbarung** gibt es zwischen den beiden beteiligten Vereinen Heimwerk e. V. und Anna Hospizverein e. V.

Die Bewertungsergebnisse für die Hospizinsel in den sieben Merkmalsdimensionen der Hybridität sind aus der folgenden Tabelle 18 ersichtlich – gegenübergestellt werden die Ergebnisse der Wohngruppen-Studie (Spalte „Benchmark“)

Tabelle 18: Übersicht zu den Ergebnissen der Hybriditätsbewertung

Merkmalsdimension	beteiligte Sektoren	Hospizinsel	„Benchmark“
Initiative zur Gründung der WG	Informeller Sektor	Nein	Nein: 86,5 % (n = 285)
	Bürgerschaftlicher Sektor	Nein	Nein: 94,9 % (n = 285)
	Institutioneller Sektor	Ja	Ja: 91 % (n = 285)
	Anzahl beteiligter Sektoren	1	1 = 91 %
Beteiligung an Entscheidungen über Einzüge in die WG	Informeller Sektor	Nein	Nein: 25,6 % (n = 350)
	Bürgerschaftlicher Sektor	Nein	Nein: 97,7 % (n = 350)
	Institutioneller Sektor	Ja	Ja: 70,2 % (n = 350)
	Anzahl beteiligter Sektoren	1	1 = 53,6 % 2 = 45,8 % 3 = 0,6 %
Beteiligung an Pflege und Alltagsbegleitung an einem typischen Wochentag	Informeller Sektor	Nein	Nein: 79,3 % (n= 279)
	Bürgerschaftlicher Sektor	Ja	Ja: 26,6 % (n= 279)

Merkmalsdimension	beteiligte Sektoren	Hospizinsel	„Benchmark“
	Institutioneller Sektor	Ja	Ja: 60,7 % (n= 279)
	Anzahl beteiligter Sektoren	2	1 = 60,7 % 2 = 31,3 % 3 = 8,0 %
Beteiligte Investorinnen und Investoren	Anzahl beteiligter Investoren (ungeachtet des Sektors)	2	1 = 84,8 % 2 = 13,2 % 3 = 0,5 % 4 = 1,4 % (n = 299)
Beteiligte Eigentümer oder Eigentümerinnen	Anzahl beteiligter Eigentümer (ungeachtet des Sektors)	1	1 = 98,7 % 2 = 1,3 % (n = 297)
Beteiligte Pflegedienste und Anstellungsträger für Präsenzkkräfte	Anzahl beteiligter Pflegedienste/Anstellungsträger	2	1 = 90,2 % 2 = 9,8 % (n = 343)
Heimrechtliche Anzeige durch Auftraggeber-Gemeinschaft der Bewohner		Nein	Nein: 94,8 % (n = 336)

Quelle: IGES und (Klie et al., 2017)

Das Konzept der Hospizinsel weist in drei Dimensionen Hybridität auf – bei der Beteiligung an Pflege und Alltagsbegleitung an einem typischen Wochentag, bei den beteiligten Investoren und bei der Anzahl der beteiligten Pflegedienste und Anstellungsträger für Präsenzkkräfte. Damit gehört die Hospizinsel zu dem Drittel der von Klie et al. untersuchten abWG, die eine mehrfache Hybridität aufweisen bzw. den 7 % mit dreifacher Hybridität. Im Ergebnis der Analyse für n = 230 WG bundesweit zeigte sich in der Wohngruppenstudie für 66 % der Wohngruppen keine bzw. nur eine einfache Hybridität und für 34 % eine mehrfache Hybridität.

Abbildung 67: Summenindex Hybridität (n = 230)

Hybridität	Schätzung
0	21,9%
1	44,2%
2	25,2%
3	7,0%
4	1,7%

Quelle: (Klie et al., 2017)

WGs, die sich an eine bestimmte Zielgruppe richten, weisen tendenziell in geringerem Maße mehrfache Hybridität auf (Demenz 32 %, Behinderung 22 %, Intensivpflege 21 %) (Klie et al., 2017).

### 7.5.3 Einschätzungen zu Bedarf und zum Konzept der Hospizinsel von Netzwerkpartnern

Zur Einschätzung des Bedarfs und der Qualität der palliativen Versorgung im Landkreis Mühldorf am Inn wurden sieben Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner der Hospizinsel (Hausärzte, direkte Zuweiserinnen und Zuweiser wie Mitarbeitende im Sozialdienst im Krankenhaus und weitere an der Versorgung palliativer Gäste beteiligte Personen) befragt. Die in Kapitel 5.4 beschriebene Unterversorgung bezüglich der hausärztlichen Versorgung für den Landkreis Mühldorf am Inn wurde auch in den Interviews deutlich.

Die Qualität der ambulanten Palliativversorgung in der Region, insbes. vor dem Hintergrund des Hausarztmangels, wird aufgrund des Angebotes der SAPV am Inn GmbH und des Netzwerks des Anna Hospiz Vereins im Vergleich zu anderen Landkreisen als gut empfunden: *„Mittlerweile ist eine Situation da [...] [und es ist] für die Hausärzte, die jetzt alle viel, viel mehr Patienten betreuen einfacher denn zu sagen, man aktiviert das Palliativteam.“* IP6

Dennoch berichten die interviewten Personen auch davon, dass abgesehen von der Hospizinsel *„Angebot und Nachfrage definitiv nicht zusammen [passen] [...] für zwei Landkreise zwei Hospizplätze, aber auch nur dann, wenn ich mir die Zuzahlung leisten kann“* IP7 (Anmerkung IGES: gemeint sind die vier Plätze der Hospizinsel, die für zwei Landkreise zur Verfügung stehen).

Die palliative Versorgung zu Hause, mit Einbindung der SAPV, empfindet ein Interviewpartner (IP3) als gut. Die Schwierigkeit in der Versorgung beginne mit dem Zeitpunkt *„wo es zu Hause nicht mehr geht, [da] wird es schwierig, die Krankenhäuser entlassen wahnsinnig schnell, die haben überhaupt keinen Spielraum mehr.“* IP3. Wenn eine Versorgung am Lebensende zu Hause nicht mehr möglich ist, dann stehen laut Aussage eines anderen Interviewpartners (IP7) als Alternative zur Hospizinsel entweder ein Krankenhaus oder ein (recht weit entferntes) Hospiz zur Verfügung, wobei *„die Warteliste sehr, sehr lang ist“* IP7 und eine Wartezeit von drei Wochen nicht ungewöhnlich sei.

Die Frage *„Was würde passieren, wenn es die Hospizinsel als Versorgungsform in der Region nicht mehr gäbe“*, wurde von allen interviewten Personen als kritisch angesehen. Zurückgegriffen würde dann auf die Palliativstation im Krankenhaus (IP5) oder (wie vor dem Bau der Hospizinsel) auf ein Altenheim, wobei ein Altenheim *„oftmals keine spezielle palliative Versorgung“* (IP 4) wie die Hospizinsel bieten könne.

Die befragten Hausärztinnen und Hausärzte, Zuweiserinnen und Zuweiser sowie Beschäftigte des Sozialdienstes im Krankenhaus und weitere an der Versorgung beteiligte Personen wurden darum gebeten, das Konzept der Hospizinsel bewerten.

---

Dabei sollten sie auch die Herausforderungen und Chancen des Konzepts und der Versorgung in der Hospizinsel aufzeigen.

Von einer Person besonders positiv hervorgehoben wurde neben der Menschlichkeit auch die fachliche Expertise des Personals: *„Der Vorteil [der Hospizinsel] ist, dass die Leute [Gäste der Hospizinsel] dort vor Ort einfach eine spezialisierte Versorgung haben durch Palliativ-Fachkräfte. Dass die da profitieren [...] die können individuell – dadurch, dass sie weniger Plätze haben oder mehr Personal für weniger Patienten, so können die individuell auf den Gast eingehen“* (IP7). Dieser Umstand wirke sich positiv auf die Versorgungsqualität der Gäste aus: *„Ja durch Palliativ-Fachkräfte, dass die [Gäste] da profitieren nochmal. Also [...] ganz viele Leute in der Insel [...], die waren [...] bettlägerig und sind dann plötzlich [in der Hospizinsel] mit dem Rollator wieder spazieren gegangen.“*(IP7)

Als sehr wertvoll wurde hervorgehoben, dass in der Hospizinsel die Möglichkeit besteht, individuell auf persönliche Wünsche der Gäste am Lebensende einzugehen: *„[Dass der Gast] durch dieses Wunschmobil noch mal so einen Wunsch erfüllt bekommen hat und ins Fußballstadion konnte und ein Fußballspiel angeschaut hat. Also ich glaube, dass die da einfach auch viele Angebote haben, um es den Patienten dort nochmal schön zu machen“* (IP5).

Auch die Wohnortnähe und die Atmosphäre, die nicht einer stationären Einrichtung gleicht, werden von IP3 und IP4 als sehr besonders wahrgenommen.

Als eine Herausforderung gibt IP7 den Tagessatz (Eigenbeteiligung des Gastes in Höhe von 55 Euro pro Tag) an. Vor allem im Vergleich zum Hospiz stellt der Tagessatz für einige Menschen eine Hürde dar: *„Die Leute fragen mich zum Teil wirklich, ja, was ist jetzt, wenn ich nicht innerhalb des ersten Monats sterbe, dann kann ich es mir nicht mehr leisten. Ich muss sterben, damit ich mir einen Platz leisten kann“* (IP7). Eine mögliche Herausforderung stellt nach Ansicht einer Person die nächtliche Versorgung sowie die bauliche Gegebenheit dar, dass nicht alle Zimmer über eine eigene Toilette verfügen.

Durchweg alle Interviewpartnerinnen und -partner begrüßten das Versorgungsangebot der Hospizinsel sehr, in erster Linie, weil es den Mangel an stationären Hospizplätzen in der Region ein wenig lindert. Aber auch weil es ohne dieses Angebot für Palliativpatienten und -patientinnen, die nicht mehr zu Hause versorgt werden können, in der Region sonst gar keine befriedigende Versorgungsalternative gibt – weder das Krankenhaus noch Pflegeheime werden als adäquates Versorgungsangebot für diese spezifische Zielgruppe angesehen.

## **7.6 Wirtschaftlichkeit der Palliativversorgung in der Hospizinsel**

Gem. § 12 SGB V müssen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ Ergänzend dazu wird in § 70 SGB V von Krankenkassen und Leistungserbringern die Gewährleistung einer „bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse

entsprechenden Versorgung der Versicherten“ gefordert, die „ausreichend und zweckmäßig sein [muss], das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf und in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“ muss.

Mit dem Begriff der „Wirtschaftlichkeit“ verfolgt der Gesetzgeber einen doppelten Schutzzweck: Einerseits sollen die Kosten der Behandlung auf ein wirtschaftlich vernünftiges Maß reduziert werden, um die Finanzierbarkeit des Systems der GKV zu gewährleisten. Andererseits soll den Patienten aber auch ein Mindeststandard garantiert werden - aus medizinischer Sicht gebotene Leistungen sollen den Patienten nicht vorenthalten werden. Im Krankenversicherungsrecht dient das Wirtschaftlichkeitsgebot dazu, **die notwendigen Leistungen möglichst kostengünstig zu erreichen**. Dies setzt deren Zweckmäßigkeit voraus - Zweckmäßigkeit ist im Kern nichts anderes als die Geeignetheit einer Leistung zum Erreichen eines bestimmten Zweckes (Greiner & Benedix, 2013).

Das Versorgungsangebot der Hospizinsel verfolgt den Zweck einer umfassenden Palliativversorgung am Lebensende für Menschen, deren Versorgung auch mit SAPV in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr sichergestellt ist, die aber bei Aufnahme noch nicht die vollumfängliche Versorgung eines stationären Hospizes benötigen. Weiterhin hat das Versorgungsangebot der Hospizinsel den Anspruch, den Gästen im Vergleich zur stationären Versorgung mehr Freiraum, Individualität und Selbstbestimmung im Alltag zu ermöglichen. Dass die Hospizinsel diesen Zweck erfüllt, konnte in den vorangegangenen Kapiteln nachgewiesen werden.

In diesem Abschnitt wird die Bewertung der Wirtschaftlichkeit der palliativen Versorgung von Menschen am Lebensende durch die Hospizinsel vorgenommen. Kapitel 7.6.1 enthält die Begründung der Auswahl des Vergleichssettings für die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung. Anschließend wird das Personalkonzept der Hospizinsel vergleichend zu den Anforderungen an stationäre Hospize gem. Rahmenvereinbarung von 2017 dargestellt (Kapitel 7.6.2). Im Kapitel 7.6.3 findet sich die Berechnung des Tagessatzes der Hospizinsel entsprechend den Kalkulationsgrundlagen stationärer Hospize und die abschließende Bewertung der Wirtschaftlichkeit der palliativen Versorgung durch die Hospizinsel enthält Kapitel 7.6.4.

### 7.6.1 Auswahl des geeigneten Vergleichssettings

Zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Hospizinsel ist es zunächst erforderlich, das geeignete Vergleichssetting festzulegen. Da die Zielgruppe der Hospizinsel, auch mit SAPV nicht mehr zu Hause adäquat versorgt und betreut werden kann, ist das ambulante Setting für einen Kostenvergleich nicht geeignet.

Für schwerstkranken und sterbende Personen, die nicht mehr zu Hause versorgt werden können, kommen prinzipiell folgende Versorgungsformen in Betracht:

- ◆ Krankenhäuser (ohne und mit Palliativstationen)
- ◆ Pflegeheime (Kurzzeit-/Dauerpflege)
- ◆ stationäres Hospiz.

Teilstationäre Angebote, wie Tageshospize oder Tagespflege, kommen nicht infrage, da dies den Transport in die Tageseinrichtung und die Möglichkeit der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit voraussetzt, was bei der Zielgruppe der Hospizinsel nicht mehr möglich ist.

Die Palliativversorgung in **Krankenhäusern** hat das Ziel, sowohl die körperlichen Beschwerden einer fortgeschrittenen und unheilbaren Erkrankung als auch die damit verbundenen psychosozialen Probleme so gut zu lindern (Krisenintervention), dass eine Entlassung möglich ist. Aufgenommen werden nur Schwerstkranke, die an einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung und unter Symptomen leiden, die so stark oder so komplex sind, dass sie zu Hause oder im Heim nicht behandelt werden können. Der Aufenthalt auf einer Palliativstation ist daher nur begrenzt möglich (zwischen 10 und 14 Tagen). Insofern ist die Krankenhausversorgung als Vergleichssetting für die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung nicht geeignet.

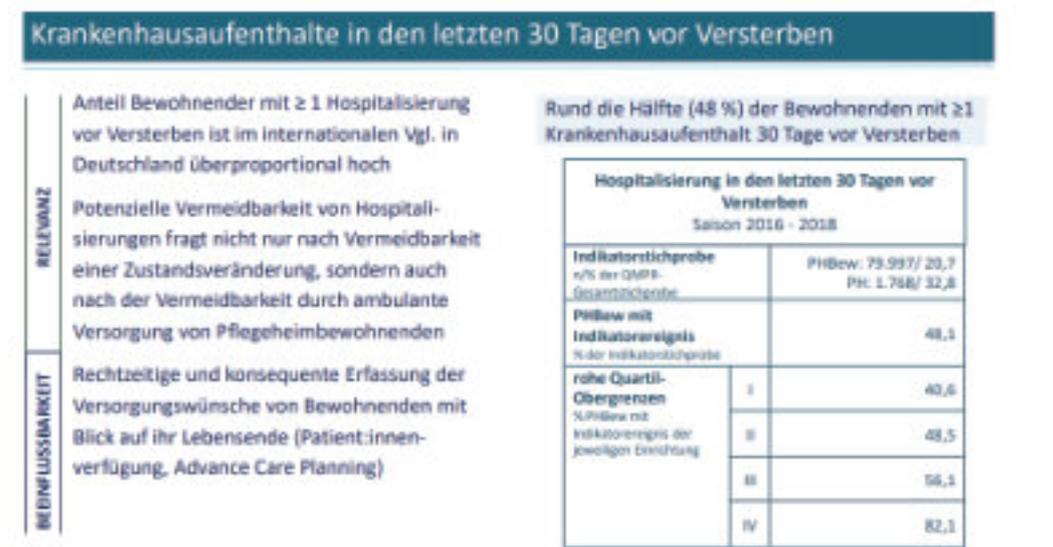
Aufgabe der **Pflegeheime** ist die Versorgung von Menschen mit Langzeitpflegebedarf gem. § 14 SGB XI. Der Schwerpunkt liegt damit auf Leistungen der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung und der Hauswirtschaft. In Pflegeheimen werden typischerweise ältere und hochaltrige Personen betreut, der Anteil unter 65-Jähriger lag 2021 bei knapp 7 %.

Für Personen mit Pflegebedürftigkeit besteht ein allgemeiner Anspruch auf Sterbebegleitung (§ 28 Abs. 4 sowie § 75 Abs. 2 Ziffer 1 SGB XI). Pflegeheime sollen diesen Anspruch mittels Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz realisieren (§ 114 Abs. 1 Ziffer 3 SGB XI). Nur ein kleiner Teil der Pflegeheime hat eine solche Kooperation bisher umgesetzt: Eine Befragung von Pflegekräften in stationären Pflegeeinrichtungen Anfang 2022 kam zu dem Ergebnis, dass ein Viertel der Pflegenden nie mit Schmerztherapeutinnen/-therapeuten zusammenarbeitet, je ein Drittel nie mit psychologischen/psychotherapeutischen Fachpersonen und Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern. Von 65 % der Pflegenden wird die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten mit „sehr häufig“ angegeben, mit Fachärzten dagegen nur von 22 % der Befragten. Palliativmedizinische Fachleute (SAPV-/Palliative Care Teams, Ärztinnen und Ärzte mit Palliativschwerpunkt) sind im Pflegeheim eher rar (weniger als ein Drittel der Pflegenden arbeiten sehr häufig mit ihnen zusammen) (Behrendt et al., 2022).

Weiterhin verfügen Pflegeheime nicht regelhaft über Personal mit Weiterbildung Palliative Care, wie es für die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen erforderlich ist. Deshalb werden Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in der Sterbephase häufig ins Krankenhaus überwiesen. Im Rahmen einer Studie zur Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR) ermittelte das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) unter anderem die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten von Heimbewohnern in den letzten 30 Tagen vor dem Versterben (Behrendt & Schwinger, 2023). Wie aus der folgenden Übersicht Abbildung 68 ersichtlich, hatte knapp die Hälfte (48 %) der im Zeitraum 2016 bis 2018 verstorbenen Heimbewohner mindestens einen Krankenhausaufenthalt in diesem

Zeitraum – ein, nach Einschätzung der Autorinnen und Autoren, im internationalen Vergleich hoher Wert.

Abbildung 68: Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten von Heimbewohnern in den letzten 30 Tagen vor dem Versterben



Quelle: (Behrendt & Schwinger, 2023)

Betrachtet man allerdings die Ergebnisse bezogen auf die einzelnen Pflegeeinrichtungen, so wird deutlich, dass 50 % der Pflegeheime höhere Werte als 48,5 % aufweisen. In einem Viertel der Einrichtungen sind es zwischen 56,1 % und 82,1 % der Bewohnerinnen und Bewohner, die in den letzten 30 Tagen vor dem Versterben mindestens einen Krankenhausaufenthalt haben.

Angesichts der Tatsache, dass die Zielgruppe der Hospizinsel häufig zunächst noch keinen Pflegegrad hat, oft auch nicht hochaltrig ist und primär einen palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgungsbedarf hat, ist das Setting Pflegeheim für den Kostenvergleich ebenfalls nicht geeignet, wie auch die empirischen Befunde zur Versorgungsqualität am Lebensende zeigen.

**Bezogen auf Versorgungsauftrag und Leistungsinhalte ist somit das stationäre Hospiz am ehesten als Vergleichssetting für die Hospizinsel geeignet.**

Gem. § 39a SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, „Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann.“

Stationäre Hospize sind selbstständige Einrichtungen mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag, die für Menschen mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung

sowie eine psychosoziale Begleitung mit dem Ziel erbringen, die Lebensqualität des sterbenden Menschen zu verbessern (§ 1 Rahmenvereinbarung stationäre Hospizversorgung). „Im stationären Hospiz werden neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-pflegerische, palliativ-medizinische, therapeutische und psychosoziale Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung erbracht. ... Im Zentrum steht somit neben der Behandlung der körperlichen Beschwerden (durch Schmerztherapie, Symptomkontrolle etc.) die Linderung der mit dem Krankheitsprozess verbundenen psychischen Leiden unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte“ (§ 3 Rahmenvereinbarung stationäre Hospizversorgung) (GKV-Spitzenverband, 2017, S. 3).

Die Notwendigkeit einer Hospizversorgung muss vom Arzt begründet bzw. bescheinigt werden. Anschließend kann die Kostenübernahme einer stationären Hospizleistung bei der Krankenkasse beantragt werden. Der Erstantrag gilt meistens für 28 Tage, ist das nicht ausreichend, kann ein Folgeantrag gestellt werden.

### 7.6.2 Vergleichende Betrachtung von Personalausstattung und -qualifikation

Für stationäre Hospize gibt die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V (2017) folgende bundesweit einheitliche Orientierungsgrößen für die Personalausstattung für ein stationäres Hospiz mit acht Plätzen vor (siehe Tabelle 19, mittlere Spalte). Dieser wird die Personalausstattung der Hospizinsel gegenübergestellt (rechte Spalte):

Tabelle 19: Personalausstattung im Vergleich

<b>Funktion</b>	<b>Anzahl Stellen stat. Hospiz (8 Plätze)<sup>1</sup></b>	<b>Anzahl Stellen Hospizinsel (4 Plätze)<sup>2</sup></b>
Verantwortliche Pflegefachkraft	0,75 VZÄ	0,09 VZÄ
<i>Koordination und Leitung</i>	----	0,71 VZÄ <sup>3</sup>
Pflegekräfte nach § 5 Abs. 5 a u. b	12,35 VZÄ	3,97 VZÄ
<i>Sitzwachen (Pflegefachkräfte)</i>	----	0,23 VZÄ
psychosoziale Fachkräfte nach § 5 Abs. 5 c und therapeutische Angebote	0,75 VZÄ	0,24 VZÄ <sup>4</sup>
Hospizleitung	0,5 VZÄ	0,19 VZÄ
Verwaltung	0,75 VZÄ	0,17 VZÄ

<b>Funktion</b>	<b>Anzahl Stellen stat. Hospiz (8 Plätze)<sup>1</sup></b>	<b>Anzahl Stellen Hospizinsel (4 Plätze)<sup>2</sup></b>
Qualitätsmanagement/Koordination Ehrenamt	0,4 VZÄ	0,03 VZÄ <sup>5</sup>
Küche, Reinigung, Haustechnik	2,7 VZÄ	0,45 VZÄ
<b>Summe</b>	<b>18,2 VZÄ</b>	<b>6,08 VZÄ</b>
<i>Summe in Nettoarbeitsstunden pro Jahr</i>	<i>28.283 h/a</i>	<i>9.643 h/a</i>

Quellen:	Rahmenvereinbarung stat. Hospizversorgung, Daten Hospizinsel
Anmerkungen:	<p><sup>1</sup> In der Rahmenvereinbarung stat. Hospize werden für eine VZÄ eine wöchentliche Arbeitszeit von 39 Stunden und 1.554 Nettoarbeitsstunden/Jahr zugrunde gelegt.</p> <p><sup>2</sup> Die Hospizinsel kalkuliert eine VZÄ mit 40 Wochenstunden und 1.586 Nettoarbeitsstunden pro Jahr.</p> <p><sup>3</sup> Zur Unterstützung der verantwortlichen Pflegefachkraft hat die Hospizinsel eine Stelle „Koordination und Leitung“ eingerichtet, näheres dazu siehe unten.</p> <p><sup>4</sup> Es wird in der Hospizinsel kein therapeutisches Personal vorgehalten. Werden therapeutische Leistungen vom Arzt verordnet, führen externe Leistungserbringer diese Leistungen durch.</p> <p><sup>5</sup> Ausschließlich QM; die Koordination des Ehrenamtes in der Hospizinsel wird vom Hospizverein übernommen.</p>

Weitere Vorgaben bezgl. des Personaleinsatzes in der **Rahmenvereinbarung stationäre Hospizversorgung** sind:

- ◆ Präsenz mindestens einer Pflegefachkraft rund um die Uhr
- ◆ Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft: Ausbildung Pflegefachkraft (Gesundheits- und Krankenpflege oder Altenpflege), mind. drei Jahre Berufserfahrung, davon mind. zwei Jahre in einem Hospiz, Krankenhaus, Palliative-Care-Team oder in einem ambulanten Pflegedienst, Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder Studium, Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für Leitungsfunktionen im Umfang von mindestens 460 Stunden, sozialversicherungspflichtig hauptberuflich im Hospiz beschäftigt.
- ◆ Qualifikation der stellvertretenden Leitung: hauptberuflich angestellte Pflegefachkraft mit Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder Studium.

In der **Hospizinsel** ist die Stelle „Koordination und Leitung“ mit einer Pflegefachkraft besetzt, die sowohl über eine Palliative-Care- als auch eine Weiterbildung zur Wohnbereichsleitung in der stationären Pflege verfügt. Sie trägt Personalverantwortung und unterstützt die verantwortliche Pflegefachkraft bei der Erstellung der

Dienstpläne, der Aufnahme- und Interessentengespräche, der Koordination von Verordnungen, Hausärzten/SAPV, Home Care Diensten u. ä. sowie bei der Dokumentation.

Weiterhin werden in der Hospizinsel zur Sicherstellung der nächtlichen Versorgung Sitzwachen eingeplant, die individuell nach Bedarf eingesetzt werden können. Zwar ist die Notwendigkeit einer nächtlichen Versorgung bei Aufnahme in die Hospizinsel zunächst ein Ausschlusskriterium, aber falls im Verlauf des Sterbeprozesses in Einzelfällen eine erweiterte Nachbetreuung erforderlich wird, soll dies auch ermöglicht werden, um ein Versterben in vertrauter Umgebung zu ermöglichen (und eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden). Bisher hat sich gezeigt, dass die Hospizinsel-Gäste nur sehr selten nächtliche Sitzwachen benötigen.

Ein Kernelement der Hospizarbeit ist der Dienst Ehrenamtlicher (§ 5 Abs. 7 Rahmenvereinbarung stationäre Hospizversorgung). In der Hospizinsel werden regelmäßig ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und -begleiter eingesetzt. Wochentags sind an mindestens vier Tagen nachmittags Hospizbegleiter für ca. zwei Stunden anwesend. Die Koordination des Einsatzes ehrenamtlicher Kräfte in der Hospizinsel erfolgt durch den Anna Hospizverein e. V.

### **Fazit zum Personaleinsatz**

Aus der Gegenüberstellung zum Personaleinsatz (siehe Tabelle 19) wird ersichtlich, dass der Personalaufwand insgesamt in der Hospizinsel mit vier Plätzen im Vergleich zum stationären Hospiz mit acht Plätzen rund 66 % niedriger liegt. Auch wenn man den Personaleinsatz der Hospizinsel rechnerisch auf acht Plätze verdoppelt, ergibt sich ein um 33 % niedrigerer Personalaufwand.

Der größte Unterschied ist bei den Pflegekräften nach § 5 Abs. 5 a und b Rahmenvereinbarung stationäre Hospizversorgung zu verzeichnen. Verdoppelt man die Zahl der Pflegekräfte in der Hospizinsel (auf fiktive acht Plätze), stünden acht VZÄ in der Hospizinsel immer noch 4,35 VZÄ mehr im stationären Hospiz gegenüber. Dies dürfte vor allem der Vorgabe der Präsenz mindestens einer Pflegefachkraft rund um die Uhr im Hospiz geschuldet sein.

Weitere Personalvorteile ergeben sich in der Hospizinsel für Leitung, Verwaltung sowie Küche, Reinigung, Haustechnik aus der Nähe zum betreuten Wohnen bzw. zum Adalbert-Stifter Seniorenwohnens. Diese räumliche Nähe ermöglicht es, das Personal der anderen Einrichtungen nur anteilig in der Hospizinsel einzusetzen. Ebenso kann die Essensversorgung und Hauswirtschaft deutlich ressourcensparender erfolgen, da z. B keine eigene Küche vorgehalten werden muss.

Ein Drittel niedriger fällt in der Hospizinsel der Personaleinsatz mit psychosozialer und therapeutischer Qualifikation aus (0,48 vs. 0,75 bezogen auf acht Plätze). Bei Bedarf würden physiotherapeutische Leistungen über ein Rezept von externen Therapeuten erbracht. In der Praxis spielt dies angesichts der geringen Restlebensdauer der Gäste nur eine marginale Rolle, die auch keine Personalvorhaltung rechtfertigen würde. Ein Grund für einen vergleichsweise etwas niedrigeren Bedarf an psychosozialer Betreuung könnte sich aus dem familiären Setting der Hospizinsel

und dem engeren Austausch zwischen den Gästen und ihren Angehörigen, soweit noch möglich, ergeben.

Auch für das Qualitätsmanagement und die Koordinierung des Ehrenamtes entsteht in der Hospizinsel ein deutlich niedrigerer Personalaufwand von nur 15 % (0,06 VZÄ (bezogen auf acht Plätze) gegenüber 0,4 VZÄ für stationäre Hospize). Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass, wie oben bereits erwähnt, die Koordinierung des Ehrenamts vom Anna Hospizverein e. V. übernommen wird. Weiterhin gibt es Synergieeffekte beim Qualitätsmanagement der Hospizinsel, da dieses vom QM des ambulanten Dienstes mitbetreut wird und daher kein eigenständiges QM aufgebaut werden musste.

### 7.6.3 Tagessatzermittlung für die Hospizinsel

Die Gesamtkosten der Hospizinsel belaufen sich für das Jahr 2023 auf insgesamt 411.773,15 Euro. 89 % der Kosten entfallen auf die Personalkosten (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: prospektive Kosten Hospizinsel 2023 (gesamt)

Position	Betrag in Euro
Personalkosten gesamt	367.330,11
<i>darunter Pflege und Betreuung</i>	<i>305.782,00</i>
Sachkosten	44.443,11
<b>Gesamtkosten</b>	<b>411.773,15</b>

Quelle: Zusammenstellung IGES, Daten Hospizinsel

Die Ermittlung eines Tagessatzes zur Deckung der Kosten der Hospizinsel erfolgte nach den Vorgaben für stationäre Hospize. Dafür wurden Teile der Personalkosten (die nicht direkt der Pflege und Betreuung zuzuordnenden Personalkosten) und die Sachkosten auf die drei Kostenträger Pflege, Unterkunft und Verpflegung nach vorgegebenen Prozentsätzen aufgeteilt (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Verteilungsschlüssel Kostenarten für stationäre Hospize

Position	Pflege	Unter- kunft	Verpfle- gung
<b>Personalkosten (ohne Pflege und Betreuung)</b>			
Leitung der Pflegeeinrichtung	50%	25%	25%
Hauswirtschaftlicher Dienst, Küche	30%	0%	70%
Hauswirtschaftlicher Dienst - Wäsche, sonst.	50%	50%	0%
Verwaltungsdienst	50%	25%	25%
Technischer Dienst	50%	45%	5%
Beihilfen, Unterstützungen, freiw. sozialer Auf- wand, Berufsgenossenschaft	50%	30%	20%
Fort- und Weiterbildung, Supervision	50%	30%	20%
<b>Sachkosten</b>			
Lebensmittel	0%	0%	100%
Wasser, Energie, Brennstoffe	50%	40%	10%
Wirtschafts-, Verwaltungsbedarf	50%	35%	15%
Bezogene Leistungen (Wäsche)	30%	0%	70%
Bezogene Leistungen (Reinigung)	50%	45%	5%
Zentrale Dienstleistungen	50%	45%	5%
Pflegebedarf	100%	0%	0%
Verbrauchsgüter gem. § 82 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI	100%	0%	0%
Steuern, Abgaben, Versicherungen	50%	40%	10%
Zinsen und ähnliche Aufwendungen, keine Investitionskosten	50%	40%	10%
Wartung (ohne Instandhaltung, Ersatz)	50%	45%	5%
sonstige ordentliche Aufwendungen	50%	45%	5%
Prüfkosten und behördliche Aufw.	50%	45%	5%
Werbung und ähnliche Aufwendungen	50%	40%	10%
Aufwendungen für Verbandsumlagen	50%	40%	10%

Quelle: AOK Bayern (wird den stationären Hospizen als Kalkulationshilfe mitgegeben)

Bei einer angenommenen Auslastung von 80 % ergibt sich der Tagessatz für die vier Plätze der Hospizinsel wie folgt:

Tabelle 22: Tagessatz Hospizinsel 2023\*

Position	Betrag in Euro/Tag
Personalkosten Pflegedienst täglich	261,80 €
Pflegebedingter Betriebsaufwand täglich	32,44 €
<b>Pflegevergütung</b>	<b>294,24 €</b>
Verpflegung	29,85 €
Unterkunft	17,92 €
<b>U. + V. gesamt</b>	<b>47,77 €</b>
<b>Pflegesatz incl. U. + V.</b>	<b>342,01 €</b>
<i>Eigenanteil pro Tag</i>	<i>-55,00 €</i>
<i>Pflegesatz abzgl. Eigenanteil</i>	<i>287,01 €</i>

Quelle: Zusammenstellung IGES, Daten Hospizinsel

Anmerkungen: \*Kalkulation für vier Plätze, Auslastung 80 % (1.168 Belegungstage pro Jahr), Stellenschlüssel Pflege 1:1,17.

Die Pflegevergütung liegt bei knapp 295 Euro pro Platz und Tag. Zusammen mit Unterkunft und Verpflegung wird ein Betrag von 342 Euro pro Platz und Tag zur Deckung der Kosten benötigt.

Anders als in einem stationären Hospiz müssen die Gäste der Hospizinsel pro Tag einen Eigenanteil in Höhe von 55 Euro privat finanzieren. Aufgrund der Kostensteigerungen muss der Eigenanteil ab dem 01.01.2024 auf 60 Euro pro Tag (+ 9 %) angehoben werden. Ein Interviewpartner identifizierte die finanzielle Eigenbeteiligung der Gäste, die in einem stationären Hospiz nicht erforderlich ist, als Hürde: „55 Euro Tagessatz ist für mehrere Personen eine große Hürde. Schätzungsweise 3/4 [der Patienten im Krankenhaus] kann es sich nicht leisten [...] ganz viele, vor allem ältere Patienten, haben eine Rente unter 1.000 €. Was mach ich dann?“ (IP7). Kann eine Person den Eigenanteil nicht aufbringen, übernimmt in der Regel der Sozialhilfeträger diese Kosten (Hilfe zur Pflege).

Aus der aktuellen Situation der Finanzierung ergibt sich nach Ansicht des Interviewpartners eine weitere Hürde für Zuweiser: Während es für die Überleitung in ein stationäres Hospiz ausreicht, einen Antrag auf Leistungen nach § 39 a SGB V für die stationäre Versorgung in einem Hospiz zu stellen und damit automatisch die Beantragung eines Pflegegrades erfolgt, müsse dies bei Überleitung in die Hospizinsel separat beantragt werden (IP7).

#### 7.6.4 Fazit zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Hospizinsel

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) wurde auch die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize verbessert. Hierfür wurde der Mindestzuschuss pro Tag der Krankenkassen für Hospize je betreutem Versicherten erhöht (296,10 Euro in 2022) (AOK, 2023). Die Krankenkassen tragen 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten, so dass sich für 2022 rechnerisch ein (Mindest-)Tagessatz von 311,68 Euro pro Gast und Tag ergibt.

Nach Angaben des Bayerischen Hospiz- und Palliativverbands (BHPV) liegt der durchschnittliche Tagessatz der 23 stationären Hospize in Bayern bei 505,60 Euro (Median 504,59 Euro, Standardabweichung +/- 51,73 Euro). Unterstellt man eine Normalverteilung ergibt sich eine Streuung der Tagessätze von 350,41 Euro bis 660,80 Euro (99,7 % Konfidenzintervall). Damit liegt die Hospizinsel mit 342 Euro pro Tag noch 2,4 % unter der unteren Intervallgrenze. Bei Berücksichtigung des von den Gästen zu tragenden Eigenanteils von 55 Euro pro Tag wären es 18,1 % unterhalb.

Das heißt, dass der Tagessatz der Hospizinsel deutlich günstiger ist als jener in stationären Hospizen. Die Kostenvorteile der Hospizinsel bei den Personalkosten ergeben sich vor allem aufgrund der niedrigeren Personalvorhaltung in der Nacht (bei entsprechender Zielgruppe, die bei Aufnahme (noch) keine nächtliche Versorgung benötigt), aber auch infolge der Synergieeffekte beim Leitungs-, Verwaltungs- und Hauswirtschaftspersonal durch die örtliche Anbindung an die Strukturen anderer Leistungserbringer (Pflegeheim, betreutes Wohnen). Weiterhin fallen in der Hospizinsel aufgrund des ambulanten Charakters keine Kosten für Physiotherapie (diese eher seltenen Leistungen am Lebensende werden ggf. auf Rezept von externen Leistungserbringern durchgeführt) und Ehrenamtskoordination an. Bezüglich der Sach- und Investitionskosten fallen in der Hospizinsel mit ihrem WG-Charakter im Vergleich zu einem stationären Hospiz niedrigere Kosten an, weil die Zimmergrößen geringer sind und es auch weniger Sanitäreinrichtungen gibt, als in der Rahmenvereinbarung stationäre Hospizversorgung vorgegeben.

Wie eingangs dargelegt, bedeutet das Wirtschaftlichkeitsgebot im Rahmen der Krankenversicherung, **die notwendigen Leistungen möglichst kostengünstig zu realisieren**. Dieser Anspruch wird von der Hospizinsel für sterbenden Personen, die nicht mehr zu Hause versorgt werden können, aber noch nicht die umfassenden Leistungen eines stationären Hospizes benötigen, vollumfänglich erfüllt. Dass die Palliativversorgung in der Hospizinsel auch zweckmäßig ist (hinsichtlich der Versorgungsqualität, des Outcomes (Versterben nicht im Krankenhaus) und der Lebensqualität der Gäste sowie der Zufriedenheit der Angehörigen), konnte im Rahmen der Evaluation ebenfalls gezeigt werden.

### 7.7 Zusammenfassung der Datenauswertungen

Ziel der Datenerfassungen und -auswertungen war es zu zeigen, dass

- ◆ die Hospizinsel ihre Zielgruppe (wie in Kapitel 7.1 dargelegt) und ihre Versorgungsziele erreicht,
- ◆ die Strukturen (baulich, personell) bedarfsgerecht sind und
- ◆ das Versorgungsangebot „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ ist im Sinne des § 12 SGB V.

Das Versorgungsangebot der Hospizinsel verfolgt den Zweck einer umfassenden Palliativversorgung am Lebensende für Menschen, deren Versorgung auch mit SAPV in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr sichergestellt ist, die aber bei Aufnahme noch nicht die vollumfängliche Versorgung eines stationären Hospizes benötigen. Weiterhin hat die Hospizinsel den Anspruch, den Gästen im Vergleich zur stationären Versorgung mehr Freiraum, Individualität und Selbstbestimmung im Alltag zu ermöglichen und eine familiäre Atmosphäre zu schaffen. Und nicht zuletzt bietet die Hospizinsel den Bewohnern der Region Mühldorf eine wohnortnahe Versorgungsalternative im Vergleich zur Hospizversorgung.

Aus der Analyse der Daten zu den Gästen der Hospizinsel seit 2018 (siehe Kapitel 7.2 und 7.3) geht hervor, dass die im Versorgungskonzept festgelegte **Zielgruppe erreicht** wird. 92,3 % der Hospizinsel-Gäste lebten vor Aufnahme in die Hospizinsel in der eigenen Häuslichkeit, ein Drittel allein. Auch die typischerweise kurze Verweildauer (Median 14 Tage, Mittelwert 30 Tage) der Hospizinsel-Gäste zeigt, dass diese bei Aufnahme absehbar nur noch wenige Tage bis Wochen leben. 58 % der Gäste der Hospizinsel war jünger als 71 Jahre - ein Hinweis darauf, dass in der Hospizinsel entsprechend dem Konzept mehrheitlich eine jüngere Zielgruppe als typischerweise in Pflegeheimen versorgt wird.

Die Mehrzahl der Gäste der Hospizinsel konnte „**wohnortnah**“ versorgt werden – für die meisten Personen lag die Hospizinsel bis max. 20 km vom eigenen Wohnort entfernt. Die Entfernungen zu den nächstgelegenen Hospizen sind deutlich weiter (bis zu 50 km und mehr).

Die Hospizinsel trägt auch dazu bei, der **Unterversorgung** im Landkreis Mühldorf zu begegnen. Bei Wartezeiten von bis zu drei Wochen auf einen Platz im Hospiz (was darüber hinaus nicht wohnortnah verfügbar ist) wäre die Hälfte der Hospizinsel-Gäste bereits (im Krankenhaus) verstorben, bevor ein Platz im Hospiz frei würde (Median der Verweildauer von 14 Tagen in der Hospizinsel).

Bei 82 % der versorgten Gäste liegt eine onkologische Diagnose vor und bei mehr als der Hälfte der Fälle bei Einzug (noch) kein Pflegegrad – der **Versorgungsbedarf ist primär palliativ-medizinisch und palliativ-pflegerisch** und daher dem SGB V-Bereich zuzuordnen. Ein Pflegebedarf gem. SGB XI besteht nur sekundär und die Begutachtung muss bei mehr als der Hälfte der Gäste bei Aufnahme erst beantragt werden.

Der **Einrichtungscharakter** der Hospizinsel entspricht in stärkerem Maße einer häuslich-familiären als einer institutionellen Situation, wie auch die Befragung der Beschäftigten der Hospizinsel ergab (vgl. Abbildung 65 und Abbildung 66, S. 134),

und ist bei der Erbringung der Leistungen in Pflege und Betreuung durch mehrfache Hybridität gekennzeichnet. Das fördert die Realisierung des Leitbildes einer gemeinsamen Verantwortlichkeit und Sorge für das Wohl der Gäste und trägt zur Qualitätssicherung bei (vgl. Kapitel 7.5.2).

Die Daten der in der Hospizinsel seit 2018 versorgten Gäste bestätigen, dass diese in der Regel auch **in der Hospizinsel versterben** – eine Verlegung/ein Auszug kommt nur in seltenen Fällen vor (7,7 %). Damit wird auch das Ziel, ein ungewolltes Versterben im Krankenhaus zu vermeiden, erreicht.

Da die Hospizinsel eine alternative bzw. neuartige palliative Versorgungsform ist, lassen sich belastbare Einschätzungen zu Effektivität und Effizienz des Angebots nur im Vergleich zur „Regelversorgung“ ableiten. Während des Erhebungszeitraumes sollten deshalb Vergleichsdaten der Palliativversorgung aus anderen Settings (Versorgung in der eigenen Häuslichkeit mit SAPV, im Pflegeheim, Krankenhaus und im stationären Hospiz) erfasst werden. Mit Unterstützung der Auftraggeberin konnten zunächst aus allen Vergleichssettings Einrichtungen rekrutiert werden, die sich bereiterklärten, die Studie mit eigenen Datenerhebungen zu unterstützen. Anschließend zeigte es sich jedoch, dass es aus unterschiedlichen Gründen für die Partneereinrichtungen schwierig war, Daten für das geplante Matched-Pair-Verfahren (vgl. Methodik in Kapitel 3.4) zu erfassen. Teilweise konnte kein Schulungstermin gefunden werden, bei dem IGES die Vergleichseinrichtungen in die Datenerfassung mit dem Online-Tool einweisen wollte (geplante Dauer 60 bis 90 min). Teilweise scheiterte die Datenerfassung nach erfolgter Schulung an den knappen Personalressourcen oder aus persönlichen Gründen der zuständigen Person (Zeitmangel, längere Krankheit).

Letztlich war die Datenbasis für die Umsetzung des Matched-Pair-Verfahrens zu gering – auch deshalb, weil für die erfassten Fälle wiederum teilweise nur lückenhafte Dokumentationen vorlagen, auch bei den von der Hospizinsel erfassten Fällen. Als besonders herausfordernd hat sich die Umsetzung der von den Gästen selbst zu erfassenden Lebensqualität (mit dem McGill Quality of Life Questionnaire) erwiesen. Hier wurde häufig dokumentiert, dass die betreffende Person dazu nicht mehr in der Lage sei.

Aufgrund der unzureichenden Datenlage wurden in der Auswertung der Verlaufsdokumentation die Vergleichsfälle insgesamt mit der Gruppe der Fälle der Hospizinsel verglichen (siehe Kapitel 7.4). Da die Vergleichsfälle mit zwei Ausnahmen aus dem ambulanten Setting stammen (LebensWeGe Mögeldorf und SAPV am Inn, vgl. Tabelle 13, S. 96), lassen sich keine Schlussfolgerungen bezgl. des für die Hospizinsel eher relevanten Vergleichssettings stationäres Hospiz ableiten.

Dennoch können aus der Befassung mit den Vergleichsfällen wertvolle Hinweise zur Zielgruppe, Bedarfsgerechtigkeit und zur Bewertung der Versorgungsqualität in der Hospizinsel gezogen werden:

- ◆ In den Vergleichssettings war die Verweildauer deutlich länger – ein Indiz dafür, dass eine Aufnahme in die Hospizinsel tatsächlich erst kurz vor dem

Versterben erfolgt. Mit im Median 14 bzw. im Durchschnitt 30 Tagen entspricht die Verweildauer in der Hospizinsel jener in stationären Hospizen (Bundesdurchschnitt 22 Tage,<sup>12</sup> Range 14 bis 28 Tage<sup>13</sup>).

- ◆ Der Anteil der HospizInselgäste mit onkologischer Diagnose liegt niedriger als bei den Vergleichsfällen (75 % Gäste der Hospizinsel und 89,5 % der Vergleichsfälle). Vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass der Zugang zu einer ausreichenden und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angemessenen (ambulanten) Palliativversorgung immer noch für Patienten mit anderen unheilbaren Erkrankungen als Tumorerkrankungen erschwert ist, könnten dies ein Hinweis sein, dass die Hospizinsel zur Verringerung von Unterversorgung für diese Zielgruppe beiträgt.
- ◆ Der Anteil mit Angehörigen war bei den Vergleichsfällen mit 84,2 % deutlich höher als bei den Gästen der Hospizinsel (50,0 %). Auch dies bestätigt das Erreichen der Zielgruppe.
- ◆ Die Gäste der Hospizinsel erhielten häufiger (75 %) psychosoziale Begleitung, bspw. durch einen Hospizbegleiter; bei den Vergleichsfällen lag der Anteil bei 58 %. Weiterhin sind Seelsorgerinnen/Seelsorgern regelmäßig (fünf Stunden pro Woche) in der Hospizinsel - ein Hinweis auf die umfassende Sterbebegleitung in der Hospizinsel, die neben den medizinischen und pflegerischen Leistungen auch psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung einschließt.
- ◆ Sowohl Notarzteinsätze als auch ein Versterben im Krankenhaus waren bei den Vergleichsfällen häufiger als bei den Gästen der Hospizinsel.

Aus den Daten der Verlaufsdokumentation können aufgrund der sehr niedrigen Fallzahl keine belastbaren Schlussfolgerungen gezogen werden (siehe Kapitel 7.4.2). Deutlich wird, dass die Versorgung in der Hospizinsel ähnliche Ergebnisse erzielt wie in den (mehrheitlich ambulanten) Vergleichssettings, also mit anderen Worten nicht schlechter abschneidet.

Im Kapitel 7.5 finden sich die Ergebnisse der Einschätzungen zum Versorgungsangebot der Hospizinsel aus Sicht der Angehörigen, Beschäftigten und von Kooperationspartnern (anderen Leistungserbringern).

Die **Zufriedenheit der Angehörigen** mit der Versorgung konnte leider nur für Gäste der Hospizinsel erfasst werden (von den Kooperationspartnern kam kein ausgefüllter Angehörigenfragebogen zurück). Die Angehörigen der HospizInselgäste sind durchweg sehr zufrieden mit der Betreuung und Begleitung durch das Personal der Hospizinsel. Hervorgehoben werden das palliative Konzept und die ganzheitliche

---

<sup>12</sup> Website des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands: [https://www.dhvp.de/zahlen\\_daten\\_fakten.html](https://www.dhvp.de/zahlen_daten_fakten.html) [Zugriff am 22.01.24].

<sup>13</sup> Quelle: <https://www.betanet.de/stationaere-hospize.html> [Zugriff am 22.01.24].

---

Betreuung, auch der Angehörigen („*Ausgezeichnetes Konzept der palliativen Pflege. Ganzheitliche Betreuung des Gastes und der Angehörigen*“). Auch die **Beschäftigten der Hospizinsel** zeichnen ein positives Bild: Die überwiegende Mehrheit gibt an, dass sie (eher) ausreichend Zeit haben, um den Gästen die Möglichkeit zu geben, eigenständig zu agieren (95 %) sowie individuell auf die Bedürfnisse jedes einzelnen Gastes einzugehen (100 %). Weiterhin geben 95 % der Beschäftigten an, ausreichend Zeit für eine angemessene Begleitung und Beratung der Angehörigen zu haben (voll und ganz: 39 %; eher ja: 56 %). Von allen Beschäftigten werden die gestellten Arbeitsanforderungen als angemessen bewertet und es liegt eine sehr hohe (50 %) bzw. hohe (50 %) Arbeitszufriedenheit vor.

Die große Mehrheit der Befragten empfindet die **Versorgungsqualität in der Hospizinsel** als sehr gut, insbesondere

- ◆ Umfassende Versorgung der Gäste (trifft voll und ganz zu: 94%; trifft eher zu: 6 %),
- ◆ Familiäres Angebot (trifft voll und ganz zu: 89 %; trifft eher zu: 11 %) sowie
- ◆ Selbstbestimmter Tagesablauf für die Gäste (trifft voll und ganz zu: 72 %; trifft eher zu: 28 %).

Lediglich bezgl. der Bewertung „ausreichende Versorgung in der Nacht“ stimmten 23 % eher nicht/nicht zu.

Zur Einschätzung des Bedarfs an palliativer Versorgung im Landkreis Mühldorf am Inn sowie des Konzeptes der Hospizinsel wurden sieben Kooperationspartnerinnen und **Kooperationspartner** (Hausärzte, direkte Zuweiserinnen und Zuweiser wie Mitarbeitende im Sozialdienst im Krankenhaus und weitere an der Versorgung palliativer Gäste beteiligte Personen) befragt (siehe Kapitel 7.5.3, S. 140). Durchweg alle Interviewpartnerinnen und -partner begrüßten das Versorgungsangebot der Hospizinsel sehr, in erster Linie weil es den Mangel an stationären Hospizplätzen in der Region ein wenig lindert. Bestätigt wird der Mangel an Versorgungsmöglichkeiten insb. dann, wenn die ambulante Versorgung nicht mehr ausreicht: Die Schwierigkeit in der Versorgung beginne mit dem Zeitpunkt „*wo es zu Hause nicht mehr geht, [da] wird es schwierig, die Krankenhäuser entlassen wahnsinnig schnell, die haben überhaupt keinen Spielraum mehr.*“ Hospize hätten „sehr, sehr lange“ Wartelisten und als Alternative käme ohne die Hospizinsel nur das Pflegeheim infrage, wobei ein Altenheim „*oftmals keine spezielle palliative Versorgung*“ wie die Hospizinsel bieten könne. Die von den befragten Hausärztinnen/-ärzten und Zuweisern wahrgenommene Versorgungsqualität in der Hospizinsel wird als hoch eingeschätzt. Kritisch gesehen wird die finanzielle Eigenbeteiligung der Gäste (Tagessatz von 55 bzw. ab 2024 60 Euro) – das könne sich nicht jeder leisten.

Die Auseinandersetzung mit der Finanzierung der Hospizinsel (vgl. Kapitel 7.6, S. 141 ff.) hat ergeben, dass der Tagessatz der Hospizinsel deutlich günstiger ist als jener in stationären Hospizen in Bayern. Die Kostenvorteile der Hospizinsel bei den Personalkosten ergeben sich vor allem aufgrund der niedrigeren

Personalvorhaltung in der Nacht (bei entsprechender Zielgruppe, die bei Aufnahme (noch) keine nächtliche Versorgung benötigt), aber auch infolge der Synergieeffekte beim Leitungs-, Verwaltungs- und Hauswirtschaftspersonal durch die örtliche Anbindung an die Strukturen anderer Leistungserbringer (Pflegeheim, betreutes Wohnen).

---

## 8. Erkenntnisse aus ähnlich gelagerten Modellprojekten bundesweit

Ergänzend zur Evaluation des Versorgungsgeschehens in der Hospizinsel ist IGES der Frage nachgegangen, ob es bundesweit ähnliche Projekte in der Palliativversorgung gibt, die als kleine Einheit im ländlichen Raum versuchen, bestehende Lücken in der Palliativversorgung zu schließen. Es konnten vier Projekte identifiziert werden, drei davon werden im Rahmen des Modellprogramms "Sterben wo man lebt und zu Hause ist" des BMFSFJ gefördert. Mit dieser Förderung sollen Projekte der Hospiz- und Palliativversorgung gestärkt werden, die mit innovativen Konzepten die Selbstbestimmtheit, Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe von schwerstkranken und sterbenden Menschen stärken und pflegende Angehörige entlasten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2023).

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Interviews mit Expertinnen und Experten aus den vier Modellprojekten vorgestellt. In allen identifizierten Projekten wurde regional ein Bedarf an Palliativversorgung für Menschen im Sterbeprozess festgestellt, die auch mit Unterstützung von SAPV nicht mehr bis zum Schluss in ihrer Wohnung versorgt werden können. Neben der Tatsache, dass meist kein Hospizplatz in der Region verfügbar ist (sei es aufgrund von Wartezeiten oder der großen Entfernung bis zum nächstgelegenen Hospiz), soll mit allen Angeboten ein familiäres zu Hause für die letzte Lebensphase geschaffen werden, in dem ein hohes Maß an Selbstständigkeit (im Vergleich zu stationären Einrichtungen) verwirklicht werden kann: *„Und immer wieder [...] der Fall, dass die Menschen zu Hause mit der SAPV sehr, sehr gut versorgt sind, sehr gut begleitet werden [...] Immer mal wieder kommt es zu Krisen in den letzten Tagen, die Menschen, die Angehörigen zu Hause einfach nicht mehr bewältigen können und dann war es so, dass die, dass die Betroffenen häufig im Krankenhaus landeten, obwohl es gar nicht unbedingt notwendig ist, im Krankenhaus zu sein und dann auch im Krankenhaus sterben zu müssen und das nächste Hospiz [...] ist 50 Kilometer entfernt.“ (IP2)*

In der nachfolgenden Tabelle 23 werden die einzelnen Projekte kurz vorgestellt.

Tabelle 23: Übersicht über vergleichbare Palliativprojekte bundesweit

Bezeichnung	Beschreibung
<b>Bayern</b> Hospizzimmer Waal, Ostallgäu	Das Ziel des Hospizzimmers für einen Gast in einem Senioren- und Pflegeheim in Waal besteht darin, der ländlichen Bevölkerung die Möglichkeit zu bieten, die letzte Lebensphase in der Nähe ihrer Angehörigen zu verbringen. Durch die großzügige Raumgestaltung ermöglicht das Zimmer die Erhaltung der Selbstständigkeit. Die Bewohnerinnen und Bewohner haben die Option, auf Wunsch selbst Mahlzeiten zuzubereiten. Positiv ist insbes. die räumliche Nähe zum zuhause des Gastes. Insbesondere in Krisenzeiten haben Angehörige die Möglichkeit, im Hospizzimmer oder einem separaten Zimmer zu übernachten.
<b>Sachsen-Anhalt</b> Palliative Klein- steinheit im ländlichen Raum	Die palliative Kleinsteinheit auf dem Land ermöglicht schwerkranken und sterbenden Menschen sowie ihren pflegenden Angehörigen einen zeitlich flexiblen Aufenthalt in unmittelbarer Nähe ihres Wohnorts. Angebunden an ein Altenheim umfasst das Angebot sowohl die Bereitstellung akuter als auch regelmäßiger stunden- und tageweiser Pflegeleistungen für bis zu drei Gäste. Ziel ist es dadurch eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zu erleichtern und unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden.
<b>Nordrhein- Westfalen</b> Demenz-WG mit palliativem Versorgungsan- gebot	Die Caritas-Senioren-WG soll Personen mit Demenz die Möglichkeit geben, palliative Versorgung in einer ambulant betreuten Gemeinschaft zu ermöglichen. Es wurden zwei WGs geschaffen, die insgesamt 22 Bewohnerinnen und Bewohnern beherbergen. Die zentralen Lebensbereiche sind die großzügige Wohnküche, das Wohnzimmer und der barrierefrei gestaltete Außenbereich. In den individuell ausgestatteten Wohnbereichen finden die Bewohner Rückzugsmöglichkeiten vom gemeinschaftlichen Leben. Entscheidungen bezüglich des Wohnens werden in Zusammenarbeit mit den Angehörigen in Mieterversammlungen getroffen. Die ambulante Pflege wird durch die Dienstleistungen des Caritas-Zentrums Attendorn sichergestellt.
<b>Brandenburg</b> "Palliatives Wohnen"	Innerhalb eines neuen Palliativzentrums entstehen 8 - 12 Wohneinheiten, welche das Angebot eines stationären Hospizes und eines Tageshospizes ergänzen sollen. Zielgruppe sind Menschen mit terminalen Krankheitsverläufen und Pflegebedarf, die nicht auf hospizliche Dienstleistungen zurückgreifen können. Das Palliativzentrum vereint unter einem Dach verschiedene Dienste, darunter den ambulanten (Palliativ-) Pflegedienst, den Ambulanten Hospizdienst (AHD) sowie das ärztliche Palliativnetzwerk Brandenburg/Nordwest. Die Bewohnerinnen und Bewohner mieten ihre Wohnungen einschließlich Gemeinschaftsflächen und sind als Mietergemeinschaft aktiv in die Entscheidungsprozesse des Hauses eingebunden. Die spezialisierte palliativärztliche und palliativpflegerische Versorgung (SAPV) der Bewohner wird dabei durch den regionalen Palliativstützpunkt koordiniert.

Quelle: IGES, auf Grundlage(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2023)

## 8.1 Hospizzimmer Waal, Ostallgäu

Die Idee zur Einführung einer ambulanten Hospizversorgung im Ostallgäu entstand vor dem Hintergrund eines Kreistagsbeschlusses auf Basis einer Pflegedarfsermittlung. Aufgrund langer Wartelisten in den umliegenden Landkreisen und fehlender stationärer Hospize im eigenen Landkreis wurde die Förderung sog. „ambulanter Hospizzimmer“ beschlossen. Die recht einfache, mit wenig finanziellen Mitteln getätigte Umsetzung und Etablierung des Hospizzimmers steht perspektivisch insbesondere bei Fragen der Refinanzierung vor einer großen Herausforderung. Aufgrund kaum planbarer Belegungen und kurzer Verweildauern entstehen immer wieder Finanzierungslücken infolge des Leerstands. Die Kosten werden derzeit aus Fördermitteln und Spenden sowie durch den Eigenanteil des Gasts gedeckt.

Die Akquise neuer Gäste erfolgt durch den Hospizverein, der auch das Hospizzimmer verwaltet und engen Kontakt zur Palliativstation hat. Zielgruppe sind insbesondere junge Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf. Ein engagiertes Team, das offen für das Thema Palliativpflege ist, wird als Schlüsselfaktor für den Erfolg betrachtet. Weiterbildungen sind in dieser Art der Versorgung besonders wichtig. Die Etablierung einer gelungenen Werbung und Öffentlichkeitsarbeit spielt ebenfalls eine zentrale Rolle, um auf das Angebot aufmerksam zu machen und das Bewusstsein für die Hospizversorgung zu schaffen.

Herausforderungen liegen in der unvorhersehbaren Belegung und kurzen Verweildauer der Gäste. Die Empfehlungen für den nachhaltigen Betrieb der Einrichtung umfassen die Notwendigkeit eines engagierten Teams, das kontinuierlich Weiterbildungen absolviert. Werbung und Öffentlichkeitsarbeit spielen auch hier eine zentrale Rolle, um das Bewusstsein für die Hospizversorgung zu schärfen.

## 8.2 Palliative Kleinsteinheit im ländlichen Raum

Ziel der Schaffung einer „palliativen Kleinsteinheit“ mit drei Plätzen im ländlichen, strukturschwachen Raum Sachsen-Anhalts war es, eine wohnortnahe palliative Versorgung auch in einer dünn besiedelten Region zu ermöglichen, da festgestellt wurde, dass bisher zu wenig stationäre Versorgungsmöglichkeiten vorhanden sind. Das Angebot schließt keine bestimmten Krankheitsbilder aus und richtet sich besonders an Patientinnen und Patienten ohne Angehörige, die in einem fortgeschrittenen Krankheitsverlauf eine 24/7-Betreuung benötigen. Vor Ort arbeiten geschulte Palliative Care-Pflegekräfte, wobei pro Dienst eine halbe Vollzeitkraft für drei Gäste benötigt wird. Neben der SAPV ist auch ein ambulanter Hospizdienst mit ehrenamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aktiv sowie ein Palliativmediziner. Die Finanzierung, die derzeit über das Kurzzeitpflegebudget gem. SGB XI erfolgt, stellt eine große Herausforderung dar, da die Gäste wie bei einem Platz in der stationären Langzeitpflege einen Eigenanteil selbst tragen müssen und aktuell die personellen Mehrkosten für die palliative Versorgung nicht von der Krankenkasse refinanziert werden. Die im Vergleich zum Pflegeheim niedrigere

---

Auslastung der Plätze gefährdet die Wirtschaftlichkeit des Angebotes zusätzlich. Über eine flexible Nutzung der Betten (auch palliative Heimbewohnerinnen und Bewohner können nach Wunsch in das Zimmer umziehen) wird versucht, dem Leerstand entgegenzuwirken.

### **8.3 Caritas Ambulante Demenz-WG mit palliativem Versorgungsangebot**

Die Caritas Ambulante Demenz-WG mit palliativem Versorgungsangebot in Attendorn, Kreis Olpe (135.000 Einwohner), entstand als Antwort auf eine festgestellte Lücke zwischen der ambulanten Versorgung in der privaten Wohnung und stationären Einrichtungen für dementiell erkrankte Menschen. Die Zielgruppe sind Menschen mit Demenz ohne Angehörige, die zu Hause leben, kognitiv eingeschränkt und dennoch fit und aktiv sind. Die Wohngemeinschaft schafft einen Wohnraum, in dem die Bewohnerinnen und Bewohner gemeinsam aktiv sind, etwa durch gemeinschaftliches Kochen. Die Diagnose Demenz oder eine in der Begutachtung eingeschränkte Alltagskompetenz mit mindestens Pflegegrad 2 sind Voraussetzungen für den Einzug in die Wohngruppe. Die Betreuung erfolgt von morgens 7:00 Uhr bis abends 21:00 Uhr durch Pflegefachkräfte und Helfer, während nachts nicht-examiniertes Personal (Menschen mit Pflegeerfahrung, Hilfskräfte, med. Fachangestellte) bei Bedarf die Gäste versorgt. Hausleitung, Fachkräfte, Helfer und Alltagsbegleitung werden vom ambulanten Dienst gestellt. Das Versorgungskonzept sieht explizit auch eine hospizlich palliative Begleitung am Lebensende vor, damit ein Sterben in vertrauter Umgebung ermöglicht wird.

Die Finanzierung gestaltet sich auch in diesem Projekt als komplex und schwierig, vor allem im Kontext der Abrechnung nach SGB V und XI. Die monatliche Finanzierung setzt sich aus einem Haushaltsgeld, einer Möbelpauschale und einer Betreuungspauschale zusammen, die privat aufgebracht werden müssen. Trotz der Herausforderungen betont das Projekt die überschaubare Größe der Wohngemeinschaft und die individuelle Lebensgestaltung der Bewohner.

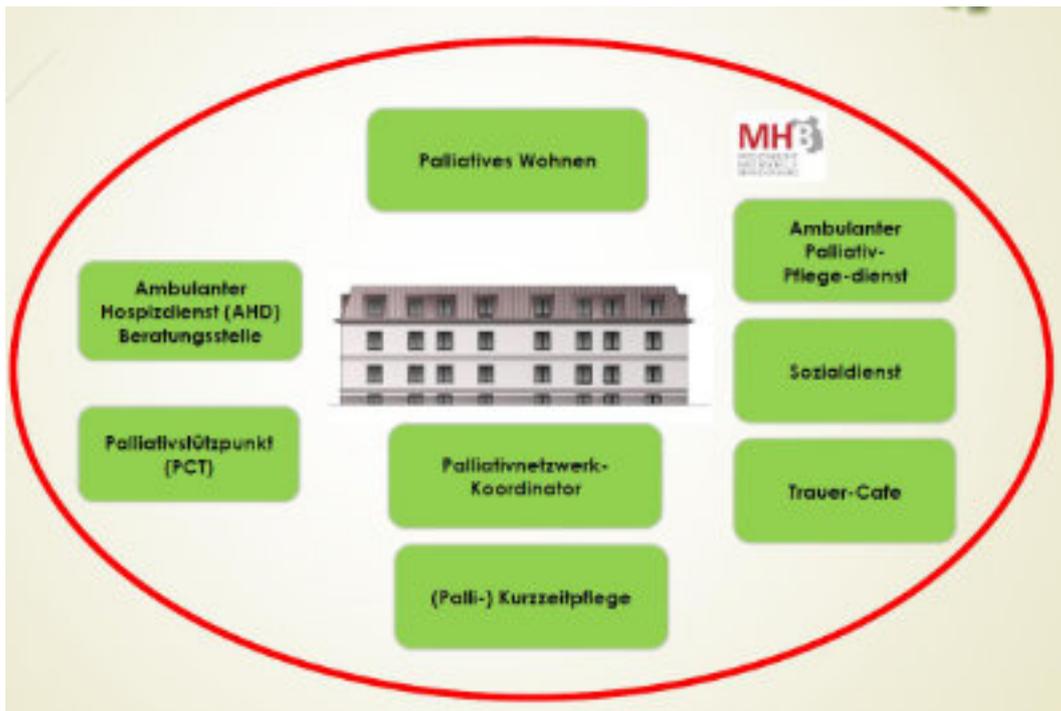
Skepsis in der Bevölkerung wird durch umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit angegangen.

### **8.4 "Palliatives Wohnen" - Etablierung von Palliativkultur in ambulanten Wohnformen**

Das Projekt "Palliatives Wohnen" in Neuruppin richtet sich an palliative Patienten, welche bereits über die SAPV versorgt werden, welche noch kein Hospiz, aber eine besondere Betreuung benötigen, die nicht mehr zu Hause ermöglicht werden kann. Es wurde festgestellt, dass einige Hospizpatienten und Hospizpatientinnen nach einer Verbesserung ihres Zustands das Hospiz verlassen, jedoch oft mit Problemen bei der Rückkehr in ihre Wohnung und überforderten Angehörigen konfrontiert sind. Das Projekt, das sich durch eine enge Verzahnung der einzelnen Versorgungsbereiche unter einem Dach auszeichnet, startet ab 2025 und umfasst einen Neubau (Grundsteinlegung erfolgte Ende 2023) mit Wohngemeinschaften,

palliativer Kurzzeitpflege und teilweise integriertem Hospizdienst, kombiniert mit studentischem Wohnen (vgl. Abbildung 69). Ein speziell geschulter ambulanter Dienst, das sogenannte "Hospa Mobil", übernimmt die Versorgung in diesem betreuten Wohnen. Ziel ist es auch, eine frühzeitige Integration (Early Integration) in das palliative Versorgungssystem zu schaffen.

Abbildung 69: Palliativ-Zentrum Neuruppin



Quelle: (Michelis & D. Nürnberg, 2023)

Die Finanzierung setzt sich aus SAPV-Versorgungssätzen, stationären Sätzen für Kurzzeitpflege und Mieten, die von den Bewohnerinnen und Bewohnern selbst getragen werden, zusammen.

## 8.5 Fazit zu den betrachteten Modellprojekten

Die Auseinandersetzung mit den derzeit laufenden Modellprojekten zeigt deutlich, dass es in vielen Regionen, insbesondere außerhalb von Ballungsräumen, einen bisher nicht gedeckten Versorgungsbedarf von Palliativpatientinnen und -patienten gibt, die nicht mehr „rein ambulant“, d. h. in ihrer Wohnung mit Leistungen der SAPV, versorgt werden können. Stationäre Hospize wären geeignet, sind aber mit der geforderten Mindestzahl von acht Plätzen in dünn besiedelten Regionen kaum rentabel zu betreiben. Weiterhin wurde von allen Projektträgern bestätigt, dass ein erheblicher Anteil der Personen in der Sterbephase nicht die vollumfängliche Versorgung eines Hospizes benötigt, so dass die Vorhaltung von Pflegefachpersonal (insb. Palliative Care-Kräfte) rund um die Uhr nicht erforderlich ist.

Die aus der Praxis heraus entstandenen Lösungen sind kleine Versorgungseinheiten mit einzelnen bzw. wenigen Plätzen, die durch ihre räumliche Nähe zu anderen Leistungsanbietern Synergieeffekte erzielen (z. B. bei den Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Leitung und Verwaltung). Das minimiert das wirtschaftliche Risiko, das durch die typischerweise bei der Zielgruppe zu erreichende niedrigere Auslastung entsteht. Auf der anderen Seite erfordern diese Versorgungsangebote gegenüber der „rein ambulanten“ Versorgung einen erhöhten Personaleinsatz, der derzeit mit den bestehenden Finanzierungslogiken im SGB V (entweder ambulant oder stationär) durch die Krankenkassen nicht vollständig refinanziert wird.

In einer ähnlichen Richtung erfolgt derzeit die Weiterentwicklung des „deutschlandweit bekannten Wohn- und Versorgungskonzeptes“ Bielefelder Modell:

„Ein Teil der Kooperationspartner, die das Bielefelder Modell tragen, bemüht sich seit einigen Jahren verstärkt um die Weiterentwicklung von Hilfen, um perspektivisch eine Begleitung am Lebensende gewährleisten zu können. Dieses Ziel entspricht durchaus dem Anspruch des Bielefelder Modells, Menschen in allen Lebensphasen wirksam unterstützen zu können. Es handelt sich zugleich um eine sehr herausfordernde Aufgabe, die entwickelte Strukturen voraussetzt, um Mitarbeiter\*innen und ehrenamtliche Kräfte darin zu unterstützen, Sterbeprozesse zu begleiten und die damit verbundenen Anforderungen, Unsicherheiten und Belastungen zu bewältigen. Die Entwicklungen im Bielefelder Modell stehen an diesem Punkt noch eher am Anfang. .... Charakteristisch für das Bielefelder Modell ist vorrangig die hospizliche Begleitung von Sterbenden, weniger die spezialisierte ambulante Palliativversorgung.“ (Wingenfeld et al., 2020, S. 8).

Um unter anderem die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase (Palliativversorgung/hospizliche Begleitung während der letzten Lebensphase oder -wochen) gewährleisten zu können, werden **befristet nutzbare Pflegewohnungen** als fester Bestandteil in den Wohnanlagen und ein weiterer Baustein der Versorgungssicherheit im Bielefelder Modell an jedem Standort eingerichtet, um temporären, besonderen Versorgungsbedarf aufzufangen. Sie dienen der vorübergehenden Entlastung pflegender Angehöriger, werden aber auch häufig bei akut auftretenden Erkrankungen nachgefragt. Der jeweilige ambulante Dienst ist für die Regelung der Nutzung bzw. für die Vermietung zuständig (Wingenfeld et al., 2020, 29 f)

---

## 9. Ordnungsrechtlicher Rahmen und Einordnung der Hospizinsel

In diesem Abschnitt wird zunächst kurz darauf eingegangen, wie sich in unserer Gesellschaft des langen Lebens in den letzten 30 Jahren der Bedarf an alter(n)sge-rechten Wohnformen verändert hat und welche Angebotsformen es mittlerweile gibt (Kapitel 9.1). Anschließend werden die rechtlichen Rahmenbedingungen bundesweit und speziell in Bayern dargelegt (Kapitel 9.2). Abschließend findet in Kapitel 9.3 die ordnungs- und leistungsrechtliche Einordnung des Konzepts der Hospizinsel statt.

### 9.1 Herausbildung neuer Wohn- und Versorgungsformen

„Die gesellschaftlichen Herausforderungen entstehen weder nur aus der Tatsache, dass immer mehr Menschen ein hohes Alter erreichen, noch allein dadurch, dass biologisches Altern mit zunehmenden Einschränkungen von Körperfunktionen und -strukturen verbunden ist. Sie resultieren vielmehr aus der Kombination der genannten Prozesse. Eine zunehmende Anzahl alter und hochaltriger Menschen weist in der Folge immer mehr und stärkere gesundheitliche Einschränkungen auf.“ (Fuchs et al., 2022, S. 43).

Wohnen und Gesundheit stehen insb. bei älteren Menschen in enger Wechselwirkung: Wohnverhältnisse und Wohnumgebungen können die Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen (z. B. erhöhen Stolperfallen die Sturzgefahr, Lichtmangel fördert depressive Verstimmungen). Mit zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen wachsen die wohnbezogenen Herausforderungen. Mittels Wohnraumanpassungen können funktionale Einschränkungen zum Teil ausgeglichen werden. Nimmt der Unterstützungsbedarf zu, kommen Formen des gemeinschaftlichen bzw. betreuten Wohnens in Betracht. Werden schließlich täglich professionelle pflegerische und medizinische Leistungen benötigt, kann dies am besten in stationären Einrichtungen sichergestellt werden. Im Zuge des medizinisch-technischen Fortschritts können heute dank moderner Technik viele Menschen trotz schwerer Erkrankungen auch zu Hause sicher versorgt werden, wie das Beispiel der außerklinischen Intensivpflege zeigt.

Die Weiterentwicklung neuer Wohnformen hat hybride Wohnkonzepte geschaffen. Diese lassen sich traditionellen Wohnkonzepttypen und auch den Kategorien „ambulante“ und „stationäre“ Versorgung immer schwerer zuordnen und sind

- ◆ Weiterentwicklungen klassischer häuslicher Wohn-, Pflege- und Versorgungssettings (z. B. Quartierskonzepte mit pflegerischer Unterstützung) oder
- ◆ Weiterentwicklungen bestehender alternativer Wohn- Pflege, und Versorgungssettings (z. B. Integration einer ambulant betreuten Pflegewohn-gemeinschaft in ein selbstorganisiertes Mehrgenerationenwohnprojekt) oder

- ◆ Weiterentwicklungen klassischer stationärer Wohn-, Pflege- und Versorgungssettings (z. B. Hausgemeinschaften in stationären Einrichtungen) (Hackmann & Kremer-Preiß, 2018)

Hybride Wohn- und Versorgungsformen zwischen „Häuslichkeit und Heim“ haben das Ziel, den Nutzerbedürfnissen umfassend gerecht werden. „Neue Wohn- und Versorgungsformen versuchen, die schwer zu vereinbarenden Wünsche nach Autonomie, individueller Lebensweise und Teilhabe mit den Bedürfnissen nach Versorgungssicherheit in Ausgleich zu bringen und individuell auszubalancieren“ (Kremer-Preiß et al., 2021, S. 121).

Die Autoren der Studie kamen zu dem Schluss, dass mit der entstandenen Vielfalt der Wohn- und Versorgungsformen auch eine Zuordnung in den ambulanten oder stationären Bereich immer schwieriger wird. Sie entwickelten eine alternative Wohnformtypisierung anhand der konzeptionellen Ausrichtung und Leistungsangebote und ordneten die untersuchten neuen Wohnformen des Modellprogramms nach § 45f SGB XI den sechs Typen zu (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24: Wohnformtypen nach konzeptioneller Ausrichtung, Häufigkeit (n = 52, Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI)

Wohnformtyp	Anteil
1. Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen (z. B. Senioren-WG, Mehrgenerationenwohnen)	1,9 %
2. Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service	5,8 %
3. Weiterentwicklung des privaten Wohnens (z. B. durch Wohnraumanpassung, Technikeinsatz etc.)	9,6 %
4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit (abWG, Pflege-WG, Bielefelder Modell)	48,1 %
5. Integrierte Konzepte (Quartierskonzepte, Verbund verschiedener Wohnformen)	28,8 %
6. Vollstationäre Pflege (stationäre Hausgemeinschaften, Demenzdörfer, KDA-Quartiershäuser)	5,8 %

Quelle: (Hackmann & Kremer-Preiß, 2018), S. 91.

Die häufigste „neue“ Wohn- und Versorgungsform, die sowohl ein hohes Maß an Selbstbestimmung als auch an Versorgungssicherheit gewährleisten kann, ist die ambulant betreute Wohngemeinschaft (abWG). Diesem ist auch die Hospizinsel zuzuordnen.

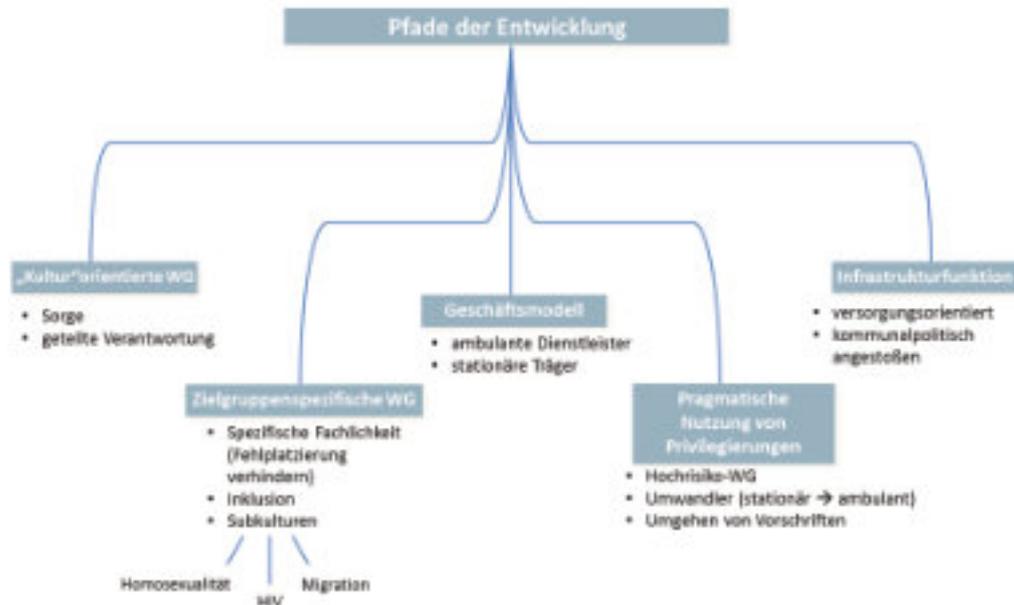
Die ersten Wohngemeinschaften wurden mit dem Wunsch gegründet, trotz Hilfe- und Unterstützungsbedarfs selbstbestimmt leben zu können bzw. unabhängig von Dritten in der Lebens- und Haushaltsführung zu sein (Storm & Klie, 2022, S. 85). Das Konzept von ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist grundsätzlich gekennzeichnet durch die Schaffung familienähnlicher und alltagsnaher Strukturen,

einen Stadtteil-/Umfeldbezug, die Gewährleistung von Versorgungssicherheit und Wohlbefinden, den Erhalt von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit und den Einbezug der Angehörigen (Fischer et al., 2011, S. 101). Angehörige und bürgerschaftlich Engagierte können in diesen Verantwortungsgemeinschaften mehr Einfluss auf die Tagesgestaltung nehmen, bis hin zur Übernahme von Betreuungsaufgaben, und zusammen mit den ambulanten Pflegediensten die pflegfachliche Kompetenz stärken. Kommunen und regionalen Investoren wird es ermöglicht, sozialraumorientierte Konzepte im ländlichen Raum und Quartierskonzepte in den Städten zu realisieren. Die Sicherung der Teilhabe ist so besser umzusetzen als in einer stationären Einrichtung (Pfundstein, 2022, S. 17).

Grundlegendes Kennzeichen von abWGs ist die Trennung von Miet- und Versorgungsvertrag. „Dadurch haben die Präsenzkräfte und auch der Pflegedienst Gaststatus, während die WG-Mitglieder das Hausrecht haben und die Rahmenbedingungen des WG-Lebens selbst bestimmen können. Die Aktivitäten in den Wohngemeinschaften speisen sich durch intensive ehrenamtliche Unterstützung von verschiedenen Peer Groups im Quartier wie beispielsweise Vereinen, Kirchen, kommunalen Unterstützungsangeboten aber auch der Lokalpolitik. Das ermöglicht ein anderes Korrektiv und eine Reduktion heimrechtlicher Überwachung“ (Storm & Klie, 2022).

Während bei den ersten ambulant betreuten Wohngruppen in den 1970er Jahren eine De-Institutionalisierung, insb. auch von Psychatrieeinrichtungen, im Vordergrund stand (Klie et al., 2017, S. 17), ging es bei den (prominenten) „Alten-WGs“ vor allem um den pflegebedingten Unterstützungsbedarf und das Vermeiden eines Umzugs ins Pflegeheim. Mit steigender Nachfrage nach alternativen Wohn- und Versorgungsformen entstanden weitere, teilweise wirtschaftlich motivierte Entwicklungspfade ambulant betreuter Wohngemeinschaften (siehe folgende Abbildung 70).

Abbildung 70: Entwicklungspfade von ambulant betreuten Wohngemeinschaften

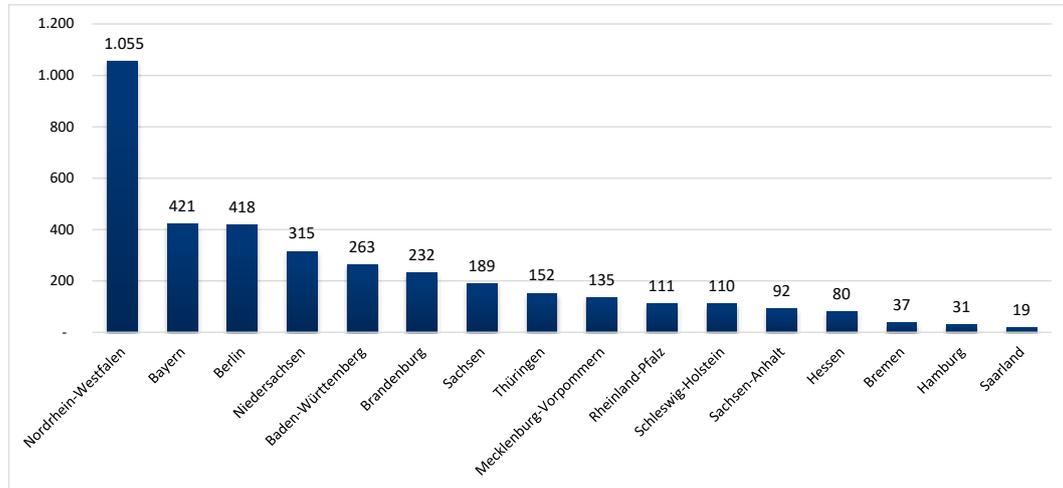


Quelle: (Klie et al., 2017, S. 18)

Neben den ersten „kultur orientierten ambulanten Wohngruppen und jenen Angeboten, die vor allem die wirtschaftlichen Vorteile ambulanter und teilweise spezifischer Versorgungsleistungen nutzen (tränergesteuerte Angebote, Geschäftsmodell und pragmatische Nutzung von Privilegierungen), gibt es auch zielgruppenspezifische abWGs, bei denen aufgrund besonderer Versorgungsbedarfe ein Poolen von Leistungsansprüchen die Versorgung außerhalb stationärer Einrichtungen aus wirtschaftlichen (und personellen) Gründen überhaupt erst ermöglicht oder/und in denen die Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund gleicher Erkrankungen/Beeinträchtigungen sich gegenseitig psychosozial unterstützen können. Und schließlich gibt es auch abWGs, die meist in dünn besiedelten, ländlichen Regionen mangels alternativer Versorgungsstrukturen entstanden sind. Diese werden teilweise auch von Kommunen initiiert oder in kommunaler Verantwortung betrieben.

Im Jahr 2022 gab es bundesweit 3.660 abWGs. Lange lag das Land Berlin bezüglich der Anzahl von abWGs an der Spitze im Bundesländervergleich. Nun haben Nordrhein-Westfalen und Bayern, z. T. auch mit Landesförderung, den Aufbau von abWGs vorangetrieben. Wie aus Abbildung 71 ersichtlich ist, gab es 2022 in NRW 1.055 ambulant betreute Wohngemeinschaften, gefolgt von Bayern mit 421 abWGs und Berlin dicht dahinter mit 418.

Abbildung 71: Anzahl von ambulant betreuter Wohngemeinschaften nach Bundesländern 2022

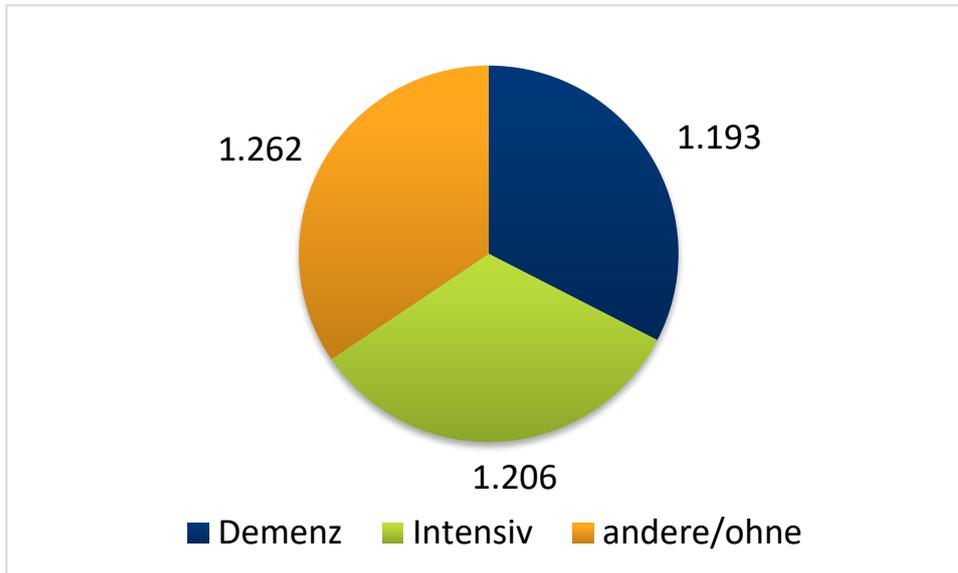


Quelle: Daten (Borchert, 2022)

Das Bayerische Landesamt für Statistik weist für 2022 mit 484 ambulant betreuten Wohngemeinschaften eine höhere Anzahl aus. Diese hielten zusammen 4.159 Plätze bereit. 2018 waren es 363 abWGs mit zusammen 2.834 Plätzen. Demnach hat sich die Anzahl der abWGs in Bayern bis 2022 um ein Drittel erhöht, die der Plätze um 47 %. Im Landkreis Mühldorf hat sich die Zahl der abWG gegen den Trend im selben Zeitraum verringert – von fünf abWG (mit 38 Plätzen) 2018 auf drei abWG (mit 32 Plätzen) 2022.

Rund ein Drittel der abWGs bundesweit haben sich auf die Betreuung von Menschen mit Demenz spezialisiert, ein weiteres Drittel entfällt auf die Intensivpflege-WGs (siehe Abbildung 72). In Bayern lag der Anteil der Intensivpflege-WGs 2022 mit 43 % (210 WGs) deutlich höher, während nur 15 % (72 WGs) sich auf die Betreuung von Menschen mit Demenz spezialisiert hatte. 202 abWGs (42 %) waren den anderen WGs zuzuordnen. Im Landkreis Mühldorf gab es 2022 keine Demenz-WG, eine Intensivpflege-WG mit acht Plätzen (und damit zwei Intensivpflege-WGs mit zusammen sechs Plätzen weniger als 2018) und zwei weitere abWGs mit zusammen 24 Plätzen.

Abbildung 72: Ambulant betreute Wohngruppen 2022 bundesweit nach Spezialisierung

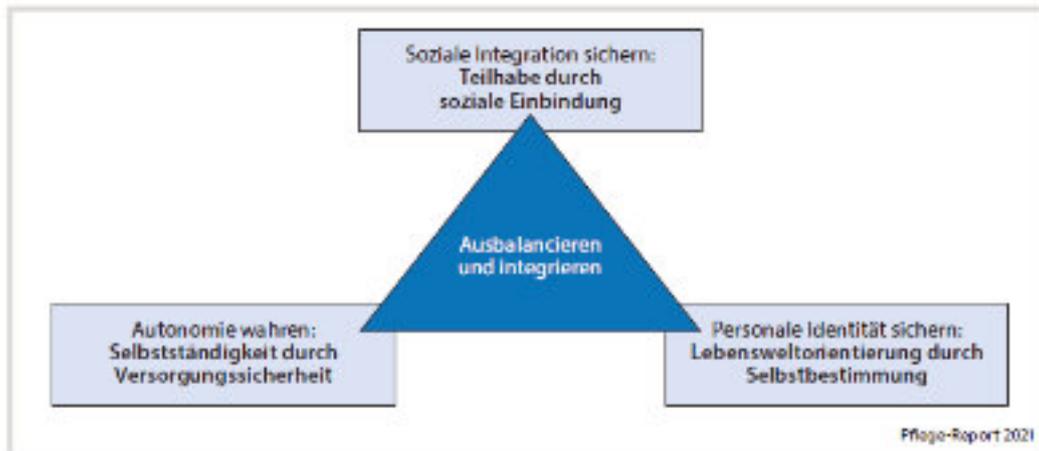


Quelle: Daten (Borchert, 2022)

Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms zum Thema „Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ (§ 45f SGB XI) untersuchte im Zeitraum 2015 bis 2018 die geförderten „neuen“ Wohnformen hinsichtlich ihrer Bedarfsgerechtigkeit für die Bewohnerinnen und Bewohner, die Erfüllung allgemeiner Qualitätsanforderungen und die wirtschaftliche Tragfähigkeit sowohl für die Bewohner als auch die Leistungserbringer und Leistungsträger (Kremer-Preiß et al., 2021, S. 120). Den Ergebnissen zufolge lassen sich die Erwartungen von Nutzern der Alternativen zur regulären vollstationären oder häuslichen Versorgung primär drei Kategorien zuordnen (siehe auch Abbildung 73):

- ◆ Wahrung der Autonomie (Selbstständigkeit trotz Beeinträchtigung),
- ◆ Sicherung der personalen Identität (Selbstbestimmung und Umsetzung individueller Wünsche oder Gewohnheiten) und
- ◆ Gewährleistung der sozialen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und einen sicheren Versorgungsrahmen.

Abbildung 73: Spannungsfeld für Wohn- und Versorgungsformen im Alter



Quelle: (Kremer-Preiß et al., 2021, S. 121)

Die Befragung von Nutzerinnen und Nutzern neuer Wohnformen ergab, dass der Aspekt der Versorgungssicherheit als Grund für den Auszug aus der eigenen Wohnung am häufigsten genannt wurde (von 2/3 der Befragten), gefolgt von der selbstständigen Lebensführung. Nur jeder zehnte nannte die soziale Einbindung als ausschlaggebendes Motiv (Hackmann & Kremer-Preiß, 2018, S. 26)

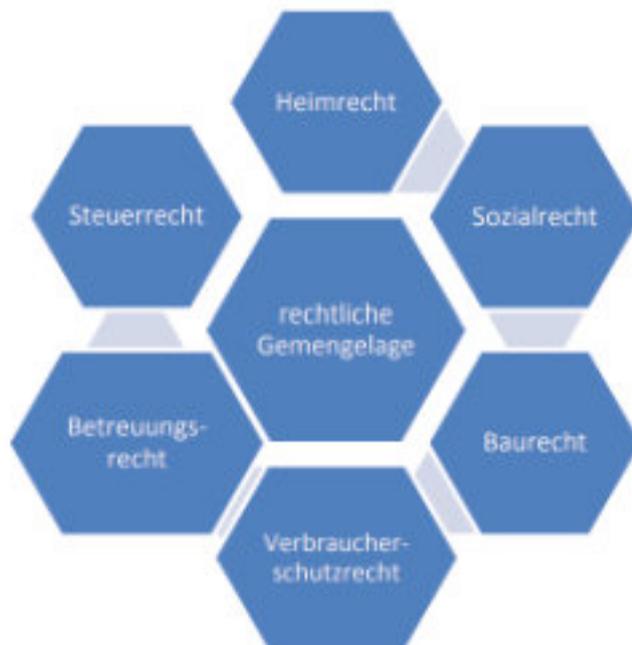
Aus dem Blickwinkel der Krisenfestigkeit von Versorgungsstrukturen konstatierte der SVR Gesundheit, dass stationäre Pflegeeinrichtungen generell in höherem Maße von „Risiken und Auswirkungen von negativen Ereignissen und Krisen besonders durch die bauliche Infrastruktur“ (hohe Zahl vulnerabler Personen an einem Ort) betroffen sind. Weiterhin heißt es, dass die stationären Einrichtungen „selten auf die Diversität der Bedürfnisse ausgerichtet [sind] – z. B. hinsichtlich der individuellen Gestaltung des eigenen Zimmers, der Privatsphäre, der gewünschten Tagesstruktur, individueller Förderung von kognitiven Ressourcen und Mobilität sowie der spezifischen fachlichen Bedarfe (z. B. im Bereich der Palliativversorgung, der Biografiearbeit oder des Wundmanagements).“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2023, S. 358).

Der Rat stellte fest, dass nicht nur aufgrund der Erfahrungen aus der Coronakrise Handlungsbedarf besteht – „auch andere Veränderungen [erfordern] eine Weiterentwicklung ambulanter und stationärer Strukturen und die Verknüpfung von selbstständigen Wohn- und sicheren Versorgungsformen zum Erhalt des Wohlergehens pflegebedürftiger Menschen. Dazu zählen veränderte soziale Netzwerkbeziehungen, veränderte Bedürfnisse und Ansprüche an eine selbstständige und sichere Lebensführung sowie veränderte personelle und finanzielle Ressourcen für deren Erfüllung.“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2023, S. 359).

## 9.2 Rechtlicher Rahmen für ambulant betreute Wohngemeinschaften

Die folgende Abbildung 74 gibt einen Überblick darüber, welche rechtlichen Vorschriften für Gründer und Betreiber von abWGs zu berücksichtigen sind.

Abbildung 74: Rechtliche Gemengelage für abWGs



Quelle: (Klie et al., 2017, S. 26)

Zentral für die Beantwortung der Forschungsfrage zur ordnungsrechtlichen Einordnung der Hospizinsel sind vor allem die Regelungen des **Heimgesetzes** (Bayern) und ergänzender Ausführungsverordnungen, die Bestimmungen zur Genehmigung des Betriebs einer Pflegeeinrichtung, zur baulichen und personellen Ausstattung sowie zu Mitwirkungsrechten der Bewohnerinnen/Bewohner und zu Sanktionen bei Nichteinhaltung gesetzlicher Vorgaben enthalten.

Das Heimgesetz (1976) war zunächst ein Gesetz auf Bundesebene, das vor allem auf den Schutz von Bewohnerinnen und Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen ausgerichtet war. Auf dessen Grundlage prüften die Behörden die Einhaltung der Bewohnerrechte sowie der vereinbarten Leistungen (Wohnen, Pflege und Betreuung).

Mit der Föderalismusreform 2006 ging die Zuständigkeit für den ordnungsrechtlichen Teil der Heimgesetzgebung auf die Bundesländer über, während auf Bundesebene nun das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG, Oktober 2009) die zivilrechtlichen Fragen zum Abschluss von Verträgen zwischen Anbietern von Wohnraum und Pflege- und Betreuungsleistungen und Pflegebedürftigen regelt. „Eines der politischen Ziele heimrechtlicher Gesetzgebungsvorhaben in den

Bundesländern war, Rechts- und Planungssicherheit für neue ambulante Wohnformen im Alter zu schaffen und dadurch zu ihrer stärkeren Verbreitung beizutragen.“ (Monika Berghäuser, 2010, S. 9).

Mit Blick auf gemeinschaftliche Pflegewohnformen lässt sich feststellen, dass diese in fast allen Bundesländern in **selbstbestimmte** ambulant betreute Wohngemeinschaften einerseits und **träggerverantwortete** Wohngemeinschaften andererseits unterschieden werden.

Während bei den selbstbestimmten Wohnformen davon ausgegangen wird, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Interessen selbst, oder mit Hilfe ihrer Angehörigen und ggf. Betreuern wirksam durchsetzen können, wird bei träggergesteuerten Wohnformen eine eingeschränkte Kontroll- und Mitbestimmungsmöglichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner unterstellt. Daher sind selbstbestimmte Wohngruppen in vielen Ländern von der behördlichen Aufsicht weitgehend ausgenommen. Bei träggergesteuerten Wohnformen dagegen übertragen die Länder die Schutzfunktion meist auf die Heimaufsichtsbehörden – so auch in Bayern.

### **9.2.1 Das Bayerische Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (PfleWoqG)**

Das Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – PfleWoqG) des Freistaates Bayern wurde vom Landtag 2008 beschlossen. Mit dem „Gesetz zur Änderung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes und weitere Rechtsvorschriften“ vom 24.07.2023, das zum 01.08.2023 in Kraft trat, wurde das PfleWoqG geändert. Neben den „selbstgesteuerten“ ambulant betreuten Wohngemeinschaften (abWG) sind seit der Novellierung in Bayern nun auch sogenannte „träggergesteuerte abWGs“ möglich.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind nach Art. 2 Abs. 4 PfleWoqG „Wohnformen, die dem Zweck dienen, pflegebedürftigen Menschen das Leben in einem gemeinsamen Haushalt und die Inanspruchnahme externer Pflege- oder Betreuungsleistungen gegen Entgelt zu ermöglichen, sodass ein Mindestmaß an gemeinsamer Lebensführung zu bewältigen ist.“

Selbstgesteuert sind abWGs, wenn dort nicht mehr als zwölf pflegebedürftige Personen wohnen und sie folgende Voraussetzungen erfüllen (Art. 2 Abs. 4 Satz 3 PfleWoqG):

1. die Selbstbestimmung der Mieterinnen und Mieter ist gewährleistet,
  2. die Mieterinnen und Mieter oder deren gesetzliche Vertretungs- oder Betreuungspersonen können die Betreuungs- und Pflegedienste sowie Art und Umfang der Betreuungs- und Pflegeleistungen frei wählen,
  3. die Pflege- oder Betreuungsdienste haben nur einen Gaststatus, insbesondere keine Büroräume in der oder in enger räumlicher Verbindung mit der ambulant betreuten Wohngemeinschaft und
-

4. die ambulant betreute Wohngemeinschaft ist baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständig, insbesondere kein Bestandteil einer stationären Einrichtung, und es befinden sich nicht mehr als zwei ambulant betreute Wohngemeinschaften der gleichen Initiatoren in unmittelbarer räumlicher Nähe und organisatorischem Verbund.

Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, „ist die ambulant betreute Wohngemeinschaft trägergesteuert“ und es gelten die Bestimmungen des zweiten Teils des PflegeWoqG (Artikel 3 bis 17), d. h. die besonderen Vorschriften für stationäre Einrichtungen (Art. 2 Abs. 4 Satz 5 und 6 PflegeWoqG).

Bei trägergesteuerten ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist anstelle einer Bewohnervertretung ein Gremium der Selbstbestimmung zur Regelung der Angelegenheiten des täglichen Lebens einzurichten.

Artikel 17 PflegeWoqG beinhaltet Erprobungs- und Ausnahmeregelungen, auf deren Grundlage Träger zur Erprobung neuer Betreuungs- oder Wohnformen bei der zuständigen Behörde Ausnahmegenehmigungen beantragen können. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Befreiungen von Anforderungen an die bauliche und personelle Ausstattung oder die Einrichtung einer Bewohnervertretung möglich. Der Schutzzweck des Gesetzes, der in Artikel 1 Abs.1 PflegeWoqG normiert ist, darf dadurch nicht gefährdet werden. Dieser besteht darin,

1. die Würde, die Interessen und Bedürfnisse sowie die kulturelle, ethnische, geschlechtliche und sexuelle Identität pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen als Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mieterinnen und Mieter stationärer Einrichtungen und sonstiger Wohnformen im Sinn dieses Gesetzes (Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mieterinnen und Mieter) vor Beeinträchtigung zu schützen,
2. die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung, die Selbstverantwortung, die Teilhabe am Leben der Gesellschaft sowie die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner oder Mieterinnen und Mieter zu wahren und zu fördern,
3. in stationären Einrichtungen und sonstigen Wohnformen im Sinn dieses Gesetzes eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Betreuung und Wohnqualität für die Bewohnerinnen und Bewohner oder Mieterinnen und Mieter zu sichern,
4. die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner oder Mieterinnen und Mieter zu gewährleisten,
5. die Beratung in Angelegenheiten der stationären Einrichtungen oder sonstigen Wohnformen im Sinn dieses Gesetzes zu unterstützen,
6. die Einhaltung der dem Träger gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern oder der den Initiatoren gegenüber den Mieterinnen und Mietern obliegenden Pflichten zu sichern.

Die zuständige Behörde kann die Ausnahmeregelung für zunächst fünf Jahre erteilen, um weitere fünf Jahre verlängern und schließlich ohne zeitliche Begrenzung

---

aussprechen. Der Träger muss die Erprobung wissenschaftlich begleiten und auswerten lassen.

Die besonderen Vorschriften für stationäre Einrichtungen (zweiter Teil des PflWoqG) enthalten Anforderungen an Träger und Leitung der Einrichtung (Abschnitt 1) sowie Aufgaben und Befugnisse der zuständigen Behörde (Abschnitt 2).

Der Träger der Pflegeeinrichtung hat im Rahmen der Anzeigepflichten u. a. einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI, die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung nach § 84 Abs. 5 SGB XI und, soweit vorhanden, den Personalabgleich nach § 84 Abs. 6 SGB XI nachzuweisen (Artikel 4 Abs. 1 Punkt 5 PflWoqG).

### **9.2.2 Die Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes und Weiterbildung in der Pflege und Hebammenkunde (AVPflWoqG)**

Die Ausführungsverordnung zum PflWoqG vom 27.07.2011, zuletzt geändert am 22.12.2020, enthält für stationäre Einrichtungen im Sinn des Art. 2 Abs. 1 Satz 1 PflWoqG, die in der Regel mindestens sechs Personen aufnehmen, Mindestanforderungen an die **räumliche und bauliche Gestaltung** (Teil 1 AVPflWoqG).

**Personelle Mindestanforderungen** an stationäre Einrichtungen im Sinn des Art. 2 Abs. 1 Satz 1 PflWoqG enthält Teil 2 des Bayerischen AVPflWoqG - zur Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung (§§ 12 bis 14), zum Personal für Betreuende Tätigkeiten (§ 15), zu Fachkräften und qualifizierten Hilfskräften (§ 16) sowie zur Fort- und Weiterbildung (§ 17).

Weitere Regelungen zur Personalausstattung vollstationärer Pflegeeinrichtungen werden auf Landesebene von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI getroffen. Seit dem 1. Juli 2023 gelten dabei nach § 113c SGB XI bundesweit einheitliche Höchst-Personalanhaltswerte je Pflegegrad (unterschieden nach Fach- und Hilfskräften mit und ohne Ausbildung), der in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vereinbart werden darf.

Weiterhin regelt § 113c Abs. 8 SGB XI, dass das Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 30. Juni 2024 Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung festlegt.

In einem Nachtrag vom 18.04.2023 zum Rahmenvertrag für die vollstationäre Pflege in Bayern wurde ein durchschnittlicher Personalschlüssel von einer Personalstelle in Pflege und Betreuung je 2,44 Bewohnerinnen/Bewohner (bei einer Wochenarbeitszeit von 38,5 Wochenstunden) festgelegt. Die Fachkraftquote soll mindestens 43 % betragen. Bei der bayernweit durchschnittlichen Pflegegradverteilung ergeben sich 40,93 Stellen bei 100 belegten Plätzen, davon müssten mindestens 17,9 Fachkräfte sein (Schwan & Partner, 2023, S. 4).

Weiterhin dürfen folgende Personalschlüssel nicht überschritten werden:

Pflegegrad 1 - 1:4,53

Pflegegrad 2 - 1:3,43

Pflegegrad 3 - 1:2,45

Pflegegrad 4 - 1:1,82

Pflegegrad 5 - 1:1,49

**Durchschnitt: 1:2,24**

Damit ergeben sich bei 100 belegten Plätzen 44,63 Stellen und maximal 19,39 Fachkraftstellen (Schwan & Partner, 2023, S. 5)

Teil 3 des AVPfleWoqG regelt die **Mitwirkung und Teilhabe** der Bewohnerinnen und Bewohner durch Bewohnervertretungen

Der Träger der stationären Einrichtung hat auf die Bildung einer Bewohnervertretung hinzuwirken, insb. hat er die Bewohnerinnen und Bewohner über ihre Rechte und Möglichkeiten im Zusammenhang mit der Bildung einer Bewohnervertretung aufzuklären (§ 19 Abs. 1 AVPfleWoqG). Die Bewohnervertretung besteht in stationären Einrichtungen mit in der Regel bis 19 Bewohnerinnen und Bewohnern aus einem Mitglied und erhöht sich je nach Platzzahl (§ 22 AVPfleWoqG).

Die Bewohnervertretung hat gem. § 39 Abs. 1 AVPfleWoqG folgende Aufgaben:

1. Maßnahmen des Betriebs der stationären Einrichtung, die den Bewohnerinnen und Bewohnern der stationären Einrichtung dienen, bei der Einrichtungsleitung oder dem Träger der stationären Einrichtung zu beantragen,
2. Anregungen und Beschwerden von Bewohnerinnen und Bewohnern entgegenzunehmen und erforderlichenfalls durch Verhandlungen mit der Einrichtungsleitung oder in besonderen Fällen mit dem Einrichtungsträger auf ihre Erledigung hinzuwirken,
3. die Eingliederung der Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Einrichtung zu fördern,
4. bei Entscheidungen in Angelegenheiten nach §§ 40 und 42 mitzubestimmen und mitzuwirken,
5. vor Ablauf der Amtszeit einen Wahlausschuss zu bilden und
6. Bewohnerversammlungen durchzuführen.

Die Bewohnervertretung bestimmt bei folgenden Entscheidungen der Leitung der stationären Einrichtung im Rahmen der vom Einrichtungsträger jährlich festzulegenden Budgets mit (§ 40 AVPfleWoqG):

1. Aufstellung der Grundsätze der Verpflegungsplanung,
  2. Freizeitgestaltung und Bildungsangebote einschließlich der Planung und Durchführung der von der Einrichtungsleitung angebotenen Veranstaltungen,
-

3. Angelegenheiten der sozialen Betreuung im Rahmen des Gesamtkonzepts der Einrichtung der Pflege und für ältere Menschen,
4. Qualitative Aspekte der Betreuung und Pflege im Rahmen des Gesamtkonzepts der Einrichtung und
5. Ausgestaltung der Gemeinschaftsräume.

Weiterhin wirkt die Bewohnervertretung gem. § 42 Abs. 1 AVPfleWoqG bei folgenden Angelegenheiten mit:

1. Aufstellung oder Änderung der Musterverträge für Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Hausordnung,
2. Maßnahmen zur Verhinderung von Unfällen,
3. Unterkunft und Betreuung,
4. Erweiterung, Einschränkung oder Einstellung des Betriebs der stationären Einrichtung,
5. Zusammenschluss mit einer anderen stationären Einrichtung,
6. Änderung der Art und des Zwecks der stationären Einrichtung oder ihrer Teile,
7. umfassende bauliche Veränderungen oder Instandsetzungen der stationären Einrichtung und
8. Maßnahmen zur Förderung einer angemessenen Qualität der Betreuung.

§ 46 AVPfleWoqG enthält Bestimmungen zur Sicherung der **Teilhabe**. Die stationäre Einrichtung soll die Bewohnerinnen und Bewohner bei ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in der örtlichen Gemeinschaft unterstützen und insbesondere Angehörige, gesetzliche Betreuer, Bevollmächtigte, ehrenamtlich Tätige, Institutionen und Dienstleister bei der Tages- und Lebensgestaltung einbeziehen (§ 46 Abs. 1). In stationären Hospizen ist dabei die besondere Lebenssituation der schwer kranken sterbenden Bewohnerinnen und Bewohner zu berücksichtigen (§ 46 Abs. 3).

Teil 4 AVPfleWoqG regelt Themen der **Zusammenarbeit, Arbeitsgemeinschaften, datenschutzrechtliche Bestimmungen**; Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten; sachverständiger Dritter.

Hier werden die zuständigen Behörden verpflichtet, eng mit den Pflege- und Krankenkassen, deren Landesverbänden, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe zusammenzuarbeiten (§ 47 Abs. 1 AVPfleWoqG). Zur Durchführung der Zusammenarbeit können Arbeitsgemeinschaften gebildet werden (§ 47 Abs. 4 AVPfleWoqG).

Der Einrichtungsträger hat Aufzeichnungen zu erstellen, aus denen folgende Aspekte ersichtlich werden (§ 48 Abs. 1 AVPfleWoqG):

1. die Nutzungsart, die Lage, die Zahl und die Größe der Räume sowie die Belegung der Wohnräume,
  2. der Name, der Vorname, das Geburtsdatum, die Anschrift und die Ausbildung der Beschäftigten, deren regelmäßige Arbeitszeit, die von ihnen in der
-

- stationären Einrichtung ausgeübte Tätigkeit und die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses sowie die Dienstpläne,
3. der Name, der Vorname, das Geburtsdatum, das Geschlecht und der Behandlungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner sowie bei pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern im Sinn des § 9 Abs. 1 Satz 2 die Pflegestufe,
  4. der Erhalt, die Aufbewahrung und die Verabreichung von Arzneimitteln einschließlich der pharmazeutischen Überprüfung der Arzneimittelvorräte und der Unterweisung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln,
  5. die Pflegeplanungen und die Pflegeverläufe für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner im Sinn des § 9 Abs. 1 Satz 2,
  6. für Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderung Förder- und Hilfepläne einschließlich deren Umsetzung,
  7. die Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung sowie zur Qualitätssicherung, insbesondere zum Beschwerdemanagement, zur Personaleinsatzplanung, zur Fort- und Weiterbildung und zum Angebot von Supervision oder vergleichbaren Maßnahmen,
  8. die freiheitsbeschränkenden und die freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Bewohnerinnen und Bewohnern, die Überprüfung von deren Notwendigkeit sowie die Angabe des für die Anordnung der Maßnahme Verantwortlichen, und
  9. die für die Bewohnerinnen und Bewohner verwalteten Gelder oder Wertgegenstände.

Teil 5 AVPfleWoqG enthält **Befreiungen und Abweichungen** sowie Sanktionen bei Ordnungswidrigkeiten. So kann die zuständige Behörde gem. § 50 Abs. 1 AVPfleWoqG auf Antrag des Trägers einer stationären Einrichtung diesen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Erfüllung der **baulichen Mindestanforderungen** befreien, „wenn die Befreiung mit den Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner vereinbar ist.“

In § 50 Abs. 3 AVPfleWoqG wird explizit auf die besondere Situation stationärer Hospize eingegangen: In diesen „sind bei der Anwendung der §§ 1 bis 9 [räumliche und bauliche Mindestanforderungen] der Zweck der Einrichtung und die besonderen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner zu berücksichtigen. Von den Anforderungen kann insoweit mit Zustimmung der zuständigen Behörde abgewichen werden.“

Ebenso kann die zuständige Behörde dem Träger einer stationären Einrichtung auf seinen Antrag aus wichtigem Grund eine Befreiung von den **personellen Mindestanforderungen** in § 12 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 und 4 in Verbindung mit § 71 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB XI erteilen, wenn die Befreiung mit den Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner vereinbar ist (§ 51 Abs. 1 AVPfleWoqG). Auch hier wird darauf verwiesen, dass die besonderen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Hospize bei der Umsetzung der personellen

Mindestanforderungen zu berücksichtigen ist und ggf. Abweichungen möglich sind (§ 51 Abs. 5 AVPfleWoqG).

Die Teile 6 und 7 AVPfleWoqG regeln Allgemeine (Teil 6) und Besondere (Teil 7) **Vorschriften zur Weiterbildung**, Teil 8 Eignungsprüfung, Anpassungslehrgang, Kenntnisprüfung für Pflegepersonen mit ausländischen Berufsabschlüssen. Diese Regelungen finden auf die Berufsgruppen nach den §§ 1, 58 oder 64 des Pflegeberufgesetzes (PflBG) und nach § 3 Hebammengesetz (HebG) Anwendung.

Die Teile 6 und 7 umfassen die Weiterbildungen zur

1. Einrichtungsleitung,
2. Pflegedienstleitung,
3. Praxisanleitung und
4. Gerontopsychiatrischen Pflege und Betreuung.

Der abschließende Teil 9 AVPfleWoqG enthält Übergangs- und Schlussbestimmungen.

### 9.2.3 Regelungen in anderen Bundesländern

In diesem Abschnitt werden die heimrechtlichen Regelungen für abWGs einiger anderer Bundesländer vorgestellt. Ausgewählt wurden Baden-Württemberg (selbstverantwortete WGs fallen nicht unter das Heimgesetz), Berlin (Vorreiter bei den abWGs), Nordrhein-Westfalen (Land mit der größten Anzahl von abWGs) und Niedersachsen (spezielle Rechtslage für die Leistungsverpflichtung nach SGB V).

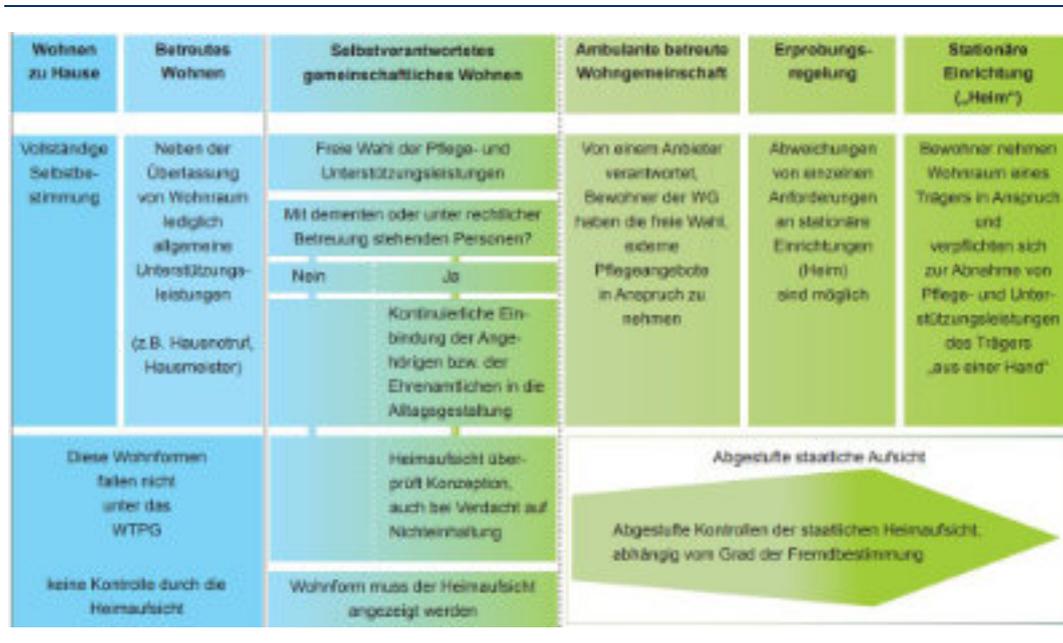
#### **Baden-Württemberg**

In Baden-Württemberg löste das „Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG)“ im Mai 2014 das bis dahin geltende Landesheimgesetz Baden-Württemberg ab. „Während das alte Landesheimgesetz nur die Alternative „Pflegeheim“ oder „Häuslichkeit“ kannte, fördert und ermöglicht das neue Gesetz eine bisher nie dagewesene Vielfalt von Wohn- und Versorgungsformen.“ (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/pflege/neue-wohnformen-bei-betreuungs-oder-pflegebedarf> [Abruf am 21.12.2023]).

Nach der neuen Rechtslage unterliegen selbstverantwortete Wohngemeinschaften - anders als ambulant betreute Wohngemeinschaften - nicht dem WTPG, da in selbstverantworteten Wohngemeinschaften die Bewohner ihre Angelegenheiten eigenverantwortlich regeln. Gem. § 14 WTPG besteht lediglich eine Anzeigepflicht der vollständig selbstverantworteten Wohngemeinschaften (und der ambulant betreuten Wohngemeinschaften). Leben Menschen mit Demenz oder rechtlicher Betreuung in der selbstverantworteten Wohngemeinschaft, müssen Angehörige und ehrenamtlich tätige Personen kontinuierlich in die Alltagsgestaltung eingebunden werden und die Heimaufsicht überprüft die Konzeption der Wohngemeinschaft (vgl. Abbildung 75).

---

Abbildung 75: Wohnformen außerhalb und innerhalb des Heimrechts (WTPG) in Baden-Württemberg



Quelle: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads\\_Pflege/Schaubild\\_WTPG.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Schaubild_WTPG.pdf) [Abruf am 21.12.2023]

„Herzstück des neuen Gesetzes ist die neu geschaffene Wohnform „ambulant betreute Wohngemeinschaft“ (§ 5 WTPG) für volljährige Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf.“ (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, s. o.). In abWGs wohnen max. 12 Personen, die die täglichen Abläufe nur teilweise selbst bestimmen können. Daher ist hier in einem gewissen Umfang eine staatliche Aufsicht vorgesehen. Ein Anbieter verantwortet die WG beziehungsweise organisiert Wohn- und/oder Serviceleistungen. Die Bewohnerinnen und Bewohner können ihre Pflegeleistungen frei wählen, eine Präsenzkraft ist rund um die Uhr anwesend und in der Wohnung stehen insgesamt 25 Quadratmeter pro Person zur Verfügung (§ 13 WTPG).

In ambulant betreuten Wohngemeinschaften erfolgt gem. § 18 WTPG eine Überprüfung der Qualität der Versorgung durch die Heimaufsicht. Regelprüfungen erfolgen in den ersten drei Jahren nach Leistungsaufnahme (eine Regelprüfung pro Kalenderjahr) sowie ggf. anlassbezogene Prüfungen (§ 18 I WTPG). Leben zwischen 9 und 12 Personen in einer abWG, wird eine „heimähnliche“ Versorgungsform unterstellt und es werden höhere Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Betreuungskräfte, ihre Präsenzzeit und an die baulichen Standards gestellt.

### Berlin

Auch das Land Berlin hat infolge der wachsenden Beliebtheit von abWGs sein „Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen

Wohnformen/Wohnteilhabegesetz – WTG“ (2010) mit Beschluss vom 04. Mai 2021 reformiert. Die Neuerungen zielen auf eine entsprechende Weiterentwicklung insb. von anbieterverantworteten abWGs und definieren die unterschiedlichen Angebotstypen klarer als bisher. Weiterhin soll der Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf gestärkt werden.

Pflege-Wohngemeinschaften sind gem. § 5 WTG Wohnformen, bei denen mindestens drei und höchstens zwölf Nutzerinnen und Nutzer zum Zwecke einer gemeinschaftlichen Haushaltsführung in einer gemeinsamen Wohnung zusammenleben und ein oder mehrere Leistungsanbieter für die Nutzerinnen und Nutzer vertraglich Pflege- und Betreuungsleistungen vorhalten, anbieten oder erbringen. Leistungsanbieter dürfen keine Geschäftsräume in der WG haben und die abWG darf nicht organisatorischer Bestandteil einer Einrichtung sein.

Als selbstverantwortet gilt eine abWG, wenn Miet- und Versorgungsvertrag rechtlich voneinander unabhängig sind, die Bewohnerinnen und Bewohner bei der Wahl der Leistungserbringer frei sind und sie ihr Zusammenleben und die Alltagsgestaltung vollständig selbst bestimmen und verantworten (§ 5 Abs. 2 WTG). Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, gelten abWG als anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaft. „Eine anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaft darf nicht betrieben werden, wenn nicht ein Pflegedienst als Leistungsanbieter nach § 2 Absatz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für den Betrieb der Wohngemeinschaft und die Einhaltung sämtlicher Voraussetzungen und Anforderungen nach diesem Gesetz verantwortlich ist.“ (§ 5 Abs. 3 WTG). Intensivpflege-Wohngemeinschaften sind gem. § 6 WTG anbieterverantwortete Pflege-WGs. Sie müssen mindestens zwei intensivpflegebedürftige Personen beherbergen.

Besondere Vorgaben für anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaften sind:

Tabelle 25: Übersicht zu Regelungen für anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaften im WTG Berlin

Norm	Titel	Regelungsinhalte insb. für anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaften
§ 10 Abs.1 WTG	Transparenz	Leistungsanbieter ist verpflichtet, <ul style="list-style-type: none"> <li>- allen Interessentinnen und Interessenten sein Leistungsangebot aufgeschlüsselt nach Art, Inhalt, Umfang und Preis zugänglich zu machen, bei anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften auch darüber, ob und inwieweit die Wohnung barrierefrei und uneingeschränkt mit dem Rollstuhl zugänglich und nutzbar nach DIN 18040 Teil 2, Ausgabe September 2011, ist.</li> <li>- künftigen Nutzerinnen und Nutzer vor Abschluss von Verträgen über die grundsätzlichen Unterschiede zu anderen gemeinschaftlich betreuten Wohnformen aufzuklären,</li> </ul>

Norm	Titel	Regelungsinhalte insb. für anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaften
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- den Nutzerinnen und Nutzern zum Ende eines jeden Monats die Entstehung, Verwaltung und Abrechnung von Kosten für Lebenshaltung und Rücklagen offenzulegen,</li> <li>- die Wohngemeinschaftsordnung an zentralem Ort auszuhängen.</li> </ul>
§ 10 Abs. 7 WTG	Transparenz	<p>Die Aufsichtsbehörde ist berechtigt, anonymisierte Daten über Anzahl, Anschriften, zielgruppenspezifische Ausrichtungen, Platzzahlen und tatsächliche Belegungen von anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften im Land Berlin unter Nennung der Leistungsanbieter zum Zweck der individuellen Beratung an die nach § 7c des Elften Buches Sozialgesetzbuch eingerichteten Pflegestützpunkte, die Landesverbände der Pflegekassen, Ersatzkassen und den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe an nach oder entsprechend § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beauftragte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie weitere unabhängige Beratungsstellen weiterzugeben, auf Anfrage auch an die für die Hilfe zur Pflege zuständige Behörde des jeweiligen Bezirksamtes im Hinblick auf ihre Aufgaben nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch.</p>
§ 11 Abs. 5 und 6	Beteiligungs- und Einsichtsrechte	<p>Bei anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- haben die Nutzerinnen und Nutzer hinsichtlich des Einzuges und Auszuges von Nutzerinnen und Nutzern ein Mitwirkungsrecht.</li> <li>- und Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderungen haben die betroffenen Nutzerinnen und Nutzer hinsichtlich der Gestaltung und Möblierung von Gemeinschaftsräumen und -flächen ein Mitwirkungsrecht.</li> </ul>
§ 14 WTG	Gemeinschaftsvereinbarung und Wohngemeinschaftsordnung bei anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften	<p>Abs. 1: Bei anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften hat der verantwortliche Leistungsanbieter darauf hinzuwirken, dass die Nutzerinnen und Nutzer eine schriftliche Vereinbarung haben, die das Gemeinschaftsleben sowie die Rechte und Pflichten der Nutzerinnen und Nutzer im Innenverhältnis regelt (Gemeinschaftsvereinbarung).</p> <p>Abs. 3: Bei anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften hat der verantwortliche Leistungsanbieter sicherzustellen, dass für die Wohngemeinschaft eine Ordnung besteht, die das Verhältnis zwischen Leistungsanbieter und Nutzerinnen und Nutzern regelt (Wohngemeinschaftsordnung).</p>
§ 15 WTG	Mitwirkung in WGs	<p>Abs. 1: Zum Zwecke der Mitwirkung kann für jede anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaft und jede</p>

Norm	Titel	Regelungsinhalte insb. für anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaften
		<p>Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderungen eine Wohngemeinschaftsvertretung gebildet werden, deren Mitglieder von den Nutzerinnen und Nutzern persönlich bestimmt werden.</p> <p>Abs. 2: ..... hat der verantwortliche Leistungsanbieter in geeigneter Weise auf die Bildung einer Wohngemeinschaftsvertretung hinzuwirken.</p>
§ 16 WTG	Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	<p>Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 3: Die Träger von Einrichtungen haben die Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner am Leben in der Gesellschaft und die Öffnung der Einrichtungen in das Gemeinwesen unter Einbeziehung der lokal bestehenden Angebote und Netzwerke zu fördern, sofern diese eine während der Öffnungszeiten durchgehende Pflege und Betreuung sicherstellen.</p> <p>Abs. 4: Bei anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften hat der für die Wohngemeinschaft verantwortliche Leistungsanbieter über die Anforderungen des Absatzes 3 hinaus darauf hinzuwirken, dass die Wohngemeinschaft in den Sozialraum integriert ist, um eine Teilhabe der Nutzerinnen und Nutzer am Leben in der Gesellschaft und die Öffnung in das Gemeinwesen zu ermöglichen (Sozialraumintegration).</p>
§ 17 WTG	Anforderungen an Leistungserbringung und Leistungsangebot	<p>Abs. 1: Der Leistungsanbieter muss die zur Betriebsführung erforderliche Zuverlässigkeit, insbesondere auch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, besitzen.</p> <p>Abs. 2: Der Leistungsanbieter ist verpflichtet, die Leistungen an den Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner auszurichten und eine dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse entsprechende angemessene Qualität der Pflege und Betreuung zu erbringen. Sicherzustellen ist u. a. dass die Konzeption der Leistungserbringung nach Nummer 12 zusätzlich Aussagen zur Zusammenarbeit des Leistungsanbieters mit für die Sozialraumintegration nach § 16 Absatz 4 in Frage kommenden Personen enthält.</p> <p>Abs. 4: Bei anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften und Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderungen hat der für die Wohngemeinschaft verantwortliche Leistungsanbieter sicherzustellen, dass eine angemessene Qualität des Wohnens gewährleistet ist, soweit der Leistungsanbieter den Raum zum Wohnen überlässt.</p>
§ 20 WTG	Meldepflichten bei Pflege-Wohngemeinschaften	<p>Abs. 4 Bei anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften im Sinne von § 5 Absatz 3 und § 6 besteht die Meldepflicht für die Leistungsanbieter, die die Verantwortung für die Wohngemeinschaft tragen.</p> <p>Abs. 6: Nach der Inbetriebnahme einer anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaft sind die zu aktualisierenden Angaben nach Absatz 2 Nummer 2 bis 10</p>

Norm	Titel	Regelungsinhalte insb. für anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaften
		<p>sowie Absatz 3 mit Stand 31. Dezember eines Jahres zum 15. Februar des folgenden Jahres schriftlich oder elektronisch zu melden (Jahresmeldung).</p> <p>Abs. 7: Bei anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften sind besondere Vorkommnisse im Sinne von § 19 Absatz 3 der Aufsichtsbehörde unverzüglich zu melden.</p>
§ 22 WTG	Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten	<p>Abs. 1: zusätzlich zu den Pflichten für alle Leistungsanbieter müssen anbieterverantwortete Pflege-WG auch Aufzeichnungen zur Nutzungsart der Wohnform, insbesondere hinsichtlich ihrer Zielgruppen, und Räume, sowie Lage, Zahl und Größe der Räume sowie die Belegung der Räumlichkeiten, die Bewohnerinnen, Bewohner, Nutzerinnen und Nutzer jeweils individuell als persönlichen Wohn- oder Aufenthaltsmittelpunkt und zu Schlafzwecken nutzen (vorgehaltene Platzzahl), aufgeteilt nach Zielgruppen machen sowie die Musterverträge, bei anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften zusätzlich die Gemeinschaftsvereinbarung und die Wohngemeinschaftsordnung vorlegen.</p>
§ 24 WTG	Aufsicht bei Pflege-WGs und Pflichtberatung vor Inbetriebnahme	<p>Abs. 1: Die Aufsicht durch die Aufsichtsbehörde beginnt mit der Meldung nach § 20 Absatz 1, spätestens jedoch drei Monate vor der vorgesehenen Inbetriebnahme der Pflege-Wohngemeinschaft.</p> <p>Abs 2: Die Gründerin oder der Gründer einer Pflege-Wohngemeinschaft muss sich vor der vorgesehenen Inbetriebnahme von der Aufsichtsbehörde beraten lassen (Pflichtberatung vor Inbetriebnahme).</p>
§ 25 WTG	Zuordnungsprüfung bei Wohnformen für pflegebedürftige Menschen	<p>Abs. 1: Als Pflege-Wohngemeinschaften in Betrieb gegangene Wohnformen werden von der Aufsichtsbehörde dahingehend überprüft, ob es sich um eine selbstverantwortete Pflege-Wohngemeinschaft, anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaft, Pflegeeinrichtung oder sonstige Wohnform handelt (Zuordnungsprüfung).</p>
§ 26 WTG	Prüfung von WGs	<p>Abs1: Die Aufsichtsbehörde kann die Leistungserbringung bei Wohngemeinschaften anlassbezogen prüfen, wenn Hinweise auf Mängel vorliegen oder wenn festgestellt werden soll, ob Maßnahmen nach den §§ 28 bis 32 beachtet werden (Anlassprüfungen).</p> <p>Abs2: Die Aufsichtsbehörde prüft in anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften in regelmäßigem Abstand von höchstens vier Jahren anlasslos (Regelprüfungen), ob die Leistungsanbieter die Anforderungen des WTG einhalten.</p>

Quelle: WTG Berlin vom 04.05.2021, Zusammenstellung IGES

## Nordrhein-Westfalen

Das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) NRW vom 2. Oktober 2014 wurde zuletzt im März 2023 novelliert. Es enthält im Teil 1 Kapitel 2 zunächst Gemeinsame Anforderungen an alle Wohn- und Betreuungsangebote (u. a. hinsichtlich der Teilhabe am Leben der Gesellschaft, der Informationspflichten, Leistungen der Leistungsanbieter, freiheitsbeschränkender Maßnahmen, Anzeige- und Dokumentationspflichten sowie zur Qualitätssicherung). In § 4 Abs. 5 heißt es mit Blick auf die Versorgung am Lebensende: „Zur Gewährleistung einer angemessenen Palliativversorgung haben Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter die Inanspruchnahme der Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch eine Kooperation mit den entsprechenden Angeboten zu ermöglichen. Dies gilt nur, wenn auch Nutzerinnen und Nutzer mit nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankungen bei einer zugleich eng begrenzten Lebenserwartung betreut werden sollen und die Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter sich nicht zur vollständigen Leistungserbringung durch eigene Beschäftigte entschieden haben.“

Die Regelungen in Teil 2 unterscheiden sich nach „Einrichtungen mit umfassenden Leistungsangebot“ (Kapitel 1), „Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen“ (Kapitel 2) sowie in den folgenden Kapiteln nach Servicewohnen, ambulanten Diensten, Gasteinrichtungen (dazu zählen insbesondere Hospize, Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen) und Angeboten zur Teilhabe am Arbeitsleben in Werkstätten für behinderte Menschen.

Die Teile 3 und 4 enthalten die Themen Ordnungswidrigkeiten, Zuständigkeiten, Zusammenarbeit und Verordnungsermächtigung (3) sowie die Schlussvorschriften (4).

Als „Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen“ gelten gem. § 24 NRW WTG „Wohn- und Betreuungsangebote, in denen mehrere ältere oder pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit Behinderungen in einer Wohnung mit einem gemeinsamen Hausstand leben und ihnen von einem oder mehreren Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern Betreuungsleistungen angeboten werden. Dies gilt nicht für Personen, die in einer Partnerschaft leben oder verwandt sind und in einem gemeinsamen Haushalt leben.“ Auch NRW unterscheidet selbst- und anbieterverantwortete Wohngemeinschaften. Die Definition selbstverantworteter WGs ist analog zu den Regelungen in Berlin - Miet- und Versorgungsvertrag sind rechtlich voneinander unabhängig und die Bewohnerinnen und Bewohner sind bei der Wahl der Leistungserbringer frei. Hinzu kommt in NRW, dass die Nutzerinnen und Nutzer das Hausrecht ausüben, die Gemeinschaftsräume selbst gestalten, die gemeinschaftlichen Finanzmittel selbst verwalten und die Lebens- und Haushaltsführung sowie das Alltagsleben selbstbestimmt gemeinschaftlich gestalten. Neue Nutzerinnen bzw. Nutzer dürfen nicht gegen den Willen der bereits in der WG lebenden Personen aufgenommen werden.

Erfüllt eine Wohngemeinschaft diese Anforderungen nicht voll, gilt sie als anbieterverantwortet. Bei der Einordnung einer WG sind die konzeptionelle

Ausrichtung, die tatsächliche Nutzerstruktur bei Einzug sowie die Aussagen der Nutzerinnen und Nutzer zu berücksichtigen (§ 24 Abs. 4 NRW-WTG).

Anbieterverantwortete Wohngemeinschaften mit bis zu zwölf Bewohnerinnen und Bewohnern sollen in den Sozialraum integriert werden, um eine umfassende Teilhabe der Nutzerinnen und Nutzer am Leben in der örtlichen Gemeinschaft zu ermöglichen (§ 26 Abs. 1 NRW-WTG). Wirken mehrere Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter im Rahmen einer Wohngemeinschaft zusammen, so haben sie schriftlich festzuhalten, wer die Verantwortung und Abstimmung für welche Unterstützungsleistungen und Abläufe in der Wohngemeinschaft übernimmt. Die Regelung muss den Nutzerinnen und Nutzern oder Vertreterinnen und Vertretern bekannt sein. Dabei ist insb. festzulegen, durch wen

1. die ärztliche und gesundheitliche Betreuung der Nutzerinnen/Nutzer organisiert wird,
2. die Aufstellung und Umsetzung von Pflegeplanungen, Förder- und Hilfeplänen gewährleistet werden,
3. die nutzerbezogene und ordnungsgemäße Aufbewahrung der Arzneimittel und die regelmäßige Beratung der in der Pflege und Betreuung tätigen Beschäftigten über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln sichergestellt werden sowie die Implementierung von Qualitätsinstrumenten erfolgt und
4. die soziale Betreuung (und ggf. die Hauswirtschaft) sichergestellt wird (§ 26 Abs. 3 NRW-WTG).

Wird das Angebot insgesamt nur von einer Leistungsanbieterin oder einem Leistungsanbieter alleine erbracht, müssen sich die Festlegungen nach Absatz 3 aus einer den Nutzerinnen und Nutzern bekannten schriftlichen Konzeption erkennen lassen (§ 26 Abs. 4 NRW-WTG)

§ 27 NRW-WTG regelt Anforderungen an die Wohnqualität – ausschließlich Einzelzimmer, die eigenständig gestaltet werden können. Bezgl. der Größe, Anzahl und Gestaltung der Räume wird auf weitere gesetzliche Regelungen verwiesen.

### **Niedersachsen**

Das Heimgesetz in Niedersachsen trägt den Titel „Niedersächsisches Gesetz über unterstützende Wohnformen (NuWG). Es wurde 2011 beschlossen und zuletzt im September 2022 geändert.

In § 1 Abs. 1 NuWG werden als sog. „unterstützender Einrichtungen“ folgende aufgezählt:

- ◆ Heime,
  - ◆ ambulant betreute Wohngemeinschaften,
  - ◆ Formen des betreuten Wohnens und
  - ◆ Einrichtungen der Tagespflege.
-

Zweck des NuWG ist es u. a., den Bewohnerinnen und Bewohnern von unterstützenden Einrichtungen eine angemessene und individuelle Lebensgestaltung zu ermöglichen, insbesondere ihre Selbständigkeit, Selbstbestimmung, Selbstverantwortung sowie Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben innerhalb und außerhalb von Einrichtungen zu wahren und zu fördern (§ 1 Abs. 2 NuWG).

**Heime** sind gem. NuWG Einrichtungen für Volljährige, die in ihrem Bestand unabhängig von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner dem Zweck dienen, gegen Entgelt

- ◆ ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit Behinderungen aufzunehmen,
- ◆ ihnen Wohnraum zu überlassen und
- ◆ für sie Pflege- oder Betreuungsleistungen zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten (§ 2 Abs. 2 NuWG).

Ähnlich wie NRW greift das NuWG die Sicherstellung der Palliativversorgung auf – hier allerdings nur für Heime: In § 5 Abs. 2 Punkt 7 heißt es, dass ein Heim nur betrieben werden darf, wenn „Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Abs. 2 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) durch Personal des Heims erbracht werden können oder wenn der Betreiber zur Gewährleistung der Inanspruchnahme dieser Leistungen mit den Vertragspartnern der Krankenkassen nach § 132d Abs. 1 SGB V eng zusammenarbeitet, um die Leistungsdurchführung zu ermöglichen.“

**Ambulant betreute Wohngemeinschaften** sind solche Wohngemeinschaften, in denen volljährigen Personen Wohnraum überlassen wird zum Zweck des Lebens in einer Haushaltsgemeinschaft, in der sie von Dienstleistern aufgrund einer mit dem Mietverhältnis verbundenen vertraglichen Verpflichtung entgeltliche ambulante Pflege- oder Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen (§ 2 Abs. 3 NuWG).

§ 2 Abs. 1 NuWG schreibt vor, dass auf ambulant betreute Wohngemeinschaften und Formen des betreuten Wohnens die Vorschriften über Heime anzuwenden sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. Das heißt u. a., dass gem. Verordnung über personelle Anforderungen für unterstützende Einrichtungen nach dem Niedersächsischen Gesetz über unterstützende Wohnformen“ (NuWGPersVO) eine Fachkraftquote von 50 % erfüllt und mindestens eine Fachkraft rund um die Uhr ständig anwesend sein muss.

**Nicht** als Heime gelten ambulant betreute Wohngemeinschaften von nicht mehr als zwölf Personen, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner spätestens ein Jahr nach der Gründung der Wohngemeinschaft die Dienstleister für die in Absatz 3 genannten Leistungen und die Art und den Umfang der Leistungen frei wählen können (§ 2 Abs. 5 NuWG).

Ausdrücklich **nicht** gilt das NuWG gem. § 2 Abs. 8 für Krankenhäuser, für Internate der Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke, für **Hospize**, für **Einrichtungen**

**der Nachtpflege** und nicht für Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen.

Beratung und Information durch die Heimaufsichtsbehörden erfolgt für Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen, für Personen, „die ein berechtigtes Interesse haben“ sowie die Träger von Betreuungsdiensten, die Leistungen der ambulanten Versorgung für Wohngemeinschaften erbringen oder erbringen wollen, über ihre Rechte und Pflichten (§ 3 NuWG).

§ 7 Abs. 6 NuWG: Wer als Träger eines ambulanten Dienstes entgeltliche Pflege- oder Betreuungsleistungen in einer nicht als Heim geltenden Wohngemeinschaft (§ 2 Abs. 5 Satz 1) von mehr als zwei volljährigen Personen erbringt oder erbringen will, hat dies der Heimaufsichtsbehörde mit folgenden Informationen anzuzeigen:

- ◆ die Anschrift und das Gründungsdatum der Wohngemeinschaft,
- ◆ die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner und die Zahl der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegestufen und
- ◆ eine Kopie der mit den Bewohnerinnen und Bewohnern geschlossenen Verträge über die Leistungserbringung, ohne dass deren Namen erkennbar sind.

Eine Befreiung von der Vorschrift zur Etablierung einer Bewohnervertretung sowie weiterer Verordnungen kann gem. § 16 „Befreiungen zur Erprobung neuer Betreuungs- oder Wohnformen“ für zunächst bis zu sechs Jahre und anschließend bei entsprechendem Nachweis auch auf Dauer erteilt werden, wenn eine Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner auf andere Weise gewährleistet ist oder die Konzeption des Heims eine Mitwirkung nicht erforderlich macht und der Gesetzeszweck des NuWG nicht gefährdet oder beeinträchtigt wird.

Die Vorschriften der Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (HeimMindBauV) gelten gem. § 17 Abs. 3 für ambulant betreute Wohngemeinschaften und Formen des betreuten Wohnens mit mindestens sechs Bewohnerinnen oder Bewohnern.

#### **9.2.4 Übergreifendes Fazit zu den heimrechtlichen Regelungen**

Die nach der Föderalismusreform 2006 entstandenen Heimgesetze der Länder wurden in jüngster Zeit mehrheitlich reformiert – ein Indiz dafür, dass die vor mehr als zehn Jahren getroffenen Regelungen den aktuellen Entwicklungen der Wohn- und Versorgungsformen nicht mehr in ausreichendem Maße gerecht wurden. Insbesondere hat sich herausgestellt, dass das Ideal der vollkommen selbstgesteuerten Wohngemeinschaft für Menschen mit Unterstützungsbedarf in der Praxis auf viele Herausforderungen stößt und sich daher deutlich mehr tränergesteuerte WG-Angebote etabliert haben als vielleicht ursprünglich erwartet.

„Eine Reihe von zielgruppenspezifischen Ausrichtungen ambulant betreuter Wohngemeinschaften nutzten die heim- und sozialrechtliche Akzeptanz, um Patientengruppen zu versorgen, die in dem segmentierten Versorgungssystem

zwischen gesetzlicher Kranken- und sozialer Pflegeversicherung vernachlässigt wurden. Hierzu gehören insbesondere die Beatmungspatienten, für die sich eigene Beatmungs-Wohngemeinschaften entwickelten, betrieben von spezialisierten ambulanten Diensten, die für diese Personengruppe eine neue, finanziell attraktive und bei ihren An- und Zugehörigen mit positiver Resonanz ausgestattete Versorgungsform schufen.“ (Klie et al., 2017, S. 17). Wie aus den aktuellen Daten ersichtlich (vgl. Kapitel 9.1), sind bundesweit rund ein Drittel aller abWGs Intensivpflege-WGs, in Bayern waren es 2022 sogar 43 %.

„Maßgeblich ... greifen die Landesgesetzgeber die sogenannte strukturelle Abhängigkeit als Merkmal auf, das sie veranlasst, ordnungsrechtliche Regelungen zur Regulierung einerseits und zum Schutz der Bewohner andererseits aufzustellen, so es sich um die neue Wohnform ambulant betreute Wohngruppe handelt. Dabei wird die Abhängigkeit von einem Träger, der in der Tradition der stationären Einrichtung die Leistungserbringung inklusive der Vermietung von Wohnraum in einer Hand hat, als Indikator für eine strukturelle Abhängigkeit und den sich daraus ergebenden besonderen Schutzbedarf der Bewohner gewertet. Liegt ... die Verantwortung für die Gestaltung des Lebens in ambulant betreuten Wohngemeinschaften bei den Bewohnern resp. ihren An- und Zugehörigen oder rechtlichen Vertretern, haben sie die Wahl zwischen unterschiedlichen Anbietern, nähert sich die Konzeption und die gelebte Praxis dem Bild von selbstorganisierten Wohngemeinschaften an, so wird der Schutzbedarf und die strukturelle Abhängigkeit in der Tendenz negiert und das Risiko einer ordnungsgemäßen, fachlich angemessenen und die Selbstbestimmung der Bewohner achtenden Gestaltung des Lebens in die Verantwortung der Bewohner gelegt und weitgehend auf eine heimrechtliche Kontrolle und Regulierung verzichtet.“ (Klie et al., 2017, S. 30). Die Einordnung einer abWG zu dem ein oder anderen Typ obliegt in der Regel der zuständigen Behörde.

Empirische Daten dazu, wie hoch die Anteile selbst- bzw. trägerverantworteter abWG an den bundesweit ca. 3.660 abWGs (2022, vgl. Kapitel 9.1) sind, gibt es nicht. Ein Hinweis auf die mögliche Größenordnung lässt sich der Studie zum Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI entnehmen: Von den ambulanten Pflegewohngemeinschaften (n = 32) im Modellprogramm waren nach eigenen Angaben ordnungsrechtlich 78,1 % als selbstverantwortet und 21,9 Prozent als trägerverantwortet eingestuft (Hackmann & Kremer-Preiß, 2018). Da Intensivpflege-WGs, die ein Drittel der abWGs bundesweit ausmachen, in der Regel trägergesteuert sind, ergäbe sich danach ein Anteil von rund 50 % (1.830 abWG bundesweit), die selbstverantwortet sind.

Übergreifend zielen die Regelungen der Landesheimgesetze auf unterstützende oder betreute gemeinschaftliche Wohnformen, die auf einen längerfristigen Verbleib der Nutzerinnen und Nutzer mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf ausgerichtet sind (Aspekte des Wohnens und der Alltagsgestaltung stehen im Vordergrund). Das wird u. a. auch bei Regelungen deutlich, die neu gegründeten Wohngemeinschaften eine Übergangsfrist einräumen, bestimmte Anforderungen, die z. B. an die Selbstorganisation gestellt werden, zu erfüllen.

Ausnahmen bezgl. der Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner gibt es meistens für Einrichtungen, die regelhaft Personen nur für einen begrenzten Zeitraum versorgen („vorübergehend“, Kurzzeit-/Gasteinrichtungen etc.). Darunter fallen auch Hospize.

In **Niedersachsen** fallen Hospize ausdrücklich nicht unter das Heimgesetz (§ 2 Abs. 8 NuWG), in **Thüringen** gilt dies beispielsweise ebenso.

In **Baden-Württemberg** heißt es in § 2 Abs. 8 WTPG: Auf stationäre Einrichtungen oder Teile von stationären Einrichtungen, die der vorübergehenden Aufnahme dienen (Kurzzeiteinrichtungen), sowie auf stationäre Hospize finden die §§ 9 (Mitwirkung der Bewohner) und 16 Absatz 2 Nummer 3 und 4 und Absatz 3 und § 29 Nummer 5 keine Anwendung. Als „vorübergehend“ wird ein Zeitraum von bis zu drei Monaten definiert.

Im **Berliner** WTG gehören Einrichtungen für schwerstkranke und sterbende Menschen, in denen sich die Bewohnerinnen und Bewohner für einen begrenzten Zeitraum aufhalten sowie gepflegt und betreut werden (Hospizeinrichtungen), zu den Pflegeeinrichtungen gem. § 3 WTG Berlin, sofern sie mindestens drei Plätze vorhalten. Tages-, Kurzzeit- und Hospizeinrichtungen sind von den Vorschriften bezgl. eines Bewohnerbeirats ausgenommen (§ 13 Berliner WTG). Gem. § 23 Berliner WTG prüft die Aufsichtsbehörde die Einrichtungen regelhaft einmal im Jahr – Hospiz-, Kurzzeit- und teilstationäre Einrichtungen im Abstand von höchstens drei Jahren.

In **NRW** sind Hospize der Kategorie Gasteinrichtungen zugeordnet – das sind entgeltlich betriebene Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere oder pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit Behinderungen **nur vorübergehend** aufzunehmen und ihnen Betreuungsleistungen anzubieten. Gasteinrichtungen sind insbesondere Hospize, Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen (§ 36 NRW-WTG). Weiterhin heißt es in § 37: Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter in Gasteinrichtungen haben eine an der entsprechenden Zielgruppe orientierte personelle, bauliche und sonstige Ausstattung vorzuhalten. Hospize und Kurzzeitpflegeeinrichtungen haben darüber hinaus die Anforderungen an „Einrichtungen mit umfassenden Leistungsangebot“ gem. Teil 2 Kapitel 1 NRW-WTG zu erfüllen, „soweit nachfolgend nichts anderes bestimmt ist“.

Die in diesem Sinne „anderen Bestimmungen“ sind u. a. in § 38 NRW-WTG festgehalten und besagen, dass Hospize ausschließlich Einzelzimmer vorhalten sollen und Grundriss, Gebäudeausstattung und räumliche Gestaltung geeignet sein müssen, um eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung sowie eine psychosoziale und spirituelle Betreuung zu gewährleisten und den besonderen Bedürfnissen schwer kranker, sterbender Menschen angemessen Rechnung zu tragen. Bei der fachlichen Eignung der Beschäftigten in Hospizen sind die für die Palliativversorgung erforderlichen Kenntnisse besonders zu berücksichtigen (§ 39 NRW-WTG). Zur Gewährleistung der Mitwirkung der Nutzerinnen und Nutzer bestellt die zuständige Behörde für Gasteinrichtungen eine Vertrauensperson (§ 40 NRW-WTG).

In **Bayern** heißt es im Artikel 10 Abs. 1 Satz 2 PflWoqG: Auf Kurzzeiteinrichtungen und stationäre Hospize finden Art. 8 (Leistungen an Träger und Beschäftigte) Abs. 2 Nr. 3, Abs. 3 sowie Art. 9 (Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner) und 16 (Informationspflicht der zuständigen Behörde) Abs. 2 (bezieht sich auf Bewohnervertretungen) **keine** Anwendung. Auch hier heißt es im Art. 10 Abs. 2, analog zu den Regelungen in Baden-Württemberg, dass eine Aufenthaltsdauer in der Einrichtung von bis zu drei Monaten als „vorübergehend“ anzusehen ist.

Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass die Bundesländer tendenziell bestrebt sind, mit den Regelungen in den Landesheimgesetzen die aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen aufzugreifen und die Herausbildung innovativer Wohn- und Versorgungskonzepte möglichst zu befördern. Dies wird in zahlreichen Ausnahmeregelungen, insb. auch für Palliativversorgungsangebote (Hospize), aber auch für sog. Kurzzeiteinrichtungen mit von vornherein begrenzter Aufenthaltsdauer der Nutzerinnen und Nutzer, deutlich sowie in den Erprobungsregeln. Wenn es sich aus dem Konzept und den besonderen Bedarfen der Zielgruppe des Versorgungsangebotes ableiten lässt, können die zuständigen Behörden auf Antrag des Trägers Ausnahmen von einzelnen personellen und baulichen Mindestanforderungen machen – meist befristet, in Bayern sogar nach zweimal fünf Jahren anschließend ohne zeitliche Begrenzung.

### 9.3 Einordnung des Konzeptes der Hospizinsel

In diesem Abschnitt wird eine Einordnung des Konzeptes der Hospizinsel vorgenommen - sowohl aus ordnungsrechtlicher (Kapitel 9.3.1) als auch aus leistungsrechtlicher Sicht (Kapitel 9.3.2).

#### 9.3.1 Ordnungsrechtliche Einordnung

Aus ordnungsrechtlicher Sicht handelt es sich bei der Hospizinsel gem. Art. 2 Abs. 4 Satz 5 PflWoqG um eine trägergesteuerte ambulant betreute Wohngemeinschaft. In der Hospizinsel werden „heimähnlich“ Leistungen des Wohnens, der Pflege und Betreuung untrennbar kombiniert. Damit gelten für die Hospizinsel die Vorschriften des Zweiten Teils des PflWoqG (Besondere Vorschriften für stationäre Einrichtungen und besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe) sowie die entsprechenden Bestimmungen der Ausführungsverordnung zum PflWoqG. Die zuständigen Behörden haben bei der Durchsetzung der Vorgaben gewisse Gestaltungsspielräume bezgl. der baulichen und personellen Mindestanforderungen sowie hinsichtlich der Vorgaben zur Teilhabe, wie im Abschnitt 9.2.2 dargelegt. Explizit wird dabei jeweils auf die besondere Lebenssituation der schwer kranken sterbenden Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Hospize verwiesen.

Die Hospizinsel ist kein stationäres Hospiz gem. § 1 der 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), da diese „mindestens 8 und höchstens 16 Plätze“ vorhalten müssen. Auch die Anforderungen an die personelle und räumliche Ausstattung (§§ 5 und 7 der

Rahmenvereinbarung) werden in der Hospizinsel nicht vollumfänglich erfüllt. Sie ist auch keine teilstationäre Einrichtung, da ein Verbleib der Gäste in der eigenen Häuslichkeit aus Gründen der Versorgungssicherheit nicht mehr möglich ist.

Aufgrund der kurzen Verweildauer der Hospizinsel-Gäste (Median 14, Mittelwert 30 Tage) kann die Hospizinsel als Kurzeiteinrichtung gem. Artikel 10 Abs. 1 PflegeWoqG eingeordnet werden. Damit wäre sie von einigen Vorschriften befreit – insb. von den Vorgaben in Artikel 9 Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner.<sup>14</sup>

Da die Hospizinsel nur vier Plätze vorhält, fällt sie nicht unter die Bestimmungen des Teil 1 AVPflegeWoqG zu den baulichen Mindestanforderungen – diese gelten gem. § 1 Abs. 1 AVPflegeWoqG für stationäre Einrichtungen im Sinn des Art. 2 Abs. 1 Satz 1 des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PflegeWoqG), die in der Regel mindestens sechs Personen aufnehmen.

Das Konzept der Hospizinsel lässt sich sowohl bei den zielgruppenspezifischen als auch bei den infrastrukturell begründeten besonderen Wohn- und Versorgungsangeboten einordnen. Die Hospizinsel ist, ebenso wie stationäre Hospize, ein spezifisches Versorgungsangebot für Menschen am Lebensende. Im Vordergrund steht die Sicherstellung der Palliativversorgung in der Terminal- und Sterbephase (vgl. Abbildung 76), die typischerweise nur wenige Tage bis Wochen umfassen. Das Versorgungsangebot der Hospizinsel richtet sich an Personen, die zu Hause, auch mit SAPV, nicht mehr ausreichend versorgt werden können, aber noch nicht die vollumfängliche Versorgung eines Hospizes benötigen. Der Versorgungsumfang entspricht weitgehend dem der stationären Hospize gem. § 3 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung: „Im stationären Hospiz werden neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-pflegerische, palliativ-medizinische, therapeutische und psychosoziale Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung ... erbracht.“<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Art. 10 Abs. (1) PflegeWoqG lautet: Auf stationäre Einrichtungen und besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe oder Teile hiervon im Sinn des Art. 2 Abs. 1 und 2, die nur der vorübergehenden Aufnahme Volljähriger dienen (Kurzeiteinrichtungen) finden Art. 8 (Leistungen von Bewohnern an Träger und Beschäftigte) Abs. 2 Nr. 3, Abs. 3 sowie Art. 9 (Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner) und 16 Abs. 2 keine Anwendung. Abs. (2) besagt: Als vorübergehend im Sinn dieses Gesetzes ist ein Zeitraum von bis zu drei Monaten anzusehen.

<sup>15</sup> In einer Fußnote wird in der Rahmenvereinbarung ergänzend erläutert: „Unter palliativ-medizinischer Versorgung in diesem Sinne sind – neben der Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte, die mit dem stationären Hospiz zusammenarbeiten - Maßnahmen der ärztlichen Behandlung zu verstehen, die ärztlich angeordnet und üblicherweise an Pflegefachkräfte delegiert werden.“

---

Abbildung 76: Phasen der Palliativversorgung

1. REHABILITATIONSPHASE	2. PRÄTERMINALPHASE	3. TERMINALPHASE	4. STERBEPHASE
In dieser Monate bis Jahre dauernden ersten Phase nach der Diagnose sollen Betroffene zur Teilhabe am täglichen Leben befähigt werden.	Die Krankheit beeinträchtigt die Aktivität zunehmend und schränkt Betroffene immer mehr ein.	Die Vorstufe des Sterbens kann Tage bis Wochen dauern.	Die Phase beschreibt die letzten Tage des Lebens, in der S3-Leitlinie Palliativmedizin werden drei bis sieben Tage genannt. Die Fähigkeiten sind zunehmend eingeschränkt.
<b>ZIELE / Lebensqualität verbessern und erhalten</b>			
➤ Betroffene (wieder) aktiv am Leben teilnehmen lassen, sie durch eine gute Symptomkontrolle mobilisieren, damit sie alltägliche Dinge selbst tun können.	➤ Betroffene sollen die noch verbleibende Zeit positiv verbringen – trotz ihrer Ängste und Einschränkungen.	➤ Begleitung der Betroffenen und Angehörigen bei der Vorbereitung auf das Sterben.	➤ Sterbende begleiten und ihre Würde achten.

Quelle: (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020b, S. 4)

Die im Vergleich zu den Anforderungen an stationäre Hospize vorhandenen Einschränkungen bei der personellen Ausstattung der Hospizinsel (keine ständige Präsenz einer Pflegefachkraft nachts) entsprechen den Bedarfen der Zielgruppe bei Aufnahme in die Hospizinsel - das entsprechende Aufnahmekriterium lautet: „Für die Betreuung während der Nacht sowie am Wochenende und an Feiertagen außerhalb der Kernzeiten reichen bei Aufnahme des Gastes die planmäßigen Kontrollgänge des ambulanten Dienstes für die Versorgung aus.“ Zur Sicherstellung der Versorgung im Verlaufe des Sterbeprozesses werden in der Hospizinsel bei Bedarf Sitzwachen eingesetzt, die von Pflegefachkräften durchgeführt werden (vgl. Personalkonzept im Kapitel 7.6.2). Das in Pflege und Betreuung insgesamt in der Hospizinsel eingesetzte Personal entspricht quantitativ und qualifikationsbezogen weitgehend den Anforderungen an stationäre Hospize (ebd.).

Die Wohnform einer abWG trägt den Wünschen nach Autonomie durch Versorgungssicherheit, individueller Lebensweise und Teilhabe so weit wie möglich bis zum Tod Rechnung (vgl. Abbildung 73, S. 169). Aufgrund besonderer palliativer Versorgungsbedarfe ermöglicht das Poolen von Leistungsansprüchen die Versorgung außerhalb stationärer Einrichtungen aus wirtschaftlicher Sicht (Vorhaltung von Palliative Care-Kräften, psychosoziale Betreuung, ehrenamtliche Hospizbegleitung etc.) und die Gäste sowie deren Angehörige können sich aufgrund ähnlicher Versorgungsbedarfe und Lebenssituationen gegenseitig psychosozial unterstützen.

Im Sterbeprozess gewinnt der Aspekt der Versorgungssicherheit überragende Bedeutung – sowohl für die sterbenden Menschen, die zuletzt nicht noch ins Krankenhaus möchten, als auch für die Angehörigen, die ohne entsprechende fachliche Begleitung überfordert wären.

Der Aspekt der Teilhabe fokussiert sich kurz vor dem Tod auf Angehörige und Freunde, die die sterbende Person möglichst so begleiten können sollen, wie beide Seiten es wünschen. Und auch das Kriterium der Selbstbestimmung ist in diesem Stadium primär auf die eigenen Grundbedürfnisse ausgerichtet, wie Schlaf,

Nahrung und Geborgenheit. Darüber hinaus gehende Fragen der Alltagsgestaltung und Mitbestimmung in einer abWG, die für Menschen mit einer noch voraussichtlich längeren Lebensspanne relevant sind, spielen sowohl für die Sterbenden als auch deren Angehörige kaum noch eine Rolle.

### **Welche ordnungsrechtlichen Anforderungen sollten an die Hospizinsel gestellt werden?**

Daher, und auch aufgrund der kurzen Verweildauer in der Hospizinsel (im Zeitraum 2018 bis 2023 waren nur 15 Gäste (8 %) länger als drei Monate in der Hospizinsel), wäre eine Mitwirkung im Rahmen einer **Bewohnervertretung**, wie in Teil 3 des AVPfleWoqG vorgesehen, in der Hospizinsel weder zielführend noch von den Bewohnerinnen und Bewohnern überhaupt leistbar. Eine Einordnung als Kurzzeiteinrichtung würde die Hospizinsel gem. Art. 10 Abs. 1 PflWoqG von der Vorschrift zur Etablierung einer Bewohnervertretung befreien, ähnlich wie auch in anderen Bundesländern Ausnahmen in den Bereichen Mitbestimmung und Bewohnervertretung für Kurzzeiteinrichtungen/Hospize bestehen.

Eine der Aufgaben der Bewohnervertretung gem. § 39 Abs. 1 AVPfleWoqG ist es, Anregungen und Beschwerden von Bewohnerinnen und Bewohnern entgegenzunehmen und erforderlichenfalls durch Verhandlungen mit der Einrichtungsleitung oder in besonderen Fällen mit dem Einrichtungsträger auf ihre Erledigung hinzuwirken kann. Möglich wäre hier eine Lösung, wie sie in Nordrhein-Westfalen für sog. Gasteinrichtungen vorgesehen ist: Zur Gewährleistung der Mitwirkung der Nutzerinnen und Nutzer bestellt die zuständige Behörde für Gasteinrichtungen eine Vertrauensperson (§ 40 NRW-WTG).

Bezüglich der **personellen und baulichen Mindestanforderungen** kann die zuständige Behörde in Bayern gem. §§ 50 Abs. 1 und 51 Abs. 1 AVPfleWoqG auf Antrag des Trägers einer stationären Einrichtung diesen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Erfüllung der Mindestanforderungen befreien, „wenn die Befreiung mit den Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner vereinbar ist.“ Entsprechend dem Konzept der Hospizinsel, ihrer Zielgruppe und den daraus resultierenden Versorgungsbedarfen könnte die Hospizinsel von der Pflicht der Anwesenheit mindestens einer Fachkraft in der Nacht gem. § 15 Abs. 1 Satz 3 AVPfleWoqG befreit werden, mit der Auflage, einen nächtlichen Rufdienst einzurichten und bei Bedarf im Einzelfall von Pflegefachkräften durchgeführte Sitzwachen zu organisieren (wie bereits im Konzept verankert). Weiterhin wäre zu prüfen, inwieweit das Personaleinsatzkonzept der Hospizinsel mit der Anforderung gem. § 15 Abs. 5 AVPfleWoqG in Einklang steht. Diese besagt, dass „der Einsatz von in einer stationären Einrichtung tätigen Betreuungskräften während ihrer Dienstzeit in ambulanten oder teilstationären Einrichtungen im Sinn des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in anderen Wohnformen im Sinn des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes oder in Formen des Betreuten Wohnens ist unzulässig, soweit nicht Abweichendes in einem Gesamtversorgungsvertrag geregelt ist.“

Bezüglich der personellen Ausstattung einer Palliativ-Wohngemeinschaft könnte die Beschäftigung einer Pflegefachkraft mit Palliative-Care-Weiterbildung (in zwei

Schichten pro Tag), einer Koordinationskraft und einer Fachkraft für Soziale Arbeit gefordert werden.

Die im Teil 1 AVPfleWoqG geregelten baulichen Mindestanforderungen für stationäre Einrichtungen im Sinn des Art. 2 Abs. 1 Satz 1 des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG) werden von der Hospizinsel dem Konzept einer abWG entsprechend in mehreren Punkten nicht erfüllt (u. a. § 4 Abs. 4 zusätzlicher Wohn-Schlaf-Raum für eine Person zur vorübergehenden Nutzung, § 5 Abschiedsraum, § 7 Therapieräume, § 9 Abs. 2 Telekommunikationsanschluss je Wohnplatz). Hier müssten für die Palliativ-WG angemessene Mindestanforderungen definiert werden oder, wie beispielsweise in Niedersachsen geregelt werden, dass die Vorschriften baulicher Mindestanforderungen ambulant betreute Wohngemeinschaften und Formen des betreuten Wohnens erst ab einer bestimmten Mindestanzahl von BewohnerInnen bzw. Bewohnern Anwendung finden (in Niedersachsen wurde dafür die Mindestanzahl von sechs Personen festgelegt).

Zur Sicherstellung der Versorgungsqualität sollte zwingend eine Kooperation mit einem Hospizverein gefordert werden. Bezüglich der Qualitätssicherung gem. Artikel 11 PfleWoqG könnte damit der jährliche Prüfturnus der zuständigen Behörde in der Hospizinsel in Anlehnung an die Vorschriften für Kurzzeiteinrichtungen in Berlin verringert werden – dort ist eine Regelprüfung nur alle drei Jahre vorgesehen (vgl. § 23 Abs. 3 WTG Berlin).

### 9.3.2 Leistungsrechtliche Einordnung

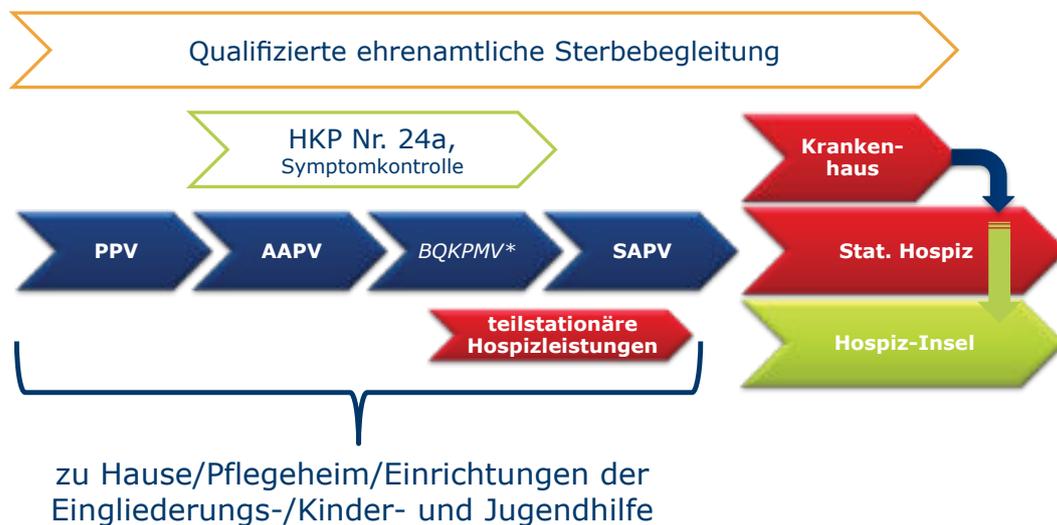
Leistungsrechtlich betrachtet handelt es sich bei der Hospizinsel um ein Angebot der Palliativversorgung für Personen im Sterbeprozess, die nicht in einer vollstationären Pflegeeinrichtung untergebracht sind. Grundsätzlich werden die Kosten der palliativmedizinischen Versorgung von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. (Erst) bei Aufnahme in ein stationäres Hospiz sollte ein Pflegegrad vorliegen oder mindestens beantragt sein. Die Finanzierung des Aufenthaltes erfolgt durch eine Mischfinanzierung aus Krankenkasse und Pflegeversicherung. Für die Patientinnen und Patienten sind die Leistungen des Hospizes kostenlos (Hospiz- und Palliativverband Baden-Württemberg e.V.).

Die Hospizinsel ist nach der Typisierung von (Hackmann & Kremer-Preiß, 2018) eine ambulante Wohnform mit umfassender Versorgungssicherheit (vgl. Kapitel 9.1). Die Gäste der Hospizinsel befinden sich in der Terminal-/Sterbephase, kommen entweder aus ihrer Häuslichkeit, wenn dort die Versorgung auch mit SAPV nicht mehr sichergestellt werden kann, oder aus dem Krankenhaus und haben sehr in der Regel eine onkologische oder eine andere „lebensbegrenzende“ Diagnose. Entsprechend hoch ist mit 55 % auch der Anteil der Gäste, die bei Aufnahme noch keinen Pflegegrad haben.

Ähnlich wie ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaften eine aus Sicht der Pflegekassen kostengünstige Alternative zur Pflegeheimversorgung darstellen, ist die Hospizinsel („Palliativ-WG“) für Personen in der Sterbephase, die noch keine durchgehende Nacht- und Wochenendbetreuung benötigen, eine kostengünstige

Alternative zum stationären Hospiz (siehe schematische Einordnung in Abbildung 77).

Abbildung 77: Leistungsrechtliche Einordnung der Hospizinsel



Quelle: IGES  
 Anmerkungen: \* Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V.

### Finanzierung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften

„Der Regelfall in der ambulanten Finanzierung von Wohngemeinschaften resp. der dort zu erbringenden Leistung für die auf Pflege angewiesenen Menschen basiert auf einem Finanzierungsmix, der sich regelmäßig zusammensetzt aus Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, die inzwischen in § 38a SGB XI Sondertatbestände für Wohngemeinschaften vorsehen, aus Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V, gegebenenfalls auch aus individuell verordneten Heil- und Hilfsmittelleistungen. Hinzu treten bei einkommensschwachen Personen Leistungen der Sozialhilfe gemäß §§ 53 ff. und 61 ff. SGB XI.“ (Klie et al., 2017, S. 51).

In der Praxis hat sich gezeigt, dass insb. der Aufbau und der Betrieb von selbstgesteuerten Wohngemeinschaften hohe Anforderungen stellt (zeitlich/organisatorisch und was die Fachkenntnisse bezgl. der vertraglichen und finanziellen Rahmenbedingungen betrifft) und deshalb eines Managements bedarf. Seit 2012 gibt es daher einen **Wohngruppenzuschlag** gemäß § 38a SGB XI (monatliche Pauschale), der die Organisation der Zusammenarbeit **in selbstverwalteten Wohngemeinschaften** und, seit Januar 2015 (PSG I), auch die Organisation der Betreuung finanzieren soll. Die Umsetzung muss durch eine persönlich zu benennende Präsenzkraft erfolgen - nur sie und die von ihr wahrzunehmenden Aufgaben dürfen über den Wohngruppenzuschlag finanziert werden; nicht nur Managementaufgaben, sondern auch die Beteiligung in hauswirtschaftlichen Betreuungsaufgaben

sind für die Präsenzkraft vorgesehen. Die Gewährung des Wohngruppenzuschlages setzt voraus, dass mindestens drei und maximal 12 Personen in der ambulant betreuten Wohngruppe zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben (§ 38a Abs. 1 SGB XI). Weiterhin wird die Gründung einer selbstverwalteten ambulant betreuten Wohngruppe gem. § 45e SGB XI durch die Pflegekassen mit einem Betrag von bis zu 2.500 Euro pro Bewohner bzw. bis zu 10.000 Euro je Wohngruppe gefördert (Anschubfinanzierung).

### **Finanzierung der Hospizinsel**

Da die Hospizinsel keine selbstverwaltete, sondern eine trägergesteuerte Wohngemeinschaft ist, fällt die Möglichkeit der Nutzung des Wohngruppenzuschlags gemäß § 38a SGB XI zur Refinanzierung der laufenden Kosten weg. Auch andere Leistungsbeträge, die typischerweise zur Finanzierung ambulant betreuter Wohngruppen beitragen, wie Leistungen der Verhinderungspflege gem. § 39 SGB XI, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI

Die Leistungsbeträge aus ambulanten SGB V und SGB XI-Leistungen für die Gäste der Hospizinsel decken aufgrund des erhöhten Personaleinsatzes (vergleichbar dem eines Hospizes, ohne die durchgehende Nachtbetreuung) den pflegebedingten Aufwand der Hospizinsel derzeit nicht (vgl. dazu im Detail Kapitel 6.7.). Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung werden durch die finanzielle Eigenbeteiligung der Gäste (55 bzw. 60 Euro pro Tag) refinanziert.

Ein weiterer Aspekt, der die Wirtschaftlichkeit der Hospizinsel erschwert, ist die für Kurzeinrichtungen typische, vergleichsweise niedrige Auslastungsquote (für die Tagessatzermittlung wurden 80 % angenommen). Die kurzen Aufenthaltsdauern gehen mit häufigem Wechsel einher (bei 30 Tagen Verweildauer wären rechnerisch mehr als 12 Wechsel erforderlich, um eine Vollaustattung zu erreichen). Da aber weder das Versterben eines Gastes „geplant“ werden kann noch die Neu-Einzüge „von heute auf morgen“ erfolgen können, sind Leertage unvermeidlich. Ähnlich ist die Belegungssituation in der Kurzzeitpflege, wo die bei Ermittlung des Pflegesatzes zugrunde zulegende Auslastungsquote für solitäre Einrichtungen gem. § 6 der Gemeinsame Empfehlungen nach § 88a SGB XI zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege mit mindestens 78 % vereinbart wurde (im Jahr der Gründung sogar nur 70 %, im zweiten Jahr 73 %).

Zur nachhaltigen Sicherung des Versorgungsangebotes der Hospizinsel wird eine alternative Finanzierungsform benötigt. Aus wirtschaftlicher Sicht wäre ein einheitlicher Tagessatz je Gast zur Deckung der pflegebedingten Kosten, der, abzüglich des pflegegradabhängigen Betrages der Pflegekassen, von den Krankenkassen getragen wird. Beibehalten werden könnte die von den Gästen zu tragende Tagespauschale für Unterkunft und Verpflegung, die (anteilig) auch aus Spendenmitteln gedeckt werden könnte. Aus der Entwicklung der ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Berlin war ersichtlich, dass Tagespauschalen für Pflege- und Betreuungsleistungen in Wohngemeinschaften eine wirtschaftlich tragfähige Finanzierung sicherstellten, denn sie führten in Berlin zu einer besonderen Häufung dieser Versorgungsform (Pawletko 2012, zitiert in Klie et al 2017: 23).

## 10. Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Die zusammenfassenden Schlussfolgerungen werden anhand der Forschungsfragen der Leistungsbeschreibung gegliedert.

### **Konnte anhand der Untersuchungen aufgezeigt werden, dass das Angebot der Hospizinsel einen bisher ungedeckten Versorgungsbedarf im Palliativbereich deckt?**

Die begleitende Evaluation der Hospizinsel hat gezeigt, dass die im Versorgungskonzept festgelegte **Zielgruppe erreicht** wird. 92,3 % der Hospizinsel-Gäste lebten vor Aufnahme in die Hospizinsel in der eigenen Häuslichkeit, ein Drittel allein. Auch die typischerweise kurze Verweildauer (Median 14 Tage, Mittelwert 30 Tage) der Hospizinsel-Gäste zeigt, dass diese bei Aufnahme absehbar nur noch wenige Tage bis Wochen leben – in Vergleichssettings war die Verweildauer deutlich länger. 58 % der Gäste der Hospizinsel war jünger als 71 Jahre - ein Hinweis darauf, dass in der Hospizinsel entsprechend dem Konzept mehrheitlich eine jüngere Zielgruppe als typischerweise in Pflegeheimen versorgt wird.

Die Mehrzahl der Gäste der Hospizinsel konnte „**wohnnah**“ versorgt werden – für die meisten Personen lag die Hospizinsel bis max. 20 km vom eigenen Wohnort entfernt. Die Entfernungen zu den nächstgelegenen Hospizen sind deutlich weiter (bis zu 50 km und mehr).

Die Hospizinsel trägt auch dazu bei, der **Unterversorgung** im Landkreis Mühldorf zu begegnen. Bei Wartezeiten von drei Wochen auf einen Platz im Hospiz (was darüber hinaus nicht wohnnah verfügbar ist) wäre die Hälfte der Hospizinsel-Gäste bereits (im Krankenhaus) verstorben, bevor ein Platz im Hospiz frei würde (Median der Verweildauer von 14 Tagen in der Hospizinsel).

Bei 82 % der seit 2018 versorgten Gäste lag eine onkologische Diagnose, bei allen eine unheilbare Erkrankung vor und bei mehr als der Hälfte der Fälle bei Einzug (noch) kein Pflegegrad – der **Versorgungsbedarf ist primär palliativ-medizinisch und palliativ-pflegerisch** und daher dem SGB V-Bereich zuzuordnen. Ein Pflegebedarf gem. SGB XI besteht nur sekundär und die Begutachtung muss bei mehr als der Hälfte der Gäste bei Aufnahme erst beantragt werden.

Wenn Angehörige vorhanden waren, wurde diesen überwiegend eine unterstützende Rolle zugeschrieben, wobei der Anteil bei den Vergleichsfällen mit 84,2 % deutlich höher lag als bei den Gästen der Hospizinsel (50,0 %). Auch dies ist ein Indiz für die „**Überforderung**“ zu Hause, was ein anderes Versorgungssetting erforderlich macht. Die Gäste der Hospizinsel erhielten häufiger (75,0 %) psychosoziale Begleitung, bspw. durch einen Hospizbegleiter, bei den Vergleichsfällen lag der Anteil bei 57,9 %.

---

### **Lässt sich anhand der gewonnenen Erkenntnisse die Wirksamkeit der Versorgung bezogen auf die Selbstbestimmung und Lebensqualität im Sterbeprozess nachweisen?**

Hinweise zur **Lebensqualität** im Sterbeprozess ergeben sich aus der Erfassung mit dem McGill Quality of Life Questionnaire bei elf HospizInselgästen. Über alle Personen hinweg haben sich die körperlichen Symptome zwischen den beiden Messzeitpunkten leicht verschlechtert, in den Subskalen „Gefühle und Gedanken“ und Sozial sind bei den Gästen eher leichte Verbesserungen erkennbar. Aus den Interviews mit Kooperationspartnern (insb. Ärztinnen/Ärzte) geht hervor, dass sie infolge der Versorgung durch die HospizInsel bei den Patienten Verbesserungen wahrnehmen – sowohl psychisch als auch körperlich („war bettlägerig und läuft nun wieder mit dem Rollator“) (vgl. Kapitel 7.3.2.3, S. 93).

Bezüglich der **Selbstbestimmung** lassen sich folgende Ergebnisse nennen: Die große Mehrheit der Angehörigen (90 %) hat angegeben, dass die Selbstbestimmung am Lebensende ihrer Meinung nach in der HospizInsel gewahrt war. Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten der HospizInsel gibt an, dass sie (eher) ausreichend Zeit haben, um den Gästen die Möglichkeit zu geben, eigenständig zu agieren (95 %), sowie individuell auf die Bedürfnisse jedes einzelnen Gastes einzugehen (100 %).

Der **Einrichtungscharakter** der HospizInsel entspricht in stärkerem Maße einer häuslich-familiären als einer institutionellen Situation und ist bei der Erbringung der Leistungen in Pflege und Betreuung durch mehrfache Hybridität gekennzeichnet. Das fördert die Realisierung des Leitbildes einer gemeinsamen Verantwortlichkeit und Sorge für das Wohl der Gäste und trägt zur Qualitätssicherung bei (vgl. Kapitel 7.5.2, S. 112).

Die Daten der in der HospizInsel seit 2018 versorgten Gäste bestätigen, dass diese in der Regel auch in der HospizInsel versterben – eine Verlegung/ein Auszug kommt nur in seltenen Fällen vor (7,7 %). Damit wird auch das Ziel, ein ungewolltes Versterben im Krankenhaus zu vermeiden, erreicht.

### **Ist die Versorgungsform im Vergleich zu alternativen Settings wirtschaftlich aus Sicht der Sozialversicherung?**

Auch diese Frage kann positiv beantwortet werden: Im Kapitel 7.6 konnte gezeigt werden, dass der Tagessatz der HospizInsel deutlich günstiger ist als jener in stationären Hospizen. Die Kostenvorteile der HospizInsel bei den Personalkosten ergeben sich vor allem aufgrund der niedrigeren Personalvorhaltung in der Nacht (bei entsprechender Zielgruppe, die bei Aufnahme (noch) keine nächtliche Versorgung benötigt), aber auch infolge der Synergieeffekte beim Leitungs-, Verwaltungs- und Hauswirtschaftspersonal durch die örtliche Anbindung an die Strukturen anderer Leistungserbringer (Pflegeheim, betreutes Wohnen).

### **Kann das Modell Hospizinsel auf andere Regionen in Bayern übertragen werden und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen?**

Das Konzept einer Palliativ-Wohngemeinschaft ist prinzipiell auf andere Regionen übertragbar:

Der Bedarf an einer spezialisierten Palliativversorgung in den letzten Tagen und Wochen – mit hoher Versorgungssicherheit, aber noch ohne durchgängige nächtliche Versorgung - scheint hoch zu sein (nach Aussage eines Experten aus dem Krankenhaus kämen drei Viertel der entlassenen Patientinnen und Patienten dafür infrage).

Die Schaffung geeigneter Räumlichkeiten mit WG-Charakter stellt keine besondere Herausforderung dar. Ein Schlüsselfaktor ist die Beteiligung mehrerer Partnereinrichtungen der pflegerische und hospizlichen Versorgung und die Einbindung in ein palliatives Versorgungsnetzwerk. Aus Kostensicht ist die räumliche Nähe zu anderen Einrichtungen vorteilhaft, sodass sich die Hauswirtschaft und die Essensversorgung kostengünstig realisieren lassen. Auch die räumliche Nähe zum Standort eines Pflegedienstes, der auch nachts besetzt ist (wie z. B. in einem Betreuten Wohnen), hat sich aus Kostensicht bzw. für die Realisierbarkeit von nächtlichen Rundgängen in der Hospizinsel als sehr hilfreich erwiesen.

Zu klären ist die nachhaltige Refinanzierung der aufgrund der palliativen Versorgungsbedarfe erhöhten Personalaufwendungen (Palliative Care-Kräfte, psychosoziale Betreuung, Koordination und weitreichende Präsenzzeiten) – idealerweise durch die Krankenkassen über einen Tagessatz. Leistungsansprüche gegenüber der sozialen Pflegeversicherung sind dabei einzubeziehen.

### **Wie wird das Angebot ordnungsrechtlich eingeordnet und welche Anforderungen an Strukturen, Personal, Qualitätssicherung und Fachaufsicht lassen sich ableiten?**

Aus ordnungsrechtlicher Sicht handelt es sich bei der Hospizinsel gem. Art. 2 Abs. 4 Satz 5 PflWoqG um eine trägergesteuerte ambulant betreute Wohngemeinschaft.

Aufgrund der besonderen Zielgruppe (Personen am Lebensende) und der kurzen Verweildauer von typischerweise 14 bis 30 Tagen in der Hospizinsel wäre eine Mitwirkung im Rahmen einer Bewohnervertretung, wie in Teil 3 des AVPflWoqG vorgesehen, in der Hospizinsel weder zielführend noch von den Bewohnerinnen und Bewohnern überhaupt leistbar. Da Angehörige, sofern vorhanden, typischerweise ebenfalls einen emotionalen Unterstützungsbedarf haben, steht bei den Betroffenen die Versorgungssicherheit gegenüber den Aspekten der Selbstbestimmung und Teilhabe deutlich im Vordergrund. Daraus lassen sich Ausnahmen von bestimmten heimrechtlichen Anforderungen an bauliche Gegebenheiten und die personelle Ausstattung rechtfertigen.

Konkret werden folgende Regelungen vorgeschlagen (ausführlich siehe Kapitel 9.3.1, S. 189 ff.):

- 
- ◆ Zur Gewährleistung der Mitwirkung der HospizInselgäste bestellt die zuständige Behörde eine Vertrauensperson für die HospizInsel (analog zur Regelung in § 40 NRW-WTG für Gasteinrichtungen).
  - ◆ Bezüglich der personellen Ausstattung einer Palliativ-Wohngemeinschaft könnte die Beschäftigung einer Pflegefachkraft mit Palliative-Care-Weiterbildung, einer Koordinationskraft und einer Fachkraft für Soziale Arbeit gefordert werden.
  - ◆ Entsprechend dem Konzept der HospizInsel, ihrer Zielgruppe und den daraus resultierenden Versorgungsbedarfen könnte die HospizInsel von der Pflicht der Anwesenheit mindestens einer Fachkraft in der Nacht gem. § 15 Abs. 1 Satz 3 AVPfleWoqG befreit werden, mit der Auflage, einen nächtlichen Rufdienst einzurichten und bei Bedarf im Einzelfall von Fachkräften durchgeführte Sitzwachen zu organisieren (wie bereits im Konzept verankert).
  - ◆ Bezüglich der im Teil 1 AVPfleWoqG geregelten baulichen Mindestanforderungen für stationäre Einrichtungen könnte die HospizInsel von einigen Anforderungen befreit werden (z. B. Abschiedsraum, Therapieräume, Telekommunikationsanschluss je Wohnplatz), oder wie beispielsweise in Niedersachsen geregelt werden, dass die Vorschriften baulicher Mindestanforderungen ambulant betreute Wohngemeinschaften und Formen des betreuten Wohnens erst ab einer bestimmten Mindestanzahl von BewohnerInnen bzw. Bewohnern Anwendung finden (in Niedersachsen wurde dafür die Mindestanzahl von sechs Personen festgelegt).
  - ◆ Zur Sicherstellung der Versorgungsqualität sollte zwingend eine Kooperation mit einem Hospizverein gefordert werden. Damit könnte der jährlich vorgesehene Prüfturnus der zuständigen Behörde zur Qualitätssicherung gem. Artikel 11 PfleWoqG verlängert werden.
-

# 11. Ahang

---

- A1 Steckbrief**
  - A2 Datenschutzhinweis**
  - A3 Verlaufsdocumentation  $t_1, t_2, t_3$**
  - A4 McGill Quality of Life Questionnaire (German Version)**
  - A5 Angehörigenfragebögen (inkl. Datenschutz)**
  - A6 Beschäftigtenbefragung Konzeptentwurf für den Onlinefragebogen**
  - A7 Interviewleitfaden zuweisende Kooperationspartner (inkl. Datenschutz und Einwilligung)**
  - A8 Interviewleitfaden nicht-zuweisende Kooperationspartner (inkl. Datenschutz und Einwilligung)**
  - A9 Interviewleitfaden mit Expertinnen und Experten (inkl. Datenschutz)**
  - A10 Strukturfragebogen**
-

## A1 Steckbrief

### Steckbrief für die Identifikation von Vergleichsfällen

Datum: \_\_\_\_\_ HI-ID / Match-ID: \_\_\_\_\_

*Hinweis für die Partnereinrichtungen:*

*Bitte füllen Sie den Steckbrief aus, wenn Sie einen bezogen auf den Versorgungsaufwand ähnlichen Fall wie ein von der HospizInsel skizzierter Fall mit lebensbeendender Diagnose versorgen. Der Fokus sollte dabei auf dem medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarf liegen - Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad sind weniger ausschlaggebend. Der potenzielle Vergleichsfall sollte möglichst erst seit einigen Tagen in Ihrer Einrichtung versorgt werden.*

<b>Diese Frage ist obligatorisch – Voraussetzung für ein Match.</b>		
	<b>Fall in der HospizInsel</b> (auszufüllen vom Team HospizInsel)	<b>potentieller Vergleichsfall</b> (auszufüllen von der Partnereinrichtung)
<b>Diagnose</b>	<p><i>Ist eine lebensbeendende Diagnose ist vorhanden?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><i>Ist eine lebensbeendende Diagnose ist vorhanden?</i></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>→ Bei „nein“ ist die Person für den Einschluss in diese Studie <u>nicht geeignet</u>. Das weitere Ausfüllen des Steckbriefs ist nicht erforderlich.</p>

Sofern Sie die vorangegangene Frage mit **Ja** beantwortet haben, füllen Sie bitte den Steckbrief auf der nächsten Seite aus.

	<b>Fall in der Hospizinsel</b> (auszufüllen vom Team Hospizinsel)	<b>potentieller Vergleichsfall</b> (auszufüllen von der Partnereinrichtung)
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
<b>Altersgruppe</b>	<input type="checkbox"/> 20 – 25 <input type="checkbox"/> 61 – 65 <input type="checkbox"/> 26 – 30 <input type="checkbox"/> 66 – 70 <input type="checkbox"/> 31 – 35 <input type="checkbox"/> 71 – 75 <input type="checkbox"/> 36 – 40 <input type="checkbox"/> 76 – 80 <input type="checkbox"/> 41 – 45 <input type="checkbox"/> 81 – 85 <input type="checkbox"/> 46 – 50 <input type="checkbox"/> 86 – 90 <input type="checkbox"/> 51 – 55 <input type="checkbox"/> 91 – 95 <input type="checkbox"/> 56 – 60 <input type="checkbox"/> 96 - 100	<input type="checkbox"/> 20 – 25 <input type="checkbox"/> 61 – 65 <input type="checkbox"/> 26 – 30 <input type="checkbox"/> 66 – 70 <input type="checkbox"/> 31 – 35 <input type="checkbox"/> 71 – 75 <input type="checkbox"/> 36 – 40 <input type="checkbox"/> 76 – 80 <input type="checkbox"/> 41 – 45 <input type="checkbox"/> 81 – 85 <input type="checkbox"/> 46 – 50 <input type="checkbox"/> 86 – 90 <input type="checkbox"/> 51 – 55 <input type="checkbox"/> 91 – 95 <input type="checkbox"/> 56 – 60 <input type="checkbox"/> 96 - 100
<b>Onkologische Diagnose</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> keiner
<b>Psychosoziale Belastungen der Person</b>	Lebt alleine: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Versorgung zuhause nicht mehr möglich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Betroffene Person ist mit ihrer Versorgungssituation zu Hause überfordert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Versorgung nur mit enger psychosozialer Begleitung (z. B. durch einen Hospizbegleiter) möglich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lebt alleine: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Versorgung zuhause nicht mehr möglich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Betroffene Person ist mit ihrer Versorgungssituation zu Hause überfordert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Versorgung nur mit enger psychoemotionaler Begleitung (z. B. durch einen Hospizbegleiter) möglich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>An- und Zugehörige vorhanden:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Die An- und Zugehörigen sind für den Patienten ...</b>	<input type="checkbox"/> eher belastend <input type="checkbox"/> eher unterstützend <input type="checkbox"/> weder noch <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> eher belastend <input type="checkbox"/> eher unterstützend <input type="checkbox"/> weder noch <input type="checkbox"/> weiß nicht

	<b>Fall in der Hospizinsel</b> (auszufüllen vom Team Hospizinsel)	<b>potentieller Vergleichsfall</b> (auszufüllen von der Partnereinrichtung)
<b>Symptomatik</b> [Mehrfachauswahl möglich]	<input type="checkbox"/> <i>Angst</i> <input type="checkbox"/> <i>Akute Verwirrtheit (Delir/Delirium)</i> <input type="checkbox"/> <i>Fatigue</i> <input type="checkbox"/> <i>Schmerzen</i> <input type="checkbox"/> <i>Dyspnoe</i> <input type="checkbox"/> <i>Rasselatmung</i> <input type="checkbox"/> <i>Appetitlosigkeit</i> <input type="checkbox"/> <i>Übelkeit/Erbrechen</i> <input type="checkbox"/> <i>Obstipation</i> <input type="checkbox"/> <i>Diarrhö</i> <input type="checkbox"/> <i>Depressive Verstimmung</i>	<input type="checkbox"/> <i>Angst</i> <input type="checkbox"/> <i>Akute Verwirrtheit (Delir/Delirium)</i> <input type="checkbox"/> <i>Fatigue</i> <input type="checkbox"/> <i>Schmerzen</i> <input type="checkbox"/> <i>Dyspnoe</i> <input type="checkbox"/> <i>Rasselatmung</i> <input type="checkbox"/> <i>Appetitlosigkeit</i> <input type="checkbox"/> <i>Übelkeit/Erbrechen</i> <input type="checkbox"/> <i>Obstipation</i> <input type="checkbox"/> <i>Diarrhö</i> <input type="checkbox"/> <i>Depressive Verstimmung</i>
<b>Kommunikation</b>	<p><i>Gast kann sich bei Wünschen/Problemen i. d. R. selber melden (z. B. per Glocke):</i></p> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <p><i>Gast kann Bedürfnisse mitteilen</i></p> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<p><i>Gast kann sich bei Wünschen/Problemen i. d. R. selber melden (z. B. per Glocke):</i></p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <p><i>Gast kann Bedürfnisse mitteilen</i></p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Quelle:

IGES

## A2 Datenschutzhinweis

### **Sehr geehrte Damen und Herren,**

eine gute Begleitung und pflegerische Versorgung am Lebensende ist sowohl für Sie als betroffene Person als auch Ihre Angehörigen von besonderer Bedeutung. Leider existieren in diesem Bereich in Deutschland noch einige Versorgungslücken. Um diese Lücken zu schließen, wurde im Landkreis Mühldorf ein neues Versorgungsangebot etabliert - die Hospizinsel. Derzeit wird eine wissenschaftliche Studie durchgeführt, um dieses Versorgungsangebot für Menschen am Lebensende zu evaluieren. Der/Die/Das <Einrichtungname> nimmt an der Studie als Partnereinrichtung teil.

### **Um die pflegerische Versorgung am Lebensende evaluieren und verbessern zu können, möchten wir um Ihre Mithilfe bitten.**

Zu Beginn Ihres Aufenthaltes in <Einrichtungname> und danach ca. eine Woche später bitten wir Sie, einen kurzen Fragebogen zu Ihrer Lebensqualität auszufüllen – ohne Ihren Namen anzugeben. Sie können den Fragebogen entweder alleine oder auch gemeinsam mit Angehörigen, Freunden oder dem Pflege- und Betreuungspersonal beantworten.

Ergänzend werden die Sie betreuenden Pflegekräfte zu beiden Zeitpunkten eine fachliche Einschätzung zu Ihrer Versorgung bzw. Ihren Beschwerden vornehmen.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist komplett **freiwillig**. Es entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie nicht teilnehmen. Die Datenerhebung findet **anonym** statt. Wir erfassen weder Ihren Namen noch Ihre Adresse. Ihre Antworten werden **anonym** und gemäß den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen ausgewertet. Den Datenschutzhinweis finden Sie auf der Rückseite dieses Blattes.

Bei Fragen können Sie unser Projektteam telefonisch oder via Mail erreichen unter:

**E-Mail:** [freja.engelmann@iges.com](mailto:freja.engelmann@iges.com)

**Telefon:** 030 230 809 217

[Mo-Fr 9 bis 15 Uhr]

### **Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**

Dr. Grit Braeseke, IGES Institut

[Projektleitung]

**Studie zur Evaluation der Hospizinsel im Landkreis Mühldorf a. Inn**

Dieser Datenschutzhinweis gibt Auskunft darüber, welche Daten erhoben und in welcher Weise sie genutzt werden. Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

**Hintergrund der Studie**

Die Hospizinsel im Landkreis Mühldorf ist eine seit Mai 2018 bestehende ambulante Palliativwohngemeinschaft mit vier Plätzen in Waldkraiburg. Mittels der vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderten wissenschaftlichen Evaluation sollen der Bedarf, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in der Hospizinsel im Landkreis Mühldorf a. Inn ermittelt werden. Mit der Evaluation wurde das IGES Institut beauftragt. Die Studie wird im Zeitraum von Juni 2022 bis Dezember 2023 durchgeführt. Das Forschungsdesign ist methodisch vielfältig und umfasst u. a. Datenerhebungen in anderen Einrichtungen der Palliativversorgung, schriftliche Befragungen und Experteninterviews. Ziel ist es, anhand von umfassenden Analysen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der palliativen Versorgung in der Hospizinsel zu bewerten. Dabei dienen Ihre Angaben dazu uns einen Eindruck von Ihrer Versorgungssituation zu verschaffen. Pflegerisch versorgte Personen in unterschiedlichen Versorgungssettings, stationär wie auch ambulant, sollen betrachtet werden um das Versorgungsangebot der Hospizinsel einordnen und bewerten zu können. Der Schutz Ihrer Daten bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung im Zusammenhang mit Ihrer Teilnahme an der Befragung ist uns ein wichtiges Anliegen. Eine Rückverfolgbarkeit Ihrer Person anhand der erhobenen Daten oder des Fragebogens zur Lebensqualität (McGill Quality of Life-Fragebogen) ist nicht möglich (anonyme Erhebung).

**Verantwortlicher**

Für die Datenverarbeitung ist die IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin verantwortlich.

**Die Teilnahme an den Datenerhebungen erfolgt freiwillig.**

Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach digitalem Versand an die IGES Institut GmbH. Ihre Antworten werden weder an den Auftraggeber (Anna Hospizverein im Landkreis Mühldorf e. V.) noch an andere Institutionen oder Personen weitergegeben. Anhand der erhobenen Daten ist kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich. Die Antworten werden ausschließlich über die gesamte Stichprobe der Befragung ausgewertet. Es sind keine negativen Konsequenzen mit einer Nichtteilnahme an der Befragung verbunden.

**Betroffenenrechte**

Die Befragung ist anonym und enthält keine personenbezogenen Daten. Eine Berichtigung, Sperrung oder Löschung der Daten auf Anforderung bei der IGES Institut GmbH ist aufgrund der anonymen Speicherung und Verarbeitung nicht möglich (keine Möglichkeit der Zuordnung von Daten zu einzelnen Personen durch das IGES Institut).

Sollten Sie Fragen zu diesem Datenschutzhinweis haben, können Sie sich unter der E-Mailadresse [datenschutz@iges.com](mailto:datenschutz@iges.com) an den Datenschutzbeauftragten der IGES Institut GmbH wenden.

### A3 Verlaufsdokumentation t<sub>1</sub>, t<sub>2</sub>, t<sub>3</sub>

Messzeitpunkt I (t<sub>1</sub>): Assessment 3 Tage nach Ankunft des Gastes

Datum:

\_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie die palliativ relevanten Hauptdiagnose(n) an.

--

Welche Hauptprobleme hatte der Gast in den letzten 3 Tagen? (Bitte geben Sie bis zu drei Hauptprobleme an)

1.

2.

3.

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:

Symptombelastung						nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos)
	Gar nicht	Ein wenig	Mäßig	Stark	Extrem Stark	
Schmerzen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwäche oder fehlende Energie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfrigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Mobilität	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiteres Symptom 1: _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiteres Symptom 2: _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiteres Symptom 3: _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„In den letzten drei Tagen...“	Gar nicht	Selten	Manchmal	Meistens	Immer	nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos)
...war der Gast wegen seiner Erkrankung oder Behandlung <b>beunruhigt</b> oder <b>besorgt</b> ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...waren <b>Familie</b> und Freunde ihretwegen/seinetwegen <b>besorgt</b> oder <b>beunruhigt</b> ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dachten Sie, dass der Gast <b>traurig</b> oder bedrückt war?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„In den letzten drei Tagen...“	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Gar nicht	nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos)
...dachten Sie, dass der Gast <b>im Frieden mit sich</b> selbst war?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...konnte der Gast seine <b>Gefühle</b> mit seiner Familie und oder seinen Freunden <b>teilen</b> , so oft er wollte?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat der Gast so viele <b>Informationen erhalten</b> wie er wollte?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„In den letzten drei Tagen...“	Keine Probleme	Größtenteils	Teilweise	Kaum	Nicht	nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos)
...wurden praktische <b>Probleme</b> des Gasts angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind, <b>angegangen</b> (z.B. finanzieller oder persönlicher Art).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle: IGES auf Grundlage IPOS Integrated Palliative Outcome Scale

**Messzeitpunkt II (t<sub>2</sub>):** Ungefähr 5 – 7 Tage nach t<sub>1</sub>

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Hospizinsel-ID/Match-ID:** \_\_\_\_\_

Welche Hauptprobleme hatte der Gast in den letzten 3 Tagen? (Bitte geben Sie bis zu drei Hauptprobleme an)
1.
2.
3.

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:						
Symptombelastung	Gar nicht	Ein wenig	Mäßig	Stark	Extrem Stark	nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos)
Schmerzen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwäche oder fehlende Energie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfrigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Mobilität	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiteres Symptom 1: _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiteres Symptom 2: _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiteres Symptom 3: _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„In den letzten drei Tagen...“	Gar nicht	Selten	Manchmal	Meistens	Immer	nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos)
...war der Gast wegen seiner Erkrankung oder Behandlung <b>beunruhigt</b> oder <b>besorgt</b> ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...waren <b>Familie</b> und Freunde ihrer/seiner/seinerwegen <b>besorgt</b> oder <b>beunruhigt</b> ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dachten Sie, dass der Gast <b>traurig</b> oder bedrückt war?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„In den letzten drei Tagen...“	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Gar nicht	nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos)
...dachten Sie, dass der Gast <b>im Frieden mit sich</b> selbst war?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...konnte der Gast seine <b>Gefühle</b> mit seiner Familie und oder seinen Freunden <b>teilen</b> , so oft er wollte?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat der Gast so viele <b>Informationen erhalten</b> wie er wollte?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„In den letzten drei Tagen...“	Keine Probleme	Größtenteils	Teilweise	Kaum	Nicht	nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos)
...wurden praktische <b>Probleme</b> des Gasts angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind, <b>angegangen</b> (z.B. finanzieller oder persönlicher Art).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle: IGES auf Grundlage IPOS Integrated Palliative Outcome Scale

**Messzeitpunkt t<sub>3</sub>: Nach Versterben / Entlassung**

Datum: \_\_\_\_\_ Hospizinsel-ID / Match-ID: \_\_\_\_\_

Betreuungsdauer: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Sterbeort: \_\_\_\_\_ /  noch nicht verstorben  unbekannt

Beteiligte Personen in der Versorgung	Häufigkeit					Nicht zutreffend
	nie	weniger als einmal wöchentlich	Etwa einmal wöchentlich	mehr als einmal wöchentlich	täglich	
Hospizbegleiterin / Hospizbegleiter	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapeutin / Physiotherapeut	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAPV-Team	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärztin/Facharzt	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztin/Hausarzt	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelsorgerin/Seelsorger o. ä.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehrenamtliche Begleiterin/Begleiter oder Betreuerin/Betreuer (nicht gemeint ist rechtlicher Betreuer/in)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegerische Fachkraft mit palliativ Care Ausbildung /	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialer Dienst / Soziale Begleitung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie und Freunde	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZiB-Kraft <sup>16</sup>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Weitere und zwar:</i> _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>16)</sup> Pflegekräfte mit Weiterbildung zur Palliativfachkraft aus dem Modellprojekt „Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim“ (ZiB)

Bitte schätzen Sie die **Qualität der Versorgung** ein, welche die Person in den **letzten sieben Tagen** seines Lebens erhalten hat.

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Schlecht möglichste Versorgung (0)

Bestmöglichste Versorgung (10)

Quelle: QoDD-D Personal

*Nur bei **ambulanter** Versorgung und der Versorgung im **Pflegeheim** zu beantworten.*

Anzahl der **Notarzteinsätze** in den **letzten zehn Tagen** vor dem Versterben:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  mehr als 10

Anzahl der **Notfalleinweisungen** ins Krankenhaus in den **letzten zehn Tagen** vor dem Versterben:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  mehr als 10

## A4 McGill Quality of Life Questionnaire (German Version)

### McGILL QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE Revised<sup>®</sup> (German Version)

#### Anleitung

Dieser Fragebogen besteht aus Aussagen, jeweils gefolgt von zwei gegensätzlichen Antworten. Die entsprechenden Ziffern reichen von einem Antwortextrem zum anderen. Bitte kreisen Sie die Ziffer zwischen 0 und 10 auf der Skala ein, die für Sie am ehesten zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Ehrliche Antworten sind für die Auswertung am meisten hilfreich.

#### BEISPIEL:

Ich habe Hunger:

Überhaupt nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extrem
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

- Wenn Sie auch nicht nur eine Spur hungrig sind, würden Sie die 0 einkreisen.
- Wenn Sie ein kleines bisschen hungrig sind (sie haben gerade gegessen, hätten aber noch Platz für eine Nachspeise), würden Sie die 1, 2 oder 3 einkreisen.
- Wenn Sie mäßigen Hunger haben (weil bald Essenszeit ist), würden Sie die 4, 5 oder 6 einkreisen.
- Wenn Sie sehr hungrig sind (weil Sie den ganzen Tag nichts gegessen haben), würden Sie die 7, 8 oder 9 einkreisen.
- Wenn Sie extrem hungrig sind, würden Sie die 10 einkreisen.

#### BEGINNEN SIE HIER

Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie Sie sich **in den letzten zwei Tagen** gefühlt haben.

#### TEIL A Gesamte/Globale Lebensqualität

A. Unter Berücksichtigung aller Lebensbereiche (beispielsweise körperlich, emotional, sozial, spirituell und finanziell) war meine Lebensqualität während der letzten zwei Tage (48 Stunden):

Sehr schlecht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr gut
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

Bitte fahren Sie auf der nächsten Seite fort...

**TEIL B Körperlich**

1. Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) waren meine körperlichen Symptome (wie zum Beispiel Schmerzen, Übelkeit, Müdigkeit und andere): \*

<b>Kein Problem</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Ein riesiges Problem</b>
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

*\*Falls Sie, während der letzten zwei Tage, keine körperlichen Symptome oder Probleme hatten, kreisen Sie '0 - kein Problem' ein und fahren Sie mit Aussage 2 fort.*

Bitte zählen Sie die körperlichen Symptome auf, die problematisch waren (bitte schreiben Sie deutlich):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) ging es mir:

<b>Körperlich schrecklich</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Körperlich sehr gut</b>
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------------

3. Körperlich nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu tun, die ich gerne machen wollte, war während der letzten zwei Tage (48 Stunden):

<b>Kein Problem</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Ein riesiges Problem</b>
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

*Bitte fahren Sie auf der nächsten Seite fort...*

**TEIL C      Gefühle und Gedanken**

4. Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) war ich deprimiert:

<b>Gar nicht</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>extrem</b>
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

5. Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) war ich nervös oder beunruhigt:

<b>Gar nicht</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>extrem</b>
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

6. Wie oft waren Sie während der letzten zwei Tage (48 Stunden) traurig?

<b>Nie</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>immer</b>
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

7. Wenn ich während der letzten zwei Tage (48 Stunden) an die Zukunft dachte, hatte ich:

<b>Keine Angst</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Sehr große Angst</b>
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

8. Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) war mein Leben:

<b>Absolut sinnlos und ohne Ziel</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Sehr sinnvoll und zielgerichtet</b>
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

9. Wenn ich über mein ganzes Leben nachdenke, habe ich bezüglich der Erreichung meiner Lebensziele:

<b>Keinerlei Fortschritte gemacht</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Sie vollständig erreicht</b>
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------------------

*Bitte fahren Sie auf der nächsten Seite fort...*

10. Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) war das Ausmaß an Kontrolle, das ich über mein Leben hatte:

<b>Kein Problem</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Ein riesiges Problem</b>
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

11. Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) war ich mit mir als Mensch zufrieden:

<b>Stimmt gar nicht</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Stimmt völlig</b>
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

**TEIL D Sozial**

12. Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) war die Kommunikation mit den Menschen, die mir nahe stehen:

<b>schwierig</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Sehr einfach</b>
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

13. Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) waren meine Beziehungen zu den Menschen, die mir nahe stehen:

<b>Distanzierter als ich es möchte</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Sehr eng</b>
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

14. Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) fühlte ich mich unterstützt:

<b>Gar nicht</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Voll und ganz</b>
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Vielen Dank!

## A5 Angehörigenfragebögen (inkl. Datenschutz)

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

eine gute Begleitung und pflegerische Versorgung am Lebensende sind sowohl für die betroffene Person als auch für Sie als Angehörige/n von besonderer Bedeutung. Leider existieren in diesem Bereich in Deutschland noch einige Versorgungslücken.

**Um die pflegerische Versorgung am Lebensende in der Hospizinsel evaluieren und verbessern zu können, möchten wir um Ihre Mithilfe bitten.**

Die <Einrichtungsname> nimmt an der Studie als Partnereinrichtung teil. Ihre Erfahrung als Angehöriger einer palliativen Person ist gefragt. Daher möchten wir Sie bitten, an unserer Befragung teilzunehmen. Die Beantwortung des beiliegenden Fragebogens wird **etwa 10 - 15 Minuten** in Anspruch nehmen. Gehen Sie bitte den ganzen Fragebogen bis zum Ende durch.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Es entstehen Ihnen **keine** Nachteile, wenn Sie den Fragebogen nicht ausfüllen. Die Befragung findet **anonym** statt. Wir erfassen weder Namen noch Adressen. Ihre Antworten werden **anonym** und gemäß den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (den Datenschutzhinweis finden Sie auf der Rückseite dieses Blattes) ausgewertet.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post (mit dem beigefügten Rückumschlag **ohne Angabe Ihrer Absenderadresse**) **zeitnah** zurück.

Bei Fragen können Sie unser Projektteam telefonisch oder via Mail erreichen unter:

**E-Mail:** [freja.engelmann@iges.com](mailto:freja.engelmann@iges.com)

**Telefon:** 030 230 809 217

[Mo-Fr 9 bis 14 Uhr]

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**

Dr. Grit Braeseke vom IGES Institut

[Projektleitung]

**[ Dieses Blatt ist zum Verbleib bei Ihnen bestimmt ]**

## **Datenschutzhinweis**

### **Studie zur Evaluation der Hospizinsel im Landkreis Mühldorf a. Inn**

Dieser Datenschutzhinweis gibt Auskunft darüber, welche Daten erhoben und in welcher Weise sie genutzt werden. Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

### **Hintergrund der Studie**

Die Hospizinsel im Landkreis Mühldorf ist eine seit Mai 2018 bestehende ambulante Palliativwohngemeinschaft mit vier Plätzen in Waldkraiburg. Über die Evaluation soll der Bedarf, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in der Hospizinsel im Landkreis Mühldorf a. Inn ermittelt werden. Um die unmittelbaren Auswirkungen der Versorgung in der Hospizinsel auf die Betroffenen, ihre Angehörigen und andere Beteiligte zu ermitteln, evaluiert das IGES Institut Berlin dieses Vorhaben. Die Studie wird im Zeitraum von Juni 2022 bis Dezember 2023 durchgeführt. Das Forschungsdesign ist vielfältig und umfasst u. a. schriftliche Befragungen und Experteninterviews.

Ziel ist es, anhand von umfassenden Analysen zur Verbesserung der palliativen Versorgung in der Hospizinsel beizutragen.

Der Schutz Ihrer Daten bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung im Zusammenhang mit Ihrer Teilnahme an der Befragung ist uns ein wichtiges Anliegen. Eine Rückverfolgbarkeit Ihrer Person anhand Ihres ausgefüllten Fragebogens ist nicht möglich (anonyme Befragung).

### **Verantwortlicher**

Für die Datenverarbeitung ist die IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin verantwortlich.

### **Die Teilnahme an den Datenerhebungen erfolgt freiwillig.**

Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach postalischem Versand der Fragebögen durch Sie ohne Angabe Ihrer Absenderadresse an die IGES Institut GmbH (im frankierten Rückumschlag). Ihre Antworten werden weder an den Auftraggeber (Anna Hospizverein im Landkreis Mühldorf e. V.) noch an andere Institutionen oder Personen weitergegeben. Anhand der erhobenen Daten ist kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich. Die Antworten werden ausschließlich über die gesamte Stichprobe der Befragung ausgewertet. Es sind keine negativen Konsequenzen mit einer Nichtteilnahme an der Befragung verbunden.

### **Betroffenenrechte**

Die Befragung ist anonym und enthält keine personenbezogenen Daten. Eine Berichtigung, Sperrung oder Löschung der Daten ist auf Anforderung bei der IGES Institut GmbH aufgrund der anonymen Speicherung und Verarbeitung nicht möglich.

Sollten Sie Fragen zu diesem Datenschutzhinweis haben, können Sie sich unter der E-Mailadresse [datenschutz@iges.com](mailto:datenschutz@iges.com) an den Datenschutzbeauftragten der IGES Institut GmbH wenden.

### Version Hospizinsel

Bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen rückblickend (nicht länger als 7 Tage) nach Einzug Ihres Angehörigen in die Hospizinsel aus. Ist Ihr Angehöriger bereits verstorben, so denken Sie bitte zurück an die letzten sieben Tage vor dem Todestag.

Allgemeine Angaben					
<b>A1</b>	<p><b>Haben Sie Ihren Angehörigen in den letzten Tagen begleitet und können Aussagen zur pflegerischen Versorgung treffen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja (weiter mit Frage A2)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein (Bitte beenden Sie den Fragebogen an dieser Stelle. Kennen Sie eine andere Person, die bereit wäre an der Befragung teilzunehmen und Aussagen zur Versorgung Ihres Angehörigen machen kann? Dann leiten Sie bitte den Fragebogen an die entsprechende Person weiter.)</p>				
<b>A2</b>	<p><b>In welchem Verhältnis stehen Sie zu Ihrem Angehörigen?</b></p> <p>Mehrere Antworten möglich</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Familien-angehöriger</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Freundin, Freund oder Bekannter</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> rechtlicher Betreuer</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Bis zum Umzug in die Hospizinsel haben wir im gleichen Haushalt gelebt.</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>	<input type="checkbox"/> Familien-angehöriger	<input type="checkbox"/> Freundin, Freund oder Bekannter	<input type="checkbox"/> rechtlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> Bis zum Umzug in die Hospizinsel haben wir im gleichen Haushalt gelebt.
<input type="checkbox"/> Familien-angehöriger	<input type="checkbox"/> Freundin, Freund oder Bekannter	<input type="checkbox"/> rechtlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> Bis zum Umzug in die Hospizinsel haben wir im gleichen Haushalt gelebt.		
<b>A3</b>	<p><b>Konnten Sie Ihren Angehörigen so oft besuchen wie Sie wollten?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein                      <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>				
<b>A4</b>	<p><b>Haben Sie die Möglichkeit genutzt, bei Ihrem Angehörigen zu übernachten (z. B. im Zimmer oder in einer nahen Gästewohnung)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein                      <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>				

Aktuelle Versorgungssituation
In diesem Bereich beziehen sich die Fragen auf die von Ihnen gemachten Erfahrungen.

B1	An dieser Stelle geht es um Ihre <u>eigene Wahrnehmung</u> im Rahmen der Versorgung Ihres Angehörigen durch die Pflegekräfte und Betreuungskräfte. Bitte prüfen Sie, ob folgende Aussagen zutreffen:	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu	keine Angabe
Ich wusste immer, welche Personen für meinen Angehörigen zuständig waren.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Gesprächsbedarf konnte ich mich immer an das Personal der Hospizinsel wenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Probleme konnten schnell geklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich fühlte mich in alle Entscheidungsprozesse einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich fühlte mich über die gesundheitliche Verfassung meines Angehörigen ausreichend informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich hatte das Gefühl, dass mir alle Fragen bezüglich der Versorgung meines Angehörigen erklärt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das Personal hatte für meine Wünsche oder Bitten jederzeit ein offenes Ohr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In Bezug auf meine Ängste und Sorgen habe ich Unterstützung bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B2	<b>Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Angehöriger in der Einrichtung wohl fühlt?</b>					
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> keine Angabe				

<b>B2.</b> 1	<b>Bitte begründen Sie Ihre Aussage kurz:</b>					
<b>B3</b>	<b>Wie zufrieden sind Sie, alles in allem, mit der derzeitigen Betreuung Ihres Angehörigen?</b>					
<b>B3.</b> 1	<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> eher zufrieden	<input type="checkbox"/> eher unzufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/> keine Angabe	
<b>B4</b>	<b>Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen.</b>					
	<i>Bezogen auf die letzten 2 Tage (48 Stunden)...</i>	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu	keine Angabe
	Ich bin zufrieden mit dem Ort, wo mein Angehöriger versorgt wird bzw. wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Der Zustand meines Angehörigen hat mich gestresst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich habe mich gut gefühlt, weil ich mich um meinen Angehörigen kümmern konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich war einverstanden mit der Art wie Entscheidungen für meinen Angehörigen getroffen wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Qualität der Versorgung und Beratung, welche wir (Sie und Ihr Angehöriger) erhalten haben, war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Aktuelle Versorgungssituation

In diesem Bereich beziehen sich die Fragen auf die von Ihnen gemachten Erfahrungen.

**B1 An dieser Stelle geht es um Ihre eigene Wahrnehmung im Rahmen der Versorgung Ihres Angehörigen durch die Pflegekräfte und Betreuungskräfte. Bitte prüfen Sie, ob folgende Aussagen zutreffen:**

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu	keine Angabe
Ich wusste immer, welche Personen für meinen Angehörigen zuständig waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Gesprächsbedarf konnte ich mich immer an das Personal der Hospizinsel wenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme konnten schnell geklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich in alle Entscheidungsprozesse einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich über die gesundheitliche Verfassung meines Angehörigen ausreichend informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte das Gefühl, dass mir alle Fragen bezüglich der Versorgung meines Angehörigen erklärt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Personal hatte für meine Wünsche oder Bitten jederzeit ein offenes Ohr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Bezug auf meine Ängste und Sorgen habe ich Unterstützung bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>B2</b>	<b>Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Angehöriger in der Einrichtung wohl fühlt?</b>					
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> keine Angabe			
<b>B2.1</b>	<b>Bitte begründen Sie Ihre Aussage kurz:</b>					
<b>B3</b>	<b>Wie zufrieden sind Sie, alles in allem, mit der derzeitigen Betreuung Ihres Angehörigen?</b>					
	<input type="checkbox"/> sehr zufriede- den	<input type="checkbox"/> eher zu- frieden	<input type="checkbox"/> eher unzu- frieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrie- den	<input type="checkbox"/> keine An- gabe	
<b>B3.1</b>	<b>Bitte begründen Sie Ihre Aussage kurz:</b>					
<b>B4</b>	<b>Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen.</b>					
	<i>Bezogen auf die letzten 2 Tage (48 Stunden)...</i>	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu	keine Angabe
	Ich bin zufrieden mit dem Ort, wo mein Angehöriger versorgt wird bzw. wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Der Zustand meines Angehörigen hat ich gestresst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich habe mich gut gefühlt, weil ich mich um meinen Angehörigen kümmern konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich war einverstanden mit der Art wie Entscheidungen für meinen Angehörigen getroffen wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Qualität der Versorgung und Beratung, welche wir (Sie und Ihr Angehöriger) erhalten haben, war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung! Bitte senden Sie nun den Fragebogen im beiliegenden Umschlag ohne Angabe einer Absenderadresse an uns zurück.**

### Version Vergleichseinrichtungen

*Bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen rückblickend (**nicht länger als 7 Tage**) aus. Ist Ihr Angehöriger bereits verstorben, so denken Sie bitte zurück an die letzten sieben Tage vor dem Todestag.*

<b>Allgemeine Angaben</b>	
<b>A1</b>	<p><b>Haben Sie Ihren Angehörigen in den letzten Tagen begleitet und können Aussagen zur pflegerischen Versorgung treffen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja (<i>weiter mit Frage A2</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein (<i>Bitte beenden Sie den Fragebogen an dieser Stelle. Kennen Sie eine andere Person, die bereit wäre an der Befragung teilzunehmen und Aussagen zur Versorgung ihres Angehörigen machen kann? Dann leiten Sie bitte den Fragebogen an die entsprechende Person weiter.</i>)</p>
<b>A2</b>	<p><b>In welchem Verhältnis stehen Sie zu Ihrem Angehörigen?</b></p> <p><i>Mehrere Antworten möglich</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Familien-an-gehöriger     <input type="checkbox"/> Freund, Freundin oder Bekannter     <input type="checkbox"/> rechtlicher Betreuer     <input type="checkbox"/> Leben im gleichen Haushalt </p> <p><input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>
<b>A4</b>	<p><b>Konnten Sie Ihren Angehörigen so oft besuchen wie Sie wollten (ggf. auch außerhalb von Besuchszeiten)?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein                      <input type="checkbox"/> keine Angabe </p> <p><input type="checkbox"/> Nicht relevant (z. B. wird Angehörige zuhause versorgt)</p>
<b>A5</b>	<p><b>Gab es die Möglichkeit bei Ihrem Angehörigen zu übernachten (z. B. im Zimmer oder in einer nahen Gästeunterkunft)?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein                      <input type="checkbox"/> keine Angabe </p>

Nicht relevant (z. B. Angehöriger wird zuhause versorgt)

---

**A5.1** Wenn Nein: **Hätten Sie gerne die Möglichkeit gehabt, in der Nähe Ihres Angehörigen zu übernachten?**

Ja                       Nein                       keine Angabe

Nicht relevant (z. B. Angehöriger wird zuhause versorgt)

**Aktuelle Versorgungssituation**

In diesem Bereich beziehen sich die Fragen auf die von Ihnen gemachten Erfahrungen.

---

**B1** **An dieser Stelle geht es um Ihre eigene Wahrnehmung Rahmen der Versorgung Ihres Angehörigen durch die Pflegekräfte und Betreuungskräfte. Bitte prüfen Sie, ob folgende Aussagen zutreffen:**

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu	keine Angabe
Ich wusste immer, welche Personen für meinen Angehörigen zuständig waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Gesprächsbedarf konnte ich mich immer an das Personal wenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme konnten schnell geklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich in alle Entscheidungsprozesse einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich über die gesundheitliche Verfassung meines Angehörigen ausreichend informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Ich hatte das Gefühl, dass mir alle Fragen bezüglich der Versorgung meines Angehörigen erklärt wurden.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Das Personal hatte für meine Wünsche oder Bitten jederzeit ein offenes Ohr.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>In Bezug auf meine Ängste und Sorgen habe ich Unterstützung bekommen.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B2 Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Angehöriger in der Einrichtung wohl fühlt?</b>					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe					
<b>B2.1 Bitte begründen Sie Ihre Aussage kurz:</b>					
<b>B3 Wie zufrieden sind Sie, alles in allem, mit der derzeitigen Betreuung Ihres Angehörigen?</b>					
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> eher zufrieden	<input type="checkbox"/> eher unzufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/> keine Angabe	
<b>B3.1 Bitte begründen Sie Ihre Aussage kurz:</b>					
<b>B4 Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen:</b>					
<i>Bezogen auf die letzten 2 Tage (48 Stunden)...</i>	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu	keine Angabe

Ich bin zufrieden mit dem Ort, wo mein Angehöriger versorgt wird bzw. wurde.	<input type="checkbox"/>				
Der Zustand meines Angehörigen hat mich gestresst.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe mich gut gefühlt, weil ich mich um meinen Angehörigen kümmern und ihr bzw. ihm Gesellschaft leisten konnte.	<input type="checkbox"/>				
Ich war einverstanden mit der Art, wie Entscheidungen für meinen Angehörigen getroffen wurden.	<input type="checkbox"/>				
Die Qualität der Versorgung und Beratung, welche wir ( <i>Sie und Ihr Angehöriger</i> ) erhalten haben, war gut.	<input type="checkbox"/>				
<b>C6</b> Möchten Sie uns abschließend noch etwas mitteilen (z. B. Wünsche oder Anregungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsangebote)?					

**Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung! Bitte senden Sie nun den Fragebogen im beiliegenden Umschlag ohne Angabe einer Absenderadresse an uns zurück.**

## **A6 Beschäftigtenbefragung Konzeptentwurf für den Onlinefragebogen**

### **Evaluation der HospizInsel- Beschäftigtenbefragung**

#### **Ziel der Befragung:**

- ◆ Einschätzung der Versorgungsqualität in der HospizInsel (insbes. mit Blick auf die Bedürfnisse der Gäste) aus Sicht der Beschäftigten
- ◆ Sammlung von Hinweisen mit Blick auf den „Einrichtungscharakter“ der HospizInsel
- ◆ Erfassung und Bewertung der multiprofessionellen Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Rahmen der palliativen Versorgung
- ◆ Erfassung der Arbeitszufriedenheit
- ◆ Erfassen von Anregungen zur Weiterentwicklung des Konzeptes der HospizInsel

#### **Zielgruppen für diesen Fragenbogen**

- ◆ Pflegefachkraft mit und ohne Leitungsfunktion
- ◆ Pflegehilfskräfte
- ◆ Ehrenamtlich tätige Personen
- ◆ Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

#### **Relevante Themenbereiche:**

- ◆ Allgemeine Angaben
  - ◆ Einrichtungsmerkmale
    - Palliative Versorgung in der HospizInsel
    - Beziehung zu Gästen und Angehörigen in der HospizInsel
  - ◆ Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der HospizInsel
  - ◆ Versorgungsqualität
  - ◆ Arbeitsorganisation und Arbeitszufriedenheit
-

## Allgemeine Angaben

<b>Beruflicher Hintergrund</b> Zunächst möchten wir Sie bitten, ein paar allgemeine Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit zu machen.			
<b>Sie sind derzeit tätig für...</b>			
<input type="checkbox"/> ambulanten Dienst	<input type="checkbox"/> Adalbert-Stifter Senioren- wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anna Hospizver- ein
<input type="checkbox"/> SAPV am Inn	<input type="checkbox"/> Hospizinsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____
<input type="checkbox"/> Keine Angabe			
<b>Wie lange arbeiten Sie bereits in der Hospizinsel?</b>			
<input type="checkbox"/> Weniger als ein Jahr	<input type="checkbox"/> 1 – unter 2 Jahre	<input type="checkbox"/> 2 – unter 3 Jahre	<input type="checkbox"/> 3 – unter 4 Jahre
<input type="checkbox"/> 4 – unter 5 Jahre	<input type="checkbox"/> 5 Jahre	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht	
<b>Sie sind derzeit beschäftigt als ...</b>			
<input type="checkbox"/> Pflegefach- kraft	<input type="checkbox"/> Leitungskraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sozialpädagogische Fach- kraft
<input type="checkbox"/> Pflegehilfs- kraft	<input type="checkbox"/> Hospizbegleiter		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____		

**Welche Weiterbildungen haben Sie im Bereich der Palliativen Versorgung abgeschlossen?**  
(Mehrfachantworten)

<input type="checkbox"/> 160-Stunden-Weiterbildung Palliative Care	<input type="checkbox"/> Grundweiterbildung Palliative Care/Letzte Hilfe (z. B. Fortbildung „Palliative Praxis“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativ-medicin mit 40 Unterrichtseinheiten	<input type="checkbox"/> Grund- und Aufbau-Kurse für die ehrenamtliche Sterbebegleitung-Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter
<input type="checkbox"/> Letzte Hilfe-Kurse	<input type="checkbox"/> Palliative Care Kurs für Psychosoziale Berufsgruppen 120 Unterrichtseinheiten	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____ <i>Freitext</i>	

**Wie häufig sind Sie bei der Hospizinsel tätig? Für *hauptberuflich und ehrenamtlich Tätige* (Hinweis: für Ehrenamtliche – bitte ungefähr die durchschnittlichen Stunden pro Woche angeben)**

<input type="checkbox"/> Ca. _____ Stunden pro Woche.	<input type="checkbox"/> Auf Minijobbasis ("520-€-Job")
<input type="checkbox"/> Keine Angabe	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht

**Aus welchen Gründen haben Sie sich dazu entschieden, in der Hospizinsel zu arbeiten?**

\_\_\_\_\_ *Freitext*

### Einrichtungsmerkmale

H 1: Die die Hospizinsel hat einen häuslich familiären Charakter einer Wohngemeinschaft und weniger einen institutionellen Charakter wie in einer stationären Einrichtung.

Bitte schätzen Sie die nachfolgenden Aussagen ein.

	nie	manchmal	oft	immer	Weiß ich nicht
Sofern der Zustand des Gastes es zulässt, gestaltet der Gast seine eigenen Räumlichkeiten.	<input type="checkbox"/>				
Gäste können sich mit Besuchern im Wohnzimmer treffen, welches mit den anderen Bewohnern geteilt wird.	<input type="checkbox"/>				



Gäste gehen abends ins Bett, wann immer sie wollen.	<input type="checkbox"/>				
Sofern sie in der Lage dazu sind, ziehen sich die Gäste selbst an, auch wenn es lange dauert.	<input type="checkbox"/>				

## Palliative Versorgung in der Hospizinsel

### Beziehung zu Gästen und Angehörigen in der Hospizinsel

H 2: Die Beziehung zum Gast in der Hospizinsel ist sehr vertraut

H 3: Die Angehörige werden in die Versorgungsplanung der palliativen Gäste einbezogen.

H 4: Die Angehörigen werden weitgehend in die Versorgung eingebunden.

H 5: Die Angehörigen werden vom Personal der Hospizinsel intensiv begleitet im Prozess der palliativen Versorgung.

H 6: Die individuellen Bedürfnisse der Gäste in der Hospizinsel können respektiert werden und es besteht die Möglichkeit, auf Wünsche einzugehen.

Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie Sie den Beziehungsaufbau zum Gast seinen Angehörigen bewerten?	voll und ganz	Eher ja	Eher nein	Gar nicht	Weiß ich nicht
Haben Sie das Gefühl, die Gäste gut genug zu kennen, um zu wissen, was ihnen besonders viel Freude bereitet und was sie weniger mögen?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie genügend Zeit, um individuell auf den einzelnen Gast einzugehen?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie genügend Zeit, damit der Gast möglichst viel selbst machen kann?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, dass die Gäste ihre Probleme und Sorgen Ihnen anvertrauen würden?	<input type="checkbox"/>				

Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie Sie folgende Fragen einschätzen.	voll und ganz	Eher ja	Eher nein	Gar nicht	Weiß ich nicht
Werden die Angehörigen bei der Versorgungsplanung einbezogen?	<input type="checkbox"/>				

Gibt genug Zeit, um Angehörige in Ruhe zu begleiten und zu beraten?	<input type="checkbox"/>				
Können sich Angehörige bei Fragen zur palliativen Versorgung jederzeit an eine Fachkraft in der Hospizinsel wenden?	<input type="checkbox"/>				
Gelingt es Ihrer Meinung nach, die Angehörigen ausreichend emotional zu unterstützen?	<input type="checkbox"/>				

Wie häufig erhalten Sie positives Feedback von den Angehörigen?				
Sehr häufig	Eher häufig	eher selten	nie	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind die folgenden Ausstattungen für Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende und Angehörige in Ihrer Einrichtung ...					
	gar nicht ausreichend verfügbar?	eher nicht ausreichend verfügbar?	eher ausreichend verfügbar?	völlig ausreichend verfügbar?	Weiß ich nicht
Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie genügend Zeit, um individuell auf den einzelnen Gast einzugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückzugsraum für Gäste am Lebensende und ihre Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andachts-/Besinnungsraum für religiöse/spirituelle Belange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Hospizinsel

H 7: Es findet häufig eine multiprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen der palliativen Versorgung von Gästen statt.

H 8: Die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen der palliativen Versorgung wird in den meisten Fällen als unterstützend angesehen.



Wie unterstützend ist diese Zusammenarbeit für Sie?	gar	eher	eher	sehr	Weiß ich nicht	
	nicht	nicht	nicht	nicht		
	unter- stüt- zend	unter- stüt- zend	unter- stüt- zend	unter- stüt- zend		
Pflegekräfte (Fachkräfte und Hilfskräfte)	<input type="checkbox"/>					
Hospizdienste	<input type="checkbox"/>					
Hausärztinnen und Hausärzte	<input type="checkbox"/>					
SAPV Ärztinnen und SAPV Ärzte	<input type="checkbox"/>					
Angehörige	<input type="checkbox"/>					
Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten/Ergotherapeutinnen Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/>					
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Psychologinnen und Psychologinnen und Psychologen	<input type="checkbox"/>					
Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten	<input type="checkbox"/>					
Hospizbegleiter	<input type="checkbox"/>					
Seelsorgerinnen und Seelsorger	<input type="checkbox"/>					
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter	<input type="checkbox"/>					
SAPV-/Palliative Care Team	<input type="checkbox"/>					

## Versorgungsqualität

H 9: Es ist genug Zeit vorhanden, um die Betreuung der Gäste am Lebensende bedürfnisorientiert zu versorgen.

H 10: Die Versorgung in der Hospizinsel ermöglicht ein würdevolles Sterben.

H 11: Es ist ausreichend Personal aus verschiedenen Bereichen, wie z. B. Pflege, Betreuung, in der Hospizinsel vorhanden, um eine gute, den Wünschen des Gastes entsprechende Versorgung sicherzustellen.

<b>Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen zur Versorgungsqualität</b>					
	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft über- haupt nicht zu	Weiß ich nicht
Ich habe genug Zeit, die Gäste der Hospizinsel zu versorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die räumliche Nähe zum Pflegeheim bzw. amb. Dienst (ASSW) empfinde ich als Vorteil. <i>Freitext: Warum?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Hospizinsel bedeutet für Personen in der Sterbephase eine hohe Versorgungsqualität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gäste fühlen sich meiner Ansicht nach gut und umfassend versorgt (mehr Sicherheit, Ruhe, Zufriedenheit...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angehörigen scheinen meiner Ansicht nach zufrieden mit der Versorgung ihrer Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Versorgung in der Nacht reicht in der Regel aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt genügend Pflegepersonal, um ein würdevolles Sterben zu gewährleisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gäste der Hospizinsel können ihren Tagesablauf weitgehend selbst bestimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Hospizinsel herrscht eine familiäre Atmosphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Arbeitsorganisation und Arbeitszufriedenheit

H 12: Die Beschäftigten in der Hospizinsel haben eine hohe Arbeitszufriedenheit.

H 13: Die in der Hospizinsel tätigen Personen sind mit ihrer eigenen Kompetenz im Bereich der palliativen Versorgung zufrieden.

Zunächst allgemein: Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsbelastung in der Hospizinsel ein?  
 Bitte verorten Sie dies auf folgender Leiste (0 geringe Belastung, 10 hohe Belastung).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Weiß ich nicht
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------

**Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zur Arbeitszufriedenheit.**

	deutlich zu hoch	etwas zu hoch	angemessen	etwas zu gering	deutlich zu gering	Weiß ich nicht
Wie bewerten Sie die Arbeitsmenge bzw. das Arbeitspensum Ihrer Tätigkeit in der Hospizinsel?	<input type="checkbox"/>					
Wie bewerten Sie die Anforderungen an Ihre Kenntnisse und Fertigkeiten, die Ihre Tätigkeit in der Hospizinsel an Sie stellt?	<input type="checkbox"/>					

**Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Aspekten in Hinblick auf Ihre Tätigkeit in der Hospizinsel?**

	Sehr zufrieden	zufrieden	Weniger zufrieden	Nicht zufrieden	Weiß ich nicht
...mit Art und Inhalt der Tätigkeit	<input type="checkbox"/>				
...mit den Möglichkeiten, meine Fähigkeiten anzuwenden	<input type="checkbox"/>				
... mit der zur Verfügung stehenden Zeit für eine fachlich gute Versorgung der Gäste und deren Angehörigen	<input type="checkbox"/>				
... mit den Gestaltungsspielräumen bei der Organisation und Durchführung der palliativen Versorgung.	<input type="checkbox"/>				

<b>Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?</b>					
	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	Weiß ich nicht
Mir werden Fort- und Weiterbildungen zur Versorgung am Lebensende angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wünsche mir mehr Weiter- und Fortbildungen zur Versorgung am Lebensende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen zur Versorgung am Lebensende freigestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich besuche mindestens einmal pro Jahr Weiter- und Fortbildungen zur Versorgung am Lebensende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit meinen Kompetenzen zur Versorgung am Lebensende zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nutze andere Formate, um zu lernen und mich auszutauschen wie Teamsitzungen und Gespräche unter Kolleginnen und Kollegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Möglichkeit, Unterstützungsangebote wahrzunehmen (wie Supervision, Ethikberatung oder psychologische Beratung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Alles in allem betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit in der Hospizinsel insgesamt?</b>				
Sehr zufrieden	zufrieden	Weniger zufrieden	Nicht zufrieden	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Abschließend geben Sie bitte Ihre Einschätzung zum Versorgungskonzept der Hospizinsel.**

Gut finde ich:

\_\_\_\_\_

Noch nicht optimal finde ich:

\_\_\_\_\_



Weiß ich  
nicht

Folgendes sollte sich verbessern:

\_\_\_\_\_

**Haben Sie noch weitere Anmerkungen und Anregungen in Bezug auf die Hospizinsel, bzw. zur Evaluation, die Sie uns gerne mitteilen möchten?**

\_\_\_\_\_ *Freitext*

## A7 Interviewleitfaden zuweisende Kooperationspartner (inkl. Datenschutz und Einwilligung)

Sehr geehrte Frau/sehr geehrter Herr ...,

auf diesem Informationsblatt finden Sie Einzelheiten zu unserer Studie und dem dafür geplanten Interview. Bitte lesen Sie dieses Informationsblatt aufmerksam durch. Wenn Sie die Ausführungen gelesen haben und mit einer Teilnahme an dem Interview einverstanden sind, unterschreiben Sie bitte auf der zweiten Seite.

### **Worum geht es in der Evaluation?**

Eine gute Begleitung und pflegerische Versorgung am Lebensende ist sowohl für die betroffene Person als auch für deren Angehörige von besonderer Bedeutung. Leider existieren in diesem Bereich in Deutschland noch einige Versorgungslücken. Um diese Lücken zu schließen, wurde im Landkreis Mühldorf 2018 ein neues Versorgungsangebot etabliert - die Hospizinsel. Derzeit wird eine wissenschaftliche Studie durchgeführt, um dieses Versorgungsangebot für Menschen am Lebensende zu evaluieren.

### **Worum geht es in den Interviews?**

Mit dem Interview erhoffen wir uns Informationen zu Ihrer Einschätzung des Versorgungsangebotes der Hospizinsel, der Chancen und Hemmnisse des Konzepts sowie Anregungen für die Weiterentwicklung der Versorgung. Von Interesse ist Ihre persönliche Einschätzung. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten oder Aussagen. Es sollen Ihre persönlichen Eindrücke und Erfahrungen erfasst werden, um die Versorgung künftig bedarfsgerecht weiterentwickeln zu können.

### **Wann und wie sollen die Interviews stattfinden?**

Die Interviews sollen zwischen dem 27.01. – 28.02.2023 stattfinden. Sie dauern etwa 30 Minuten, werden telefonisch mit Ihnen durchgeführt und digital auf Tonband aufgezeichnet.

### **Datenschutzhinweis**

Die Ergebnisse aus den Telefoninterviews werden **anonymisiert** ausgewertet, d. h. weder Ihr Name noch der Name Ihres Arbeitgebers werden im Zusammenhang mit Ihren Aussagen genannt. Ihre Teilnahme ist **freiwillig**.

Für die Datenerhebung und Verarbeitung ist die IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin verantwortlich. Wir nutzen grundsätzlich nur die personenbezogenen Daten, die zur Kontaktaufnahme und zur Durchführung eines telefonischen Interviews erforderlich sind. Wir verarbeiten Ihre Daten auf Grundlage von Art. 6 Absatz 1 lit a DSGVO, sofern Sie uns dazu die gesonderte Einwilligung erteilen, von uns kontaktiert zu werden. Ihre Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Verarbeitung berührt. Wenn die Einwilligung widerrufen wird, stellen wir die entsprechende Datenverarbeitung ein. Wir übermitteln Ihre Daten nicht an Dritte.

Sollten Sie weitere Fragen zum Thema Datenschutz haben, können Sie sich direkt an den Datenschutzbeauftragten wenden. Die E-Mail-Adresse lautet: [datenschutz@iges.com](mailto:datenschutz@iges.com).

**Betroffenenrechte**

Auf Anforderung teilen wir Ihnen gern mit, ob und welche Daten über Sie gespeichert sind. Soweit die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, haben Sie ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Sie haben ferner das Recht auf Datenübertragbarkeit.

**Einwilligungserklärung**

„Ich habe die Informationen zur Studie und zu den Interviews erhalten und verstanden. Ich bin einverstanden an dem Interview teilzunehmen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Alle personenbezogenen Daten werden, sobald der Forschungszweck es zulässt, spätestens aber nach Projektabschluss im Dezember 2023 gelöscht.“

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[Ort, Datum]

[Unterschrift]

**Haben Sie noch Fragen?**

Bei Fragen zur Studie kontaktieren Sie uns gerne per E-Mail ([freja.engelmann@iges.com](mailto:freja.engelmann@iges.com)) oder rufen Sie uns an unter +49 30 230809217 (Freja Engelmann, Projektmitarbeiterin).

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Guten Tag Frau / Herr...,

erst einmal möchte ich mich bei Ihnen herzlich bedanken für Ihre Bereitschaft, sich mit mir zu unterhalten.

Mein Name ist ... und zusammen mit ... freuen wir uns, dass Sie Zeit für einen Termin gefunden haben.

Das Forschungsinstitut IGES beschäftigt sich mit der Evaluation der Hospizinsel im Landkreis Mühldorf. Mit dem Interview erhoffen wir uns einen Einblick in Ihre Einschätzung der Chancen und Hemmnisse des Konzepts, der Versorgungsqualität sowie zu Anregungen für die Weiterentwicklung.

Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät laufen. Einzelne Teile des Interviews wollen wir später ggf. in einer anonymisierten Form berichten. Wenn Sie Namen z. B. von Mitarbeitenden im Gespräch nennen, werden diese später geändert bzw. pseudonymisiert. Sie können also ganz freisprechen.

In diesem Zusammenhang möchte ich Sie außerdem darauf hinweisen, dass die Teilnahme freiwillig ist und Sie das Recht haben, das Interview zu jeder Zeit abzubrechen.

Auch haben Sie die Möglichkeit, die Verwendung Ihres Interviews zu widerrufen. Der Mitschnitt des Interviews wird nach der Verschriftlichung gelöscht, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person über die Stimme erfolgen kann. Mich interessiert Ihre persönliche Einschätzung. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten oder Aussagen, lediglich Ihre Eindrücke, Empfindungen und Erfahrungen, die Sie mir schildern möchten, sind für mich von Interesse.

Wenn Sie im Vorfeld noch Fragen haben, können wir diese jetzt gerne klären.

Dann schalte ich jetzt das Aufnahmegerät an...

*Kursiv blaue Schrift sind keine direkten Fragen, sondern Hinweise oder mögliche Nachfragen für den Interviewer / die Interviewerin*

*[Platz für weitere Anmerkungen für das Interview]*

## **Einstieg**

- Bitte schildern Sie mir kurz Ihren beruflichen Hintergrund und welcher Position Sie aktuell tätig sind.

*Hinweis: aufgrund des Datenschutzes werden diese Antworten nicht in die Auswertung einbezogen – nur der Tätigkeitsbereich*

## **Themenbereich I – Regionale Palliativversorgung**

- Wie schätzen Sie allgemein die Qualität der Palliativversorgung in Ihrer Region ein?
- Wie schätzen Sie die Kapazitäten der Palliativversorgung in Ihrer Region ein? (Versorgungsformen, Wohnortnähe etc.)
- Ausgehend von Ihrer aktuellen Tätigkeit als *[aktuelle Position]* - wie gestaltet sich Ihr Kontakt zur Hospizinsel?

*Nachfragen: Wie viele Patienten haben Sie in etwa an die Hospizinsel überwiesen? Wie oft sind Sie ggf. persönlich vor Ort?*

## **Themenbereich II – Hospizinsel als Versorgungsform**

### **Das Konzept der Hospizinsel**

- Worin besteht Ihrer Ansicht nach das Besondere am Konzept der Hospizinsel?
- Für die Versorgung palliativer Patientinnen und Patienten am Lebensende gibt es verschiedene Möglichkeiten, von ambulant bis stationär. In welche Versorgungsart würden Sie das Angebot am ehesten einordnen?

*Nachfragen: Hospiz /palliativ WG/ Pflegeheim...?*

*Nachfrage falls die Beantwortung von 4. und 5. schwierig ist: Bitte nehmen Sie Stellung zu der nachfolgenden Beschreibung der Hospizinsel, insbes. zu den Zielen.*

*„Die Hospizinsel ist eine ambulante Palliativwohngemeinschaft. Ziel der Hospizinsel ist eine bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung von Palliativpatient\*innen, am Lebensende, die nicht die vollumfängliche Versorgung eines stationären Hospizes benötigen, jedoch im häuslichen Umfeld auch mit Unterstützung durch die SAPV nicht mehr ausreichend versorgt werden können.“*

### **Der Weg zur Hospizinsel und der „typische Gast“**

- Ist die weitere palliative Versorgung einer Patientin/eines Patienten in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr möglich und eine andere Versorgungsform muss gefunden werden – wie gehen Sie dann vor?
  - Bei welchen Patienten würden Sie zuerst an die Hospizinsel denken?
-

*Nachfragen: Welche Patienten sind am besten für die Hospizinsel geeignet?*

*Hinweis: genauer Ablauf, im Zusammenhang damit auch Probleme/Schwierigkeiten und oder positive Erfahrungen*

### **Versorgungsqualität und Zufriedenheit**

- *[nur PMD]: Welche Rückmeldungen bekommen sie zur Versorgungsqualität in der Hospizinsel?*

*Nachfragen: Woher kommen die Rückmeldungen?*

- *[nur Hausarzt/SAPV] Wie bewerten Sie die medizinisch-pflegerische Versorgung der Hospizinsel?*
- *[nur Hausarzt/SAPV] Haben Sie von den Patientinnen und Patienten und oder den Angehörigen je ein Feedback zur Versorgung in der Hospizinsel bekommen?*

*Falls Ja: Wie ist es ausgefallen?*

*Nachfragen: Im Vergleich zu anderen Versorgungsformen am Lebensende wie Hospiz oder Palliativstation im Krankenhaus, wie schneidet die Hospizinsel hinsichtlich der Versorgungsqualität und Zufriedenheit Ihrer Meinung nach ab?*

### **Themenbereich III – Chancen und Hemmnisse**

- Wie würden Sie das Angebot der Hospizinsel insgesamt aus Ihrer Sicht bewerten?
- Gibt es aus Ihrer Sicht aktuell ausreichend Kapazitäten in der Hospizinsel (4 Plätze)?

#### **Chancen**

- Welche Vorteile sehen Sie in dem Angebot der Hospizinsel (als ambulante Palliativwohngemeinschaft) in Mühldorf?
- Was wäre, wenn es die Hospizinsel nicht mehr geben würde – wohin würden Sie dann überweisen, wenn eine Versorgung in der Häuslichkeit nicht mehr möglich ist?

#### **Hemmnisse**

- Was hemmt aus Ihrer Sicht die Entstehung weiterer solcher Versorgungsangebote?

#### **Abschluss**

- Gibt es noch etwas, was Sie sich in Bezug auf die Hospizinsel mitteilen möchten und was wir noch nicht angesprochen haben?
  - Ich möchte mich noch einmal ganz herzlich für Ihre Zeit und Offenheit bedanken.
-

## A8 Interviewleitfaden nicht-zuweisende Kooperationspartner (inkl. Datenschutz und Einwilligung)

Sehr geehrte Frau/sehr geehrter Herr ...,

auf diesem Informationsblatt finden Sie Einzelheiten zu unserer Studie und dem dafür geplanten Interview. Bitte lesen Sie dieses Informationsblatt aufmerksam durch. Wenn Sie die Ausführungen gelesen haben und mit einer Teilnahme an dem Interview einverstanden sind, unterschreiben Sie bitte auf der zweiten Seite.

### **Worum geht es in der Evaluation?**

Eine gute Begleitung und pflegerische Versorgung am Lebensende ist sowohl für die betroffene Person als auch für deren Angehörige von besonderer Bedeutung. Leider existieren in diesem Bereich in Deutschland noch einige Versorgungslücken. Um diese Lücken zu schließen, wurde im Landkreis Mühldorf 2018 ein neues Versorgungsangebot etabliert - die Hospizinsel. Derzeit wird eine wissenschaftliche Studie durchgeführt, um dieses Versorgungsangebot für Menschen am Lebensende zu evaluieren.

### **Worum geht es in den Interviews?**

Mit dem Interview erhoffen wir uns Informationen zu Ihrer Einschätzung des Versorgungsangebotes der Hospizinsel, der Chancen und Hemmnisse des Konzepts sowie Anregungen für die Weiterentwicklung der Versorgung. Von Interesse ist Ihre persönliche Einschätzung. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten oder Aussagen. Es sollen Ihre persönlichen Eindrücke und Erfahrungen erfasst werden, um die Versorgung künftig bedarfsgerecht weiterentwickeln zu können.

### **Wann und wie sollen die Interviews stattfinden?**

Die Interviews sollen zwischen dem 27.01. – 28.02.2023 stattfinden. Sie dauern etwa 30 Minuten, werden telefonisch mit Ihnen durchgeführt und digital auf Tonband aufgezeichnet.

### **Datenschutzhinweis**

Die Ergebnisse aus den Telefoninterviews werden **anonymisiert** ausgewertet, d. h. weder Ihr Name noch der Name Ihres Arbeitgebers werden im Zusammenhang mit Ihren Aussagen genannt. Ihre Teilnahme ist **freiwillig**.

Für die Datenerhebung und Verarbeitung ist die IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin verantwortlich. Wir nutzen grundsätzlich nur die personenbezogenen Daten, die zur Kontaktaufnahme und zur Durchführung eines telefonischen Interviews erforderlich sind. Wir verarbeiten Ihre Daten auf Grundlage von Art. 6 Absatz 1 lit a DSGVO, sofern Sie uns dazu die gesonderte Einwilligung erteilen, von uns kontaktiert zu werden. Ihre Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Verarbeitung berührt. Wenn die Einwilligung widerrufen wird, stellen wir die entsprechende Datenverarbeitung ein. Wir übermitteln Ihre Daten nicht an Dritte.

Sollten Sie weitere Fragen zum Thema Datenschutz haben, können Sie sich direkt an den Datenschutzbeauftragten wenden. Die E-Mail-Adresse lautet: [datenschutz@iges.com](mailto:datenschutz@iges.com).

**Betroffenenrechte**

Auf Anforderung teilen wir Ihnen gern mit, ob und welche Daten über Sie gespeichert sind. Soweit die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, haben Sie ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Sie haben ferner das Recht auf Datenübertragbarkeit.

**Einwilligungserklärung**

„Ich habe die Informationen zur Studie und zu den Interviews erhalten und verstanden. Ich bin einverstanden an dem Interview teilzunehmen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Alle personenbezogenen Daten werden, sobald der Forschungszweck es zulässt, spätestens aber nach Projektabschluss im Dezember 2023 gelöscht.“

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[Ort, Datum]

\_\_\_\_\_  
[Unterschrift]

**Haben Sie noch Fragen?**

Bei Fragen zur Studie kontaktieren Sie uns gerne per E-Mail ([freja.engelmann@iges.com](mailto:freja.engelmann@iges.com)) oder rufen Sie uns an unter +49 30 230809217 (Freja Engelmann, Projektmitarbeiterin).

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Guten Tag Frau / Herr...,

erst einmal möchte ich mich bei Ihnen herzlich bedanken für Ihre Bereitschaft, sich mit mir zu unterhalten.

Mein Name ist ... und zusammen mit ... freuen wir uns, dass Sie Zeit für einen Termin gefunden haben.

Das Forschungsinstitut IGES beschäftigt sich mit der Evaluation der Hospizinsel im Landkreis Mühldorf. Mit dem Interview erhoffen wir uns einen Einblick in Ihre Einschätzung der Chancen und Hemmnisse des Konzepts, der Versorgungsqualität sowie zu Anregungen für die Weiterentwicklung.

Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät laufen. Einzelne Teile des Interviews wollen wir später ggf. in einer anonymisierten Form berichten. Wenn Sie Namen z. B. von Mitarbeitenden im Gespräch nennen, werden diese später geändert bzw. pseudonymisiert. Sie können also ganz freisprechen.

In diesem Zusammenhang möchte ich Sie außerdem darauf hinweisen, dass die Teilnahme freiwillig ist und Sie das Recht haben, das Interview zu jeder Zeit abzubrechen.

Auch haben Sie die Möglichkeit, die Verwendung Ihres Interviews zu widerrufen. Der Mitschnitt des Interviews wird nach der Verschriftlichung gelöscht, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person über die Stimme erfolgen kann. Mich interessiert Ihre persönliche Einschätzung. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten oder Aussagen, lediglich Ihre Eindrücke, Empfindungen und Erfahrungen, die Sie mir schildern möchten, sind für mich von Interesse.

Wenn Sie im Vorfeld noch Fragen haben, können wir diese jetzt gerne klären.

Dann schalte ich jetzt das Aufnahmegerät an...

*Kursiv blaue Schrift sind keine direkten Fragen, sondern Hinweise oder mögliche Nachfragen für den Interviewer / die Interviewerin*

*[Platz für weitere Anmerkungen für das Interview]*

### **Einstieg**

- Bitte schildern Sie mir kurz Ihren beruflichen Hintergrund und welcher Position Sie aktuell tätig sind.

*Hinweis: aufgrund des Datenschutzes werden diese Antworten nicht in die Auswertung einbezogen – nur der Tätigkeitsbereich*

### **Themenbereich I – Regionale Palliativversorgung**

- Wie schätzen Sie allgemein die Qualität der Palliativversorgung in Ihrer Region ein?
- Wie schätzen Sie die Kapazitäten der Palliativversorgung in Ihrer Region ein? (Versorgungsformen, Wohnortnähe etc.)
- Ausgehend von Ihrer aktuellen Tätigkeit als *[aktuelle Position]* - wie gestaltet sich Ihr Kontakt zur Hospizinsel?

### **Themenbereich II – Hospizinsel als Versorgungsform**

#### **Das Konzept der Hospizinsel**

- Worin besteht Ihrer Ansicht nach das Besondere am Konzept der Hospizinsel?
- Für die Versorgung palliativer Patientinnen und Patienten am Lebensende gibt es verschiedene Möglichkeiten, von ambulant bis stationär. In welche Versorgungsart würden Sie das Angebot am ehesten einordnen?

*Nachfragen: Hospiz /palliativ WG/ Pflegeheim...?*

*Nachfrage falls die Beantwortung von 4. und 5. schwierig ist: Bitte nehmen Sie Stellung zu der nachfolgenden Beschreibung der Hospizinsel, insbes. zu den Zielen.*

*„Die Hospizinsel ist eine ambulante Palliativwohngemeinschaft. Ziel der Hospizinsel ist eine bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung von Palliativpatient\*innen, am Lebensende, die nicht die vollumfängliche Versorgung eines stationären Hospizes benötigen, jedoch im häuslichen Umfeld auch mit Unterstützung durch die SAPV nicht mehr ausreichend versorgt werden können.“*

#### **Bewertung und Zufriedenheit**

- Haben Sie von den Patientinnen und Patienten und oder den Angehörigen je ein Feedback zur Versorgung in der Hospizinsel bekommen?

*Falls Ja: Wie ist es ausgefallen?*

---

*Nachfragen:* Im Vergleich zu anderen Versorgungsformen am Lebensende wie Hospiz oder Palliativstation im Krankenhaus, wie schneidet die HospizInsel hinsichtlich der Versorgungsqualität und Zufriedenheit Ihrer Meinung nach ab?

- Wie würden Sie das Angebot der HospizInsel insgesamt aus Ihrer Sicht bewerten?
- Welche Vorteile sehen Sie in dem Angebot der HospizInsel (als ambulante Palliativwohngemeinschaft) in Mühldorf?

### **Abschluss**

- Gibt es noch etwas, was Sie sich in Bezug auf die HospizInsel mitteilen möchten und was wir noch nicht angesprochen haben?

Ich möchte mich noch einmal ganz herzlich für Ihre Zeit und Offenheit bedanken.

---

## **A9 Interviewleitfaden mit Expertinnen und Experten (inkl. Datenschutz)**

Sehr geehrte/r Herr Frau ...,

auf diesem Informationsblatt finden Sie Einzelheiten zu unserer Studie und dem dafür geplanten Telefoninterview. Bitte lesen Sie dieses Informationsblatt aufmerksam durch. Wenn Sie die Ausführungen gelesen haben und mit einer Teilnahme an dem Interview einverstanden sind, unterschreiben Sie bitte auf der zweiten Seite.

### **Worum geht es in der Evaluation?**

Eine gute Begleitung und pflegerische Versorgung am Lebensende ist sowohl für die betroffene Person als auch für deren Angehörige von besonderer Bedeutung. Leider existieren in diesem Bereich in Deutschland noch einige Versorgungslücken. Vor diesem Hintergrund ist die Hospizinsel als gemeinsames Projekt des Anna Hospizvereins im Landkreis Mühldorf e. V. und Adalbert-Stifter Seniorenwohnen Waldkraiburg im Mai 2018 als eine ambulante Palliativwohngemeinschaft mit vier Plätzen etabliert worden.

Ziel der Hospizinsel ist eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten am Lebensende, welche zum einen nicht die vollumfängliche Versorgung eines stationären Hospizes benötigen, jedoch auch im häuslichen Umfeld nicht mehr ausreichend versorgt werden können. Mit der Evaluation des Projekts wurde das IGES Institut Berlin beauftragt.

### **Worum geht es in den Interviews?**

Mit dem Interview erhoffen wir uns einen Einblick in ähnliche bzw. andere Palliativversorgungskonzepte sowie Anregungen für die Weiterentwicklung der Hospizinsel. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten oder Aussagen. Es sollen Ihre persönlichen Eindrücke und Erfahrungen erfasst werden, um die Versorgung künftig bedarfsgerecht weiterentwickeln zu können.

### **Wann und wie sollen die Interviews stattfinden?**

Die Interviews sollen zwischen dem 26.06.23 bis zum 31.07.2023 stattfinden. Sie dauern etwa 20 Minuten, werden telefonisch mit Ihnen durchgeführt und digital auf Tonband aufgezeichnet.

### **Datenschutzhinweis**

Ihre Teilnahme am Interview und die Angabe Ihrer Kontaktdaten wie Name, Institution und Telefonnummer ist freiwillig. Die Ergebnisse aus Ihrem Interview werden anonymisiert (siehe Einwilligungserklärung) ausgewertet.

Für die Datenerhebung und Verarbeitung ist die IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin verantwortlich. Wir nutzen grundsätzlich nur die personenbezogenen Daten, die zur Kontaktaufnahme mit Ihnen zur Durchführung eines Interviews erforderlich sind.

Wir verarbeiten Ihre Daten auf Grundlage von Art. 6 Absatz 1 lit a DSGVO, sofern Sie uns dazu die gesonderte Einwilligung erteilen, von uns kontaktiert zu werden. Ihre Einwilligung

---

kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Verarbeitung berührt. Wenn die Einwilligung widerrufen wird, stellen wir die entsprechende Datenverarbeitung ein.

Die Daten werden unter Berücksichtigung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen nach Abschluss der Studie gelöscht.

Sie haben das Recht, der Datenverarbeitung zu widersprechen (siehe hierzu nachfolgender Punkt „Betroffenenrechte“).

### **Betroffenenrechte**

Auf Anforderung teilen wir Ihnen gern mit, ob und welche Daten über Sie gespeichert sind. Soweit die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, haben Sie ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Sie haben ferner das Recht auf Datenübertragbarkeit. Sie haben außerdem ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz. Die Ton- bzw. Videoaufnahme des Interviews wird nach der Verschriftlichung, jedoch spätestens nach Ende des Projektes, gelöscht, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person erfolgen kann.

Sollten Sie weitere Fragen zum Thema Datenschutz haben, können Sie sich direkt an den Datenschutzbeauftragten wenden. Die E-Mailadresse lautet: [datenschutz@iges.com](mailto:datenschutz@iges.com).

### **Einwilligungserklärung**

„Ich habe die Informationen zur Studie und zu den Interviews erhalten und verstanden. Ich bin einverstanden an dem Interview teilzunehmen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Alle personenbezogenen Daten werden, sobald der Forschungszweck es zulässt, spätestens aber nach Projektabschluss im Dezember 2023 gelöscht.“

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[Ort, Datum]

[Unterschrift]

**Bitte schicken Sie Ihre unterzeichnete Einwilligung an:**

E-Mail: [freja.engelmann@iges.com](mailto:freja.engelmann@iges.com)

### **Haben Sie noch Fragen?**

Bei Fragen zur Studie kontaktieren Sie uns gerne per E-Mail ([freja.engelmann@iges.com](mailto:freja.engelmann@iges.com)) oder rufen Sie uns an unter +49 30 230809217 (Freja Engelmann, Projektmitarbeiterin).

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!



Guten Tag Frau / Herr...,

erst einmal möchte ich mich bei Ihnen herzlich bedanken für Ihre Bereitschaft, sich mit mir zu unterhalten.

Mein Name ist ... und zusammen mit ... freuen wir uns, dass Sie Zeit für einen Termin gefunden haben.

Das Forschungsinstitut IGES beschäftigt sich mit der Evaluation der Hospizinsel im Landkreis Mühldorf, einer ambulant versorgten Palliativwohngemeinschaft. Mit dem Interview erhoffen wir uns einen Einblick in ähnliche bzw. andere Palliativversorgungskonzepte sowie Anregungen für die Weiterentwicklung der Hospizinsel.

Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät laufen. Einzelne Teile des Interviews wollen wir später ggf. in einer anonymisierten Form berichten. Wenn Sie Namen z. B. von Mitarbeitenden im Gespräch nennen, werden diese später geändert bzw. pseudonymisiert. Sie können also ganz freisprechen.

In diesem Zusammenhang möchte ich Sie außerdem darauf hinweisen, dass die Teilnahme freiwillig ist und Sie das Recht haben, das Interview zu jeder Zeit abzubrechen.

Auch haben Sie die Möglichkeit, die Verwendung Ihres Interviews zu widerrufen. Der Mitschnitt des Interviews wird nach der Verschriftlichung gelöscht, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person über die Stimme erfolgen kann. Mich interessiert Ihre persönliche Einschätzung. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten oder Aussagen, lediglich Ihre Eindrücke, Empfindungen und Erfahrungen, die Sie mir schildern möchten, sind für mich von Interesse.

Wenn Sie im Vorfeld noch Fragen haben, können wir diese jetzt gerne klären.

Dann schalte ich jetzt das Aufnahmegerät an...

---

*Kursiv blaue Schrift sind keine direkten Fragen, sondern Hinweise oder mögliche Nachfragen für den Interviewer / die Interviewerin*

---

## **Einstieg**

1. Bitte schildern Sie mir kurz Ihren beruflichen Hintergrund und welcher Position Sie aktuell tätig sind.

*Hinweis: aufgrund des Datenschutzes werden diese Antworten nicht in die Auswertung einbezogen – nur der Tätigkeitsbereich*

## **Themenbereich I — Konzept und Versorgung**

### **Das Konzept und die ordnungsrechtliche Einordnung**

2. Bitte stellen Sie kurz [NAME Projekt/Einrichtung] vor.
3. Wie ist die Idee zu dieser Art der Palliativversorgung entstanden?

*Nachfragen: Gab es einen konkreten Bedarf? Wurden in der Region Versorgungslücken erkannt?*

4. Worin besteht Ihrer Ansicht nach das Besondere an Ihrem Konzept der [NAME Projekt/Einrichtung]?

*Nachfragen: Welche Schwerpunkte setzten Sie mit Ihrem Konzept?*

5. Für die Versorgung palliativer Patientinnen und Patienten am Lebensende gibt es verschiedene Möglichkeiten, von ambulant bis stationär. In welche Versorgungsart würden Sie ihr Angebot am ehesten einordnen?

*Nachfragen:*

*Wenn ambulant und Informationen zum Heimrecht gefunden: In [NAME Bundesland] existieren einige heimrechtliche Vorschriften für ambulante Pflege-Wohnformen. Gibt es mit Blick auf diese Vorschriften aktuelle Herausforderungen oder Hürden, die Sie überwinden müssen bzw. überwunden haben?*

*Wenn ambulant und keine Informationen zum Heimrecht gefunden: Können Sie mir knapp sagen, welche heimrechtlichen Vorschriften es für ambulante Pflege-Wohnformen in [NAME Bundesland] gibt?*

*Gibt es mit Blick auf diese Vorschriften aktuelle Herausforderungen oder Hürden, die Sie überwinden müssen bzw. überwunden haben?*

### **Finanzierung**

6. Ich würde gerne etwas über die Finanzierung in [NAME Projekt/Einrichtung] erfahren: Welche weiteren Finanzierungsquellen (Spenden etc.) gibt es noch neben dem Förderprogramm für [NAME Projekt/Einrichtung]?

*Nachfragen: Gibt es eine Eigenbeteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner/Gäste?*

---

### Der „typische Klient“ und die Versorgung vor Ort

7. Gibt es Ein- bzw. Ausschlusskriterien, die erfüllt sein müssen, damit eine Person Ihr Angebot in Anspruch nehmen kann?

*Nachfragen: Wie werden diese festgestellt? Werden diese notiert? Gab/gibt es damit auch Probleme/Schwierigkeiten und oder besonders positive Erfahrungen*

8. Gibt es Personen, welche die besonders geeignet sind für Ihr Konzept?

*Nachfragen: Gibt es einen typischen Gast?*

9. Ich würde gerne etwas über die Versorgung in [NAME Projekt/Einrichtung] erfahren: Welches Personal steht für die Versorgung der Palliativen Personen zur Verfügung?

*Nachfragen: Ungefähr wie viele Fachkräfte, Hilfskräfte, Ehrenamtliche sind bei Ihnen tätig? (ambulanter Pflegedienst, SAPV einbezogen?) Wie wird es finanziert? Wenn ambulant: Wie erfolgt die Abrechnung?*

## Themenbereich III – Chancen Herausforderungen und Empfehlungen

### Chancen und Herausforderungen

10. Welche Vorteile bringt Ihr Angebot den Nutzerinnen und Nutzer, der Region?
11. Ganz kurz und knapp: Gibt es aktuell Herausforderungen, vor denen Ihre Einrichtung steht?
12. Die Einrichtung besteht seit [Anzahl der Jahre] Jahren – was würden Sie mit Blick auf „lesson learned“, Einrichtungen wie der palliativ WG Hospizinsel raten/empfehlen?

*Nachfragen: Welche Aspekte empfinden sie als sehr gelungen, was hat gut funktioniert was hat weniger gut funktioniert?*

13. Abschließend noch eine kurze Frage zu [NAME Projekt/Einrichtung]: Gibt es derzeit eine Evaluation zu Ihrem Konzept?

*Nachfragen: Läuft die Evaluation noch? Wann ist die beendet? Was ist der Schwerpunkt?*

*Gibt es eine Veröffentlichung/einen Bericht über Ihr Projekt, welches Sie uns zur Verfügung stellen könnten?*

### Abschluss

14. Gibt es noch etwas, was Sie uns zur Thematik der Palliativversorgung mitteilen möchten und was wir noch nicht angesprochen haben?
-

Ich möchte mich noch einmal herzlich für Ihre Zeit und Offenheit bedanken.

---

**A10 Strukturfragebogen**

Themenfeld A	
<b>A1</b>	<p><b>Von wem oder von welcher Institution ging die Idee zur Gründung der WG aus?</b> <i>(Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Kommune</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegedienst</p> <p><input type="checkbox"/> Träger / Verband aus der Pflege oder Behindertenhilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Angehörigeninitiative</p> <p><input type="checkbox"/> Initiative der Bewohner/innen selbst</p> <p><input type="checkbox"/> Modellprojekt</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: _____ _____</p>
<b>A2</b>	<p><b>Was war der Anlass/Auslöser für die Gründung?</b> <i>(Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Mangel an Pflege- oder Betreuungsplätzen vor Ort</p> <p><input type="checkbox"/> Wunsch nach quartiersnaher Pflege</p> <p><input type="checkbox"/> Wunsch nach selbstbestimmten Wohnformen bei Pflege und Behinderung</p> <p><input type="checkbox"/> Belegung von freistehendem Wohnraum</p> <p><input type="checkbox"/> Auslastung des Pflegedienstes</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: _____ _____</p>

<b>A3</b>	<p><b>Bitte ordnen Sie die folgenden Ziele und Wertvorstellung in Ihrer Bedeutung für die WG.</b>  <i>Geben Sie dem Wert, der in der WG die größte Bedeutung hat, eine 1, dem nächst wichtigen eine 2, dem dritt wichtigsten eine 3 usw...</i></p> <p><b>Selbstbestimmte Lebensführung der Bewohner/innen</b> _____</p> <p><b>Wohnortnahe Versorgung für die BürgerInnen</b> _____</p> <p><b>Fachlichkeit in Pflege und Hauswirtschaft</b> _____</p> <p><b>Gemeinschaftsbezug der Bewohner/innen</b> _____</p> <p><b>Kooperation im Gemeinwesen, bspw. mit Kita, Kirchen</b> _____</p> <p><b>Kooperation mit Ärzten, geriatrischen Zentren oder Memorykliniken</b> _____</p> <p><b>Andere (bitte unten eintragen)</b> _____</p> <p><b>Bitte tragen Sie ggf. hier ein, an welche Ziele und Wertvorstellungen Sie bei "Andere" denken:</b></p>				
<b>A4</b>	<p><b>Auf welche Probleme oder Herausforderungen sind Sie bzw. die WG bisher seit der Planung/ Gründung gestoßen? *</b></p>				
Beratung durch...	sehr problematisch	ein wenig oder zeitweise problematisch	gar nicht problematisch	keine Angabe	
<b>Genügend Bewohner/innen finden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Probleme mit der Kommune</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Probleme mit Nachbar/innen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Geeigneten und bezahlbaren Wohnraum finden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Probleme mit Pflegeanbietern</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Probleme mit Aufsichtsbehörden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Andere Probleme:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Falls Sie unter Probleme/Herausforderungen auch "Andere" ausgewählt haben, sagen Sie uns bitte, welche das sind:

---

A5

**Welche Instrumente zur Qualitätssicherung werden in der WG durch die dort Tätigen eingesetzt?**

*(Bitte alles zutreffende ankreuzen)*

- Dementia Care Mapping
  
- H.I.L.DE - Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker
  
- Strukturiertes Beschwerdemanagement
  
- Expertenstandards des Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
  
- Qualitätsniveau der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS)
  
- Gründungs- oder Qualitätsleitfaden für Wohngruppen
  
- Externe, ggf. ehrenamtliche, Moderation bei Konflikten
  
- Andere:  

---
- Keine von diesen**

A6	<b>Welche Risiken sehen Sie derzeit und in der näheren Zukunft für den Betrieb der WG?</b>				
<i>Bitte nennen Sie die Risiken und bewerten Sie sie hinsichtlich ihrer Wahrscheinlichkeit und der vermutlichen Schadenshöhe.</i>					
	Ist kein Risiko	hohe Wahrscheinlichkeit des Auftretens	niedrige Wahrscheinlichkeit des Auftretens	Vermutlich hohe Schadenshöhe	Vermutlich niedrige Schadenshöhe
Finanzielle Instabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belegungsausfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiterüberlastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defizite in der Pflegequalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme bei der Stellenbesetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konflikte zwischen den beruflich Tätigen und Ehrenamtlichen bzw. Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defizite in der Teilhabe der Bewohner/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefahren durch freiheitsentziehende Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefahren durch Sturz oder Verlaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Falls Sie unter Risiken auch "Andere" ausgewählt haben, sagen Sie uns bitte, woran Sie gedacht haben:**

Themenfeld B						
<b>B1</b>	<b>Wir interessieren uns für die Kommunikation innerhalb der WG:</b> Wie häufig finden Besprechungen der unten genannten Personengruppen über Angelegenheiten der WG als Ganzes statt (z.B. zu den Dienstplänen, täglichen Abläufen, Zukunftsplanungen etc.)?					
		gar nich t	ca. 1 - 4 mal pro Jahr	etwa mo- nat- lich	häufi- ger als monat- lich	keine Angabe
	Besprechung der Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besprechung der Assistenz / Alltagsbegleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besprechung der ehrenamtlich Tätigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gemeinsame Besprechung von beruflich Tätigen (Pflege, Alltagsbegleitung) und Angehörigen/Bewohnern oder Ehrenamtlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B2</b>	<b>Fallbesprechungen</b>  <i>Gibt es gemeinsame regelmäßige oder anlassbezogene Fallbesprechungen in Bezug auf eine/n bestimmte/n Bewohner/in, an denen sich die beruflich Tätigen (Pflege, Alltagsbegleitung, etc.) mit den nicht-beruflich Tätigen (Ehrenamtliche, mitarbeitende Angehörige etc.) austauschen?</i>					
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____  <input type="checkbox"/> Ja, häufiger als monatlich <input type="checkbox"/> Ja, aber nur bei Bedarf <input type="checkbox"/> keine Angabe					
<b>B3</b>	<b>Sind beim Zugang zur Wohngruppe Treppenstufen zu bewältigen? *</b>					
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, 1-3 Stufen	<input type="checkbox"/> Ja, mehr als 3 Stufen		<input type="checkbox"/> keine Angabe	
<b>B3.1</b>	<b>Gibt es zur Überwindung der Stufen ... *</b>					
	<input type="checkbox"/> Einen Handlauf	<input type="checkbox"/> eine Rampe	<input type="checkbox"/> einen Fahrstuhl		<input type="checkbox"/> keine Angabe	

<b>B4</b>	<b>Räumliche Begebenheiten der Wohngruppe:</b>			<input type="checkbox"/> keine Angabe
Über wie viele Ba- dezimmer verfügt die WG?	Über WCs WG?	wie viele verfügt die WG?	Welche Grundfläche hat die WG insgesamt in qm? <i>(ohne Außenflächen wie Terrasse, Garten, Balkon)?</i>	
<b>B5</b>	<b>Weitere räumliche Ausstattung der Wohngruppe:</b>			
<input type="checkbox"/> Die WG verfügt über mindestens eine boden- gleiche Dusche	<input type="checkbox"/> Zur WG gehören Au- ßenanlagen (Terrasse, Bal- kon, Garten etc.), die ex- klusiv von Bewohner/innen genutzt werden können		<input type="checkbox"/> keine Angabe	
<b>B6</b>	<b>Sind die Türen zu WC, Badezimmer und Bewohnerzimmern breit genug für Rollstühle?</b>			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teils-teils	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> keine Angabe	

Themenfeld C			
<b>C1</b>	<p><b>Über welche Qualifikationen verfügen die Personen, die beruflich in der WG tätig sind? *</b></p> <p><i>(Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft. Beziehen Sie dabei auch die Mitarbeiter/innen von externen Dienstleistern ein. Falls ein/e Mitarbeiter/in über mehr als eine Qualifikation verfügt, kreuzen Sie bitte alle entsprechenden Felder an)</i></p>		
<input type="checkbox"/>	Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	Pflegehilfskraft
<input type="checkbox"/>	Hauswirtschafts-fachkraft	<input type="checkbox"/>	Alltagsbegleitung /Präsenzkraft
<input type="checkbox"/>	Sozialarbeiter/in	<input type="checkbox"/>	Weiterbildung Gerontopsychiatrische Fachkraft
<input type="checkbox"/>	Weiterbildung für eine Leitungsfunktion in der Pflege	<input type="checkbox"/>	Weiterbildung Palliative Care
<input type="checkbox"/> Sonstige (Bitte nur Aus- und Weiterbildungen, keine Fortbildungen nennen):			
<input type="checkbox"/> Sonstige (Bitte nur Aus- und Weiterbildungen, keine Fortbildungen nennen):			

Bitte beschreiben Sie uns, wer Träger der Wohngruppe ist bzw. wie die Verantwortungsrollen verteilt sind.	
<b>D1</b>	<p><b>Wer hat die Investition in den Kauf, Bau oder Umbau des Gebäudes bzw. des Grundstücks getätigt?</b></p> <p><i>(Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Private/r Investor/in</p> <p><input type="checkbox"/> regional tätiges Bauunternehmen</p> <p><input type="checkbox"/> überregional tätiges Bauunternehmen</p> <p><input type="checkbox"/> privatwirtschaftliches Wohnungsunternehmen</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnungsgenossenschaft</p> <p><input type="checkbox"/> Wohlfahrtsverband</p>

- Kirchengemeinde
- Kommune
- Verein
- Stiftung
- Bank oder Sparkasse
- Andere:

---

---

**D2 Wer ist Eigentümer/in der Wohnung, in der sich die WG befindet?**

*(Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an)*

- Private/r Investor/in
- regional tätiges Bauunternehmen
- überregional tätiges Bauunternehmen
- privatwirtschaftliches Wohnungsunternehmen
- Wohnungsgenossenschaft
- Wohlfahrtsverband
- Kirchengemeinde
- Kommune
- Verein

Stiftung

Andere:

---

---

**D4.1 Falls die Vermietung an einen Generalmieter erfolgt, wer ist Generalmieter?**

*\* (Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an)*

gewerblicher Vermieter

Kirchengemeinde

Kommune

Verein

Stiftung

Andere:

---

---

**D5 Wer übernimmt die Pflegeleistungen (SGB V, SGB XI)?**

ambulanter Pflegedienst, privater Träger

ambulanter Pflegedienst, freigemeinnützig

kommunaler Pflegedienst

mehrere Pflegedienste

**D6 Wer erbringt Leistungen der Alltagsbegleitung/Assistenz, ist also Anstellungsträger für Präsenz- oder Assistenzkräfte, Alltagsbegleiter/innen oder hauswirtschaftliche Kräfte?**

ambulanter Pflegedienst, privater Träger

ambulanter Pflegedienst, freigemeinnützig

kommunaler Pflegedienst

mehrere Pflegedienste

Assistenzdienst privater Träger

gemeinnütziger Assistenzdienst /Verein

Andere:

---

---

**D7**

**Wer trifft die Entscheidung über Neu-Einzüge von Bewohner/innen? \***

*Falls mehrere Akteure an dieser Entscheidung beteiligt sind, kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft.*

Auftraggebergemeinschaft der gesetzlichen Vertretungen der Bewohner/innen

gemeinsame Entscheidung der Bewohner/innen

ambulanter Pflegedienst

Assistenzdienst (Arbeitgeber der Alltagsbegleiter/innen bzw. Präsenzkräfte)

gemeinnütziger Verein, der nicht Vermieter oder Arbeitgeber für die Wohngruppe ist

Eigentümer

Generalmieter

Andere:

---

**D8**

**Mit welchen Institutionen kooperiert die WG bzw. in welche ist sie eingebunden, bspw. im Rahmen regelmäßiger Treffen, alltäglichem Austausch bzw. gemeinsamer Aktivitäten oder aufgrund mündlicher oder schriftlicher Vereinbarungen? \***

*Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft.*

- Unternehmen, Betriebe
- Schulen, Kindergärten, Volkshochschule
- Kirchengemeinden
- Angebote der Altenhilfe (Begegnung, Bildung, Beratung)
- Freizeit- und Sportvereine
- Andere:

---

---

**D9**

**Wurde die WG bei der zuständigen Behörde im Sinne des Landesheimgesetzes angezeigt? \***

- Ja                       Nein                       keine Angabe

**D9.1**

**Falls ja, von wem wurde die Anzeige getätigt? \***

- ambulanter Pflegedienst
- Kommune
- Vermieter
- Auftraggebergemeinschaft
- gewerblicher Assistenzdienst
- Andere:

---



Einsatz von Evakuierungshelfern

Andere:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D12**

**Hat die behördlich geforderte Beachtung von Hygienevorschriften zu Problemen oder zu besonderem Aufwand in der Gründung oder im Betrieb der Wohngruppe geführt?**

**Falls ja, um welche Auflagen handelt es sich? \***

*Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft*

Nein

Ja, Lagerung von Lebensmitteln

Ja, Herstellung von Mahlzeiten (Kochen, Backen) in der WG durch Außenstehende (bspw. Angehörige, ehrenamtliche Kräfte)

Ja, Herstellung von Mahlzeiten durch oder mit Hilfe der Bewohner/innen

Andere:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Themenfeld E

Teilen Sie uns bitte mit, welche Leistungen die WG bzw. ihre Bewohner/innen gemäß den einzelnen Sozialgesetzbüchern beziehen. Bitte beachten Sie auch hier: Alle Daten werden vertraulich behandelt! (Hinweis: Auch diese Fragen beziehen sich weiterhin nur auf die Bewohner/innen, die dauerhaft in der Wohngruppe leben).

**E2**

**Aus welchen Leistungen der Sozialgesetzbücher (nicht Eigenanteil der Bewohner/innen)**

**finanziert sich die Wohngruppe als Ganzes vorrangig? \***

SGB V (Krankenversicherung)

SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

SGB XII (Sozialhilfe und Eingliederungshilfe)

Themenfeld F	
<b>F1</b>	<p><b>In der folgenden Tabelle können Sie uns mitteilen, welche Verträge existieren und welche Vertragspartner beteiligt sind. *</b></p> <p><i>Kreuzen Sie alles an, was zutrifft. Haben bspw. die Kommune und der Investor einen Generalmietvertrag geschlossen, so setzen Sie ein Kreuz bei Kommune und bei Investor.</i></p> <p><b><i>Welche Verträge sind unabhängig von den anderen einzeln kündbar? Kreuzen Sie diese bitte in der letzten Spalte an.</i></b></p>
<b>Generalmietvertrag</b>	
<input type="checkbox"/> Einen solchen Vertrag gibt es nicht	
<input type="checkbox"/> Bewohner/innen bzw. deren gesetzliche Vertretung	
<input type="checkbox"/> Auftraggeber-gemeinschaft der Angehörigen bzw. der gesetzl. Vertreter/innen	
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	
<input type="checkbox"/> Kommune	
<input type="checkbox"/> Vereine	
<input type="checkbox"/> Investor	
<input type="checkbox"/> Wohnungs-unternehmen/ Genossenschaft	
<input type="checkbox"/> <i>Dieser Vertrag kann unabhängig von anderen gekündigt werden</i>	
<b>Mietvertrag</b>	
<input type="checkbox"/> Einen solchen Vertrag gibt es nicht	
<input type="checkbox"/> Bewohner/innen bzw. deren gesetzliche Vertretung	
<input type="checkbox"/> Auftraggeber-gemeinschaft der Angehörigen bzw. der gesetzl. Vertreter/innen	

Pflegedienst

Kommune

Vereine

Investor

Wohnungs-unternehmen/ Genossenschaft

*Dieser Vertrag kann unabhängig von anderen gekündigt werden*

---

**Bürgschaftserklärung oder Ausfallgarantien**

Einen solchen Vertrag gibt es nicht

Bewohner/innen bzw. deren gesetzliche Vertretung

Auftraggeber-gemeinschaft der Angehörigen bzw. der gesetzl. Vertreter/innen

Pflegedienst

Kommune

Vereine

Investor

Wohnungs-unternehmen/ Genossenschaft

*Dieser Vertrag kann unabhängig von anderen gekündigt werden*

---

**Pflegevertrag**

- Einen solchen Vertrag gibt es nicht
  
- Bewohner/innen bzw. deren gesetzliche Vertretung
  
- Auftraggeber-gemeinschaft der Angehörigen bzw. der gesetzl. Vertreter/innen
- Pflegedienst
  
- Kommune
  
- Vereine
  
- Investor
  
- Wohnungs-unternehmen/ Genossenschaft
  
- Dieser Vertrag kann unabhängig von anderen gekündigt werden*

---

**Alltagsbegleitung/ Assistenzvertrag**

---

- Einen solchen Vertrag gibt es nicht
  
  - Bewohner/innen bzw. deren gesetzliche Vertretung
  
  - Auftraggeber-gemeinschaft der Angehörigen bzw. der gesetzl. Vertreter/innen
  - Pflegedienst
  
  - Kommune
  
  - Vereine
  
  - Investor
-

Wohnungs-unternehmen/ Genossenschaft

*Dieser Vertrag kann unabhängig von anderen gekündigt werden*

---

**Vereinbarungen zu Verpflegung und Haushaltsgeld**

---

Einen solchen Vertrag gibt es nicht

Bewohner/innen bzw. deren gesetzliche Vertretung

Auftraggeber-gemeinschaft der Angehörigen bzw. der gesetzl. Vertreter/innen

Pflegedienst

Kommune

Vereine

Investor

Wohnungs-unternehmen/ Genossenschaft

*Dieser Vertrag kann unabhängig von anderen gekündigt werden*

---

**Kooperationsvereinbarung der Beteiligten**

---

Einen solchen Vertrag gibt es nicht

Bewohner/innen bzw. deren gesetzliche Vertretung

Auftraggeber-gemeinschaft der Angehörigen bzw. der gesetzl. Vertreter/innen

Pflegedienst

Kommune

- Vereine
- Investor
- Wohnungs-unternehmen/ Genossenschaft
- Dieser Vertrag kann unabhängig von anderen gekündigt werden*

---

**Andere:**

- Einen solchen Vertrag gibt es nicht
- Bewohner/innen bzw. deren gesetzliche Vertretung
- Auftraggeber-gemeinschaft der Angehörigen bzw. der gesetzl. Vertreter/innen
- Pflegedienst
- Kommune
- Vereine
- Investor
- Wohnungs-unternehmen/ Genossenschaft
- Dieser Vertrag kann unabhängig von anderen gekündigt werden*

---

**Wenn Sie unter "andere" etwas eingetragen haben: Welchen Vertrag meinen Sie damit?**

## 12. Literaturverzeichnis

- Anna Hospizverein im Landkreis Mühldorf e.V. (Hrsg.). (2021). *Beauftragung einer Studie zu Bedarf, Wirksamkeit und ordnungsrechtlicher Einordnung des Konzepts der innovativen Versorgungsform einer ambulanten Palliativwohngemeinschaft am Beispiel der Hospizinsel im Landkreis Mühldorf*.
- AOK (Hrsg.). (2023, 13. Februar). *Hospiz*. Zugriff am 5. Januar 2024, verfügbar unter <https://www.aok.de/pp/lexikon/hospiz/>,
- Arbeitsgemeinschaft Stationäre Hospize in Bayern (Hrsg.). (2022). *Wir über uns*. Zugriff am 2. März 2023, verfügbar unter <https://hospize-bayern.de/>
- Arzt & Wirtschaft online (Hrsg.). (2020). *Abrechnung: Wann Ärzte die Beratung von Heimbewohnern in Rechnung stellen dürfen*. <https://www.arzt-wirtschaft.de/abrechnung/abrechnung-wann-aerzte-die-beratung-von-heimbewohnern-in-rechnung-stellen-duerfen/>
- ÄrzteZeitung (Hrsg.). (2019). *Die Arztdichte in den einzelnen Landkreisen*. Bundesarztregister. Zugriff am 5. Januar 2024, verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Die-Arzt-dichte-in-den-einzelnen-Landkreisen-255382.html>
- Bank für Sozialwirtschaft Aktiengesellschaft (Hrsg.). (2023). *Hospizliche Versorgung im Quartier*. Trendinfo - Informationen für Führungskräfte der Sozialwirtschaft. Zugriff am 23. Dezember 2023.
- Bausewein, C., Simon, S. & Schulz-Quach, C. (2019). Testinstrumente in der Palliativmedizin. In Schnell, M. W. & Schulz-Quach, C. (Hrsg.), *Basiswissen Palliativmedizin* (S. 27–42). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-19412-2\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-642-19412-2_4)
- Bausewein et al. (2019). *Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS)*. Zugriff am 5. Januar 2024, verfügbar unter <https://medical-data-models.org/38981#model-info>
- Bayerische Stiftung Hospiz. *Hospiz- und Palliativbewegung in Bayern*. Zugriff am 7. April 2022, verfügbar unter <https://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/index.php>
- Bayerischer Hospiz- und Palliativverband e.V. (Hrsg.). (2022). *Stationäre Hospize in Bayern*.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (Hrsg.). (2022). *Einwohnerzahlen der Kreise und Gemeinden in Bayern am 30. September 2022 in regionaler Gliederung*.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.). (o. J.). *Palliativversorgung*. Zugriff am 2. März 2023, verfügbar unter <https://www.stmgp.bayern.de/gesundheitsversorgung/sterbebegleitung/palliativversorgung/>
- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit & Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.). (2011). *Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung: Begleitung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen in Bayern*.
-

- Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. *Übersicht der Netzwerke in Bayern*. Zugriff am 22. April 2022, verfügbar unter <https://www.stm.gp.bayern.de/gesundheitsversorgung/sterbebegleitung/netzwerke-in-der-hospiz-und-palliativversorgung/uebersicht-der-netzwerke-in-bayern/>
- Behrendt, S., Guerra, F. A., Räker, M., Jürchott, K., Klauber, J. & Schwinger, A. (2022). *Die Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende aus Sicht der Pflege: Eine Befragung in deutschen Pflegeheimen*. [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen\\_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/wido\\_pfl\\_befragung\\_lebensende\\_07\\_2022.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/wido_pfl_befragung_lebensende_07_2022.pdf)
- Behrendt, S. & Schwinger, A. (2023, 10. Januar). *Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR): Verfahren, Ergebnisse und Anwendungsoptionen*. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). BMC AG Pflege, Berlin.
- Bock, K. & Miethe, I. (Hrsg.). (2010). *Handbuch qualitative Methoden in der sozialen Arbeit*. Verlag Barbara Budrich. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-86649-255-4>
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung. Qualitative Sozialforschung. Praktiken - Methodologien - Anwendungsfelder*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Borchert, Y. (2022). *Anzahl und Statistik der Pflege – Wohngemeinschaften in Deutschland*. Zugriff am 5. Januar 2024, verfügbar unter <https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/anzahl-statistik-wohngemeinschaften-pflege-wg-deutschland/>
- Bundesärztekammer (Hrsg.). (2022, 31. Dezember). *Ärztstatistik zum 31. Dezember 2022*. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Ueber\\_uns/Statistik/AErztstatistik\\_2022\\_09062023.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztstatistik_2022_09062023.pdf)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2020). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2023). *Zuhause Im Alter*. Zugriff am 5. Januar 2024, verfügbar unter <https://www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/>
- Davies, J. M., Sleeman, K. E., Ramsenthaler, C., Prentice, W., Maddocks, M. & Murtagh, F. E. (2023). The association between socioeconomic position and the symptoms and concerns of hospital inpatients seen by specialist palliative care: Analysis of routinely collected patient data. *Palliative medicine*, 37(4), 575–585. <https://doi.org/10.1177/02692163221115331>
- Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e. V. (Hrsg.). (2015). *Palliativversorgung in Deutschland: Perspektiven für Praxis und Forschung*.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.). (2022). *Palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)*. [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP\\_Palliativmedizinisches\\_Basisassessment\\_2016\\_%C3%84nd\\_2022.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Palliativmedizinisches_Basisassessment_2016_%C3%84nd_2022.pdf)
-

- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.). (2023). *Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland: Wer bietet was in der Hospiz- und Palliativversorgung?* Zugriff am 14. März 2023, verfügbar unter <https://wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>
- Ditscheid, B., Krause, M., Lehmann, T., Stichling, K., Jansky, M., Nauck, F [Friedemann], Wedding, U., Schneider, W., Marschall, U., Meißner, W. & Freytag, A. (2020). Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland: Inanspruchnahme und regionale Verteilung [Palliative care at the end of life in Germany : Utilization and regional distribution]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 63(12), 1502–1510. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03240-6>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Drucksache 18/5170 (2015).
- Fischer, T., Worch, A., Nordheim, J., Wulff, I. M., Gräse, J., Meye, S. & Wolf-Ostermann, K. (2011). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen - Merkmale, Entwicklung und Einflussfaktoren [Shared-housing arrangements for care-dependent older persons - characteristics, development and drivers]. *Pflege*, 24(2), 97–109. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000105>
- Fleischmann-Struzek, C., Mikolajetz, A., Reinhart, K., Curtis, R. J., Haase, U., Thomas-Rüddel, D., Dennler, U. & Hartog, C. S. (2019). Hospitalization and Intensive Therapy at the End of Life. *Deutsches Arzteblatt international*, 116(39), 653–660. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0653>
- FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e.V. Bundesvereinigung (Hrsg.). (2023). *Neue Wohnformen – Impulse für eine gemeinwohlorientiertes Bauen und Wohnen*.
- Fuchs, J., Nowossadeck, S. & Nowossadeck, E. (2022). Wohnen und Gesundheit im Alter aus epidemiologischer Sicht. In A. Teti, E. Nowossadeck, J. Fuchs & H. Künemund (Hrsg.), *Vechtaer Beiträge zur Gerontologie. Wohnen und Gesundheit im Alter* (S. 31–53). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-34386-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-658-34386-6_3)
- Gebel, C., Rothaug, J., Kruschel, I., Lehmann, T., Jansky, M., Nauck, F [Friedemann], Freytag, A., Bauer, A., Krauss, S. H., Schneider, W., Nageler, C., Meißner, W. & Wedding, U. (2022). Symptomverlauf, Betreuungsqualität und Zufriedenheit mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) aus Patient\*innenperspektive: eine bundesweite prospektive Längsschnittstudie [Patient-reported outcomes and quality of care in specialized palliative home care: a nationwide, prospective longitudinal cohort trial]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 168, 40–47. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.10.001>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.). (2021). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter*
-

- Palliativversorgung: (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL).*
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2017). *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.*
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2020). *Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung: Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Stand der Entwicklung sowie der vertraglichen Umsetzung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.*
- GKV-Spitzenverband, Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berlin, Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Berlin, Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV e. V., Berlin, Bundesverband Kinderhospiz e. V., Berlin, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Berlin, Deutscher Caritasverband e. V., Freiburg, Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V., Berlin, Deutschen Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Berlin, Deutsches Rotes Kreuz e. V., Berlin, Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., Berlin & erband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Essen (Hrsg.). (2022). *Rahmenvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V SAPV zur Erbringung von Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) vom 26.10.2022.*
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Auflage). Lehrbuch. VS Verlag. <http://d-nb.info/1002141753/04>
- Greiner, S. & Benedix, M. (2013). Struktur und Systematik des Wirtschaftlichkeitsgebotes im SGB V. *Die Sozialgerichtsbarkeit*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.37307/j.1864-8029.2013.01.03>
- Hach, M., Goudinoudis, K. & Müller, A. (2018). *Erläuterungen zu Regelungen der ambulanten Palliativversorgung.*
- Hackmann, T. & Kremer-Preiß, U. (2018, 8. Oktober). *Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI - Qualität neuer Wohnformen*, Berlin.
- Hospiz- und Palliativverband Baden-Württemberg e.V. *Wie finanzieren sich Hospize?* Zugriff am 5. Januar 2024, verfügbar unter <https://hvpbw.de/faq/8203>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2020a). *Palliativversorgung: Möglichkeiten der ambulanten Versorgung, Praxisbeispiele und rechtliche Hinweise* (PraxisWissen). [https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Palliativversorgung.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Palliativversorgung.pdf)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2020b). *Palliativversorgung: Möglichkeiten der ambulanten Versorgung, Praxisbeispiele und rechtliche Hinweise* (PraxisWissen). [https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Palliativversorgung.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Palliativversorgung.pdf)
-

- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (Hrsg.). (2023). *Hausärztliche Versorgung - Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärzte*. Zugriff am 14. März 2023, verfügbar unter <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/V10/Kuenftige/Niederlassung/Niederlassungssuche/KVB-Uebersicht-Niederlassungsmoeglichkeiten-Hausaerzte.pdf>
- Klie, T., Heislbetz, C., Schuhmacher, B., Keilhauer, A., Rischard, P. & Bruker, C. (2017). *Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen: Abschlussbericht*. AGP Sozialforschung; Hans-Weinberger-Akademie.
- Kremer-Preiß, U., Maetzel, J. & Huschik, G. (2021). Neue Wohnformen für Pflegebedürftige – Mehrwert oder bloß Mehraufwand? In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2021* (S. 117–129). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2_8)
- Krummenauer, F., Bayh, I., Knippschild, S. & Baulig, C. (2015). „Quality by Design“ – Evidenzgrade vergleichender Studiendesigns der implantologischen Forschung: “Quality by Design” – the evidence level of comparative trial designs in implantological research. *Z Zahnärztl Impl*, 31(4), 302–310.
- Landesverband SAPV Bayern. *Willkommen auf der Homepage des Landesverbandes SAPV Bayern e.V.* Zugriff am 7. April 2022, verfügbar unter <https://sapv-bayern.de/>
- Landesverband SAPV Bayern e.V. (Hrsg.). (2020). *Der Landesverband*. Zugriff am 2. März 2023, verfügbar unter <https://sapv-bayern.de/ueber-uns/>
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). (2019). *Begutachtungsanleitung, Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und stationäre Hospizversorgung*.
- Michelis, S. & D. Nürnberg, D. (2023, 4. Dezember). *Beitrag aus der Versorgungspraxis – Vorstellung Palliativnetzwerk Neuruppin/OPR/NW BRB: Ruppiner Hospiz e.V. / Prignitz Ruppiner Hospiz gGmbH / HOSPA gGmbH*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Werkstattgespräch in Berlin, Berlin.
- Monika Berghäuser. (2010). *Heimrecht und gemeinschaftliche Wohn-Pflege-Formen: Selbstorganisiertes Wohnen und Pflegen ohne Heimaufsicht oder strukturell abhängiges Pflegewohnen im Schutzbereich des Heimrechts – Wo liegt die Grenze? Eine Untersuchung der Rechtslage unter Geltung des Bundesheimgesetzes und in den neuen heimrechtlichen Landesgesetzen und Gesetzentwürfen*.
- Murtagh, F. E., Ramsenthaler, C., Firth, A., Groeneveld, E. I., Lovell, N., Simon, S. T., Denzel, J., Guo, P., Bernhardt, F., Schildmann, E., van Oorschot, B., Hodiamont, F., Streitwieser, S., Higginson, I. J. & Bausewein, C. (2019). A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). *Palliative medicine*, 33(8), 1045–1057. <https://doi.org/10.1177/0269216319854264>
-

- Pfeffer, A., Neurorehabilitation, T. & St. Gallen (2010). Assessment: McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) – Lebensqualität bis zum Schluss im Blick haben. *physiopraxis*, 8(11/12), 48–49. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1270093>
- Pfundstein, T. (2022). Ökonomie und Teilhabe - Bedingungen und deren Auswirkungen für Wohn-Pflege-Gemeinschaften. *Bundesweites Journal für Wohn-Pflege-Gemeinschaften*(Nr. 10), 17–18.
- Pleschberger, S. & Müller-Mund, G. Palliativversorgung von pflegebedürftigen Menschen. In (Bd. 2017, S. 165–185).
- Radbruch, L [Lukas], Schmedding, L., Ateş, G., Jaspers, B., Melching, H., Kranz, S. & Bausewein, C. (2022). Infrastruktur der Palliativversorgung – Versorgungspfade von pflegebedürftigen Menschen in der palliativen Phase. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2022* (S. 33–52). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-65204-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-662-65204-6_3)
- Raphael Verlag GbR (Hrsg.). (o. J.). *Jin Shin Jyutsu Physio-Philosophie*. Jin Shin Jyutsu Europa-Büro. Zugriff am 15. März 2023, verfügbar unter <https://www.jinshinjyutsu.de/de/>
- Renner, K.-H. & Jacob, N.-C. (2020). *Das Interview*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-60441-0>
- Sabatowski, R., Radbruch, L [L.], Loick, G., Nauck, F [F.] & Müller, M. (1999). *Palliativmedizin 2000: Stationäre und ambulante Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland*.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2023). *Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen : Gutachten 2023*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schwan & Partner (Hrsg.). (2023). *Altenhilfe: Tarifverhandlungen im öffentlichen Dienst* (BAYERNLETTER).
- Schwinger, A., Jürchott, K., Behrendt, S., Guerra, F. A., Stegbauer, C., Willms, G. & Klauber, J. (2022). Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende: Eine empirische Bestandsaufnahme. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2022: Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege* (S. 53–74).
- Storm, A. & Klie, T. (Hrsg.). (2022). *Pflegereport: Bd. 2022. Pflegereport 2022: Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland : Analysen, Befunde, Perspektiven*. medhochzwei Verlag GmbH.
- Sturdevant, D. L., Mueller, C. A. & Buckwalter, K. C. (2018). Measurement of Nursing Home Culture Change: Systematic Review. *Research in gerontological nursing*, 11(2), 103–112. <https://doi.org/10.3928/19404921-20171205-01>
- Universitätsklinikum Heidelberg (Hrsg.). (2023). *Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS)*. Zugriff am 26. September 2022, verfügbar unter [https://www.dhpv.de/themen\\_palliativecare.html](https://www.dhpv.de/themen_palliativecare.html)
- Wingenfeld, K., Reimer, A., Tacke-Weitkamp, L. & Voigt, C. (2020). *Empfehlungen zum Aufbau quartiersorientierter Hilfe- und Versorgungsstrukturen nach*
-

*dem Bielefelder Modell: Eine Handreichung für Kommunen, Wohnungsunternehmen, ambulante Dienste und andere Interessierte.* Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).

Zich, K. & Sydow, H. (2015). *Sterbeort Krankenhaus: Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren* (Faktencheck Gesundheit). [https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie\\_VV\\_FCG\\_Sterbeort-Krankenhaus.pdf](https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Sterbeort-Krankenhaus.pdf)

---

---

---

---

**IGES Institut GmbH**  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin  
[www.iges.com](http://www.iges.com)