

Hospiz- und Palliativversorgung

(Eckdatenbeschluss Haushalt 2019 Nr. 15)

Situation der Hospiz- und Palliativversorgung in München

Produkt 33412100 Förderung freier Träger im Gesundheitsbereich
Beschluss über die Finanzierung ab dem Jahr 2019

Netzwerk zur Trauerbegleitung für Mütter und Eltern aufbauen

Antrag Nr. 14-20 / A 04218 von Frau StRin Alexandra Gaßmann, Frau StRin Kristina Frank,
Frau StRin Ulrike Grimm vom 28.06.2018, eingegangen am 28.06.2018

Hospizbegleitung strukturell und finanziell fördern Antrag Nr. 14-20 / A 03953 der
BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 29.03.2018, eingegangen am 03.04.2018

Palliativ- und Hospizversorgung verbessern!

Antrag Nr. 14-20 / A 03508 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/RL vom 24.10.2017,
eingegangen am 24.10.2017

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12533

9 Anlagen

Beschluss des Gesundheitsausschusses in der gemeinsamen Sitzung des Gesundheitsausschusses mit dem Umweltausschuss vom 18.10.2018 (VB)

Öffentliche Sitzung

I. Vortrag der Referentin

Mit der Unterzeichnung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender
Menschen in Deutschland“ im Mai 2013 hat der Münchner Stadtrat die Bedeutung der
Palliativ- und Hospizversorgung für München unterstrichen.¹

Mit den bereits bestehenden und differenzierten Versorgungsangeboten und deren
Weiterentwicklung kommt die LH München einem der in der Charta verankerten Leitsatz
nach, der festlegt, dass jeder schwerstkranker und sterbende Mensch „ein Recht auf eine
umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und

¹ Sitzungsvorlage Nr.: 08-14 / V 12081

Begleitung“ hat, „die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt.“

Im Sinne der Weiterentwicklung hat sich der Stadtrat immer wieder mit der Palliativ- und Hospizversorgung befasst. Der heutigen Befassung liegen folgende Stadtratsanträge zugrunde:

- „Palliativ- und Hospizversorgung verbessern!“ der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/ ROSA LISTE vom 24.10.2017 (Anlage 1), der erstens fordert, die Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes von 2015 und den notwendigen Fortbildungsbedarf darzustellen. Zweitens werden ein Zuschuss für den Hospizverein Perlach / Ramersdorf, die Einrichtung von Palliativteams in drei Standorten der Städtischen Klinikum München GmbH (StKM) und die Erarbeitung und Implementierung eines Programms zur Hospizversorgung in Altenpflegeeinrichtungen beantragt.
- „Hospizbegleitung strukturell und finanziell fördern“ der Stadtratsfraktion der BAYERNPARTEI vom 29.03.2018 (Anlage 2), der eine Darstellung der Hospizdienste und deren Finanzierung, sowie eine fortlaufende Öffentlichkeitsarbeit und eine Zuschussgewährung für den Hospizverein Ramersdorf / Perlach fordert.
- „Netzwerk zur Trauerbegleitung für Mütter und Eltern aufbauen“ von Frau StRin Alexandra Gaßmann, Frau StRin Kristina Frank, Frau StRin Ulrike Grimm vom 28.06.2018 (Anlage 3), mit der der Aufbau eines solchen Netzwerkes beantragt wird.

Der zuletzt genannte Antrag zur Gründung eines Netzwerkes wird durch das Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) bearbeitet und kann in 2019 dem Stadtrat zur Entscheidung vorgelegt werden, so dass er ggf. im Jahr 2020 haushaltswirksam werden kann.

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über die Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes in München gegeben. Anschließend wird die Palliativ- und Hospizversorgung in München und dessen Weiterentwicklungsbedarf dargestellt. Die Beschlussvorlage schließt mit der Empfehlung ab, die Zuschüsse für den Christophorus Hospiz Verein e.V. und für DaSein e.V. zu erhöhen und den Hospizverein Ramersdorf / Perlach e.V. in die städtische Förderung aufzunehmen, so dass die ambulante Hospizversorgung auch unter den Bedingungen des Hospiz- und Palliativgesetzes sichergestellt ist.

Die Sitzungsvorlage setzt sich ausschließlich mit der Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene auseinander. Dies vor dem Hintergrund, dass das RGU zwar das Versorgungsangebot für schwerstkranken und sterbende Kinder kennt, aber zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschätzen kann, ob Versorgungslücken bestehen. Dazu erfolgt, soweit notwendig, eine gesonderte Stadtratsbefassung.

A. Fachlicher Teil

Hospizversorgung

„Im Mittelpunkt der Hospizarbeit steht der schwerstkranke und sterbende Mensch mit seinen Wünschen und Bedürfnissen sowie seine Angehörigen und Nahestehenden (...). Hospizbegleitung wurzelt im bürgerschaftlichen Engagement. Begleitet werden Patientinnen und Patienten am Ende ihres Lebens sowie deren Angehörige – zu Hause, in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und in stationären Hospizen. Haupt- und Ehrenamtliche arbeiten in multiprofessionellen Teams zusammen, um eine Betreuung zu bieten, die sich an den individuellen Bedürfnissen und Entscheidungen orientiert und hierbei Würde, Frieden und Ruhe anstrebt.“ (DGP 2016).

Palliativversorgung

„Palliativversorgung ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Familien verbessert, die mit den Problemen im Zusammenhang einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind, dies mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und umfassende Erfassung sowie durch die Behandlung von Schmerz und anderen Problemen auf körperlichen, psychosozialen und spirituellen Ebenen“ (WHO 2002 nach DGP 2016)².

Trotz dieser Unterschiede verstehen sich Palliativ- und Hospizversorgung als gemeinsamer Ansatz und Haltung.³

1. Die Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes in München

Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG), das im Dezember 2015 in Kraft getreten ist, hat einen flächendeckenden Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung zum Ziel. Neben dem Ausbau der Versorgung zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im stationären Hospiz zielt das Gesetz auch auf die Verbesserung der Informations- und Beratungsleistungen ab.

Wesentliche Bestandteile sind⁴:

- Palliativversorgung wird ausdrücklich Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)
- Im vertragsärztlichen Bereich können zusätzlich vergütete Leistungen zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, zur Zusatzqualifikation der Hausärztinnen bzw. Hausärzte und Fachärztinnen bzw. Fachärzte sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit vereinbart werden

2 Der Begriff „Palliative Care“ im englischen Original wird hier mit Palliativversorgung übersetzt. In anderen Übersetzungen wird der Begriff Palliative Care übernommen oder synonym mit Palliativmedizin verwendet.

3 Deutsche Gesellschaft zur Palliativmedizin (DGP): Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung, verabschiedet im Oktober 2016, <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/definitionen.html>, abgerufen am 04.07.2018 (im Folgenden: DGP 2016)

4 In Anlage 4 sind die Änderungen im Detail aufgeführt.

- Stärkung der Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege durch Verankerung in der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege
- Erweiterung des Rahmens zur finanziellen Förderung von stationären Hospizen und ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdiensten
- Stärkung von Hospizkultur und Palliativversorgung in Krankenhäusern durch die Möglichkeit, (Zusatz-)Entgelte für Palliativstationen und Palliativdienste zu vereinbaren
- Stärkung von Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeheimen:
 - Sterbebegleitung wird Bestandteil des Versorgungsauftrags der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)
 - Informationspflicht über Kooperationsverträge mit ambulanten Hospizdiensten und Palliativnetzen
 - Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten „sollen“ abgeschlossen werden
 - Finanzielle Förderung eines Beratungsangebots zur gesundheitlichen Versorgungsplanung
- Aufbau und Finanzierung von Beratungs- und Informationsangeboten durch die Krankenkassen (Hospiz- und Palliativberatung)

Das HPG schafft die Voraussetzungen für eine bessere Verankerung der Hospiz- und Palliativversorgung in München. Allerdings stellt sich die Situation in den verschiedenen Sektoren der Versorgung nicht einheitlich dar und einzelne Regelungen inklusive der Finanzierung zur Umsetzung des Gesetzes müssen zum Teil noch zwischen den Verhandlungspartnern (Kostenträger und Leistungserbringer) konkret ausgehandelt werden.

Auch die Trägerinnen und Träger der Münchner Hospiz- und Palliativversorgung beurteilen das HPG grundsätzlich positiv. Aus den Antworten zu der Abfrage bei Einrichtungen und Akteurinnen bzw. Akteuren aus den Bereichen der Hospiz- und Palliativversorgung in München lässt sich die Umsetzung des HPG wie folgt zusammenfassen:

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste

Die vollstationären Pflegeeinrichtungen sind in der Umsetzung von Palliativ- und Hospizkonzepten, und hier vor allem in der Fort- und Weiterbildung ihres Personals, unterschiedlich weit.

Die im Hospiz- und Palliativgesetz angesprochene Möglichkeit, eine Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung⁵ anzubieten, ist erst im Aufbau.

⁵ Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132 g SGB V „verfolgt das Ziel, mögliche künftige medizinische Entscheidungen so vor auszuplanen, dass Patientinnen und Patienten auch dann zuverlässig nach ihren individuellen Wertvorstellungen und Wünschen behandelt und begleitet werden, wenn sie diese krankheitsbedingt nicht mehr

Für die vom Gesetzgeber gewollten Kooperationen zwischen den ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdiensten und den vollstationären Pflegeeinrichtungen ist keine Finanzierung hinterlegt.

Das Hospiz- und Palliativgesetz hat derzeit noch keine Auswirkungen auf die ambulante Pflege und Versorgung von Patientinnen und Patienten, da sich die Leistungserbringer und die Kassen noch nicht über die dafür notwendige Leistungsbeschreibung einigen konnten.

Sowohl für die vollstationäre wie auch für die ambulante Pflege wurden Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung in den regulären Leistungskatalog aufgenommen, die in der Praxis bereits seit langem erbracht werden (z. B. Sterbebegleitung im Pflegeheim oder durch ambulante Pflegedienste). Ambulante Pflegedienste und vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die bereits ein Hospiz- und Palliativkonzept umsetzen, werden durch das Hospiz- und Palliativgesetz fachlich in ihrem Vorgehen bestätigt. Sie erhalten dafür aber keinen personellen und finanziellen Ausgleich.

Krankenhäuser

Durch das Hospiz- und Palliativgesetz wurde die Möglichkeit geschaffen, einen eigenen Prozedurencode für Palliativdienste in Krankenhäusern im Fallpauschalen (DRG-)System zu beantragen, mit dem die Krankenhäuser ein individuelles Zusatzentgelt für die Palliativdienste mit den Krankenkassen verhandeln können. Allerdings ist es bundesweit und auch in der LH München bisher nicht gelungen, einen kostendeckenden Stundensatz mit den Kassen zu erreichen, so dass die Etablierung dieser neuen Struktur zur besseren palliativmedizinischen Versorgung im Krankenhaus für alle Versicherten nicht befriedigend umgesetzt werden kann, bzw. die bestehenden Palliativdienste in Münchner Krankenhäusern mit einem Defizit rechnen müssen.⁶

Hausärztinnen und Hausärzte

Aus Sicht des Hausärzteverbandes sind die Auswirkungen des Hospiz- und Palliativgesetzes von 2015 auf die Palliativversorgung in der hausärztlichen Versorgung eher gering. Auch die Ende 2016 in Kraft getretene „Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung vom 29.11.2016“ wurde bisher von den Hausärztinnen

selbst äußern können. Zudem können auch Wünsche und Präferenzen zu anderen künftig relevanten Aspekten geäußert werden, z.B. pflegerischer, psychosozialer oder spiritueller Art.“ (Verwendete Synonyme: Advance Care Planning (ACP), Behandlung im Voraus planen (BVP); vorausschauende Versorgungsplanung) (DGP 2016)

6 Von Seiten des StKM wird berichtet: Im Rahmen wiederkehrender Prüfaufträge versuchen die Kostenträger gezielt eine Abwertung der abgerechneten DRGs, z. B. am Standort Klinikum Neuperlach, herbeizuführen, indem die Leistungskomplexe im Bereich der Palliativversorgung infrage gestellt werden. Auch am Standort Klinikum Harlaching erfolgen ebenfalls durch den MDK Fallprüfungen, mit dem Ziel, Berechnungstage zu streichen. Beides hat Auswirkungen auf die Rückfinanzierung, da Leistungen nicht mehr ausreichend vergütet werden.

und Hausärzten nicht bzw. nur zögerlich angenommen. Sie beinhaltet zwar neue extrabudgetäre Honorare „für bereits gängige Arbeit“, die Zusatzvergütung setzt aber eine Fortbildung (40 Std.) und eine mindestens zweiwöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team oder Betreuung von mindestens 15 Palliativpatientinnen bzw. Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre voraus.⁷

Ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste

Ambulante Hospizdienste befürchten negative Auswirkungen, wenn die „besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung“ (§ 87 Abs. 1b SGB V) von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten geleistet wird. So bestehe in ihren Augen die Gefahr, dass

- die Versorgung in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) ohne die Hospizdienste auf ein qualitativ niedrigeres Niveau zurückfällt,
- das Angebot der Hospizdienste auf einen Zulieferdienst für ehrenamtliche Begleitung reduziert wird,
- die Koordinationsaufgaben rund um die Palliativpatientin bzw. den Palliativpatienten an den Hospizdienst unentgeltlich delegiert werden,
- mit minimalen Qualitätsanforderungen an die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte das hohe Qualitätsniveau der Hospizdienste ins Abseits gedrängt wird.

Die ambulanten Hospizdienste finanzieren die Begleitung der Ehrenamtlichen über jährliche Zuschussanträge bei den Krankenkassen gem. § 39 a Abs. 2 SGB V sowie über Eigenleistungen der Träger. Die Vergütungssystematik berücksichtigt nur eine Bezuschussung bei denjenigen Patientinnen und Patienten, bei denen auch eine ehrenamtliche Hospizbegleiterin bzw. ein ehrenamtlicher Hospizbegleiter eingesetzt ist. Aufgaben im Rahmen der Palliativberatung werden über den § 39 a Abs. 2 SGB V nicht finanziert. (s. dazu auch Kap. 3)

2. Aktuelle Situation der Hospiz- und Palliativversorgung in München

2.1 Definitionen

Ambulante Palliativversorgung:

In der ambulanten Palliativversorgung wird zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung unterschieden. Der Großteil der Patientinnen und Patienten kann durch die allgemeine ambulante Palliativversorgung im Rahmen der Regelversorgung ausreichend versorgt werden. Nur ca. 10 Prozent der schwerstkranken und sterbenden Menschen, die palliativmedizinisch versorgt

⁷ Fachliche Anforderungen zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung gemäß § 87 Abs. 1b SGB V (Anlage 1 zur Vereinbarung). Nach Auskunft des Hausärzterverbandes haben deutschlandweit von 2007 - 2017 ca. 8.500 Hausärztinnen und Hausärzte die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erworben. Eine niedrige Zahl bei deutschlandweit ca. 190.000 Allgemeinärzten, hausärztlichen Internisten, praktischen Ärzten und jungen Ärzten ohne Facharztbezeichnung.

werden, benötigen eine spezialisierte Palliativversorgung (SAPV), rund 90 Prozent werden in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) versorgt.

- Die AAPV beinhaltet eine kontinuierliche Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegedienste und in Pflegeeinrichtungen. Da sie Teil der Regelversorgung ist, hat jede bzw. jeder Versicherte einen Anspruch auf AAPV.
- Patientinnen und Patienten mit besonders hohem Betreuungsbedarf benötigen dagegen eine SAPV, die ebenfalls stationär oder ambulant möglich ist. Sie beinhaltet eine eng verzahnte Zusammenarbeit von Ärztinnen bzw. Ärzten, Pflegediensten und Seelsorgerinnen bzw. Seelsorgern in einem sog. Palliative Care Team (PCT) und gewährleistet so eine optimale palliative Betreuung. Die Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung erfolgt durch eine Vertrags- oder Krankenhausärztin bzw. einen Vertrags- oder Krankenhausarzt und wird von den Krankenkassen finanziert.⁸

Palliativstationen in Krankenhäusern:

Ziel der Behandlung auf einer Palliativstation ist eine Verbesserung oder Stabilisierung der jeweiligen Krankheitssituation sowie die anschließende Entlassung - soweit möglich – nach Hause. Merkmal ist der ganzheitliche, multiprofessionelle Betreuungsansatz, häufig werden dort die Patientinnen und Patienten auch ehrenamtlich betreut. Die Patientenzimmer sind soweit wie möglich wohnlich gestaltet.

Palliativteams / Palliativkonsiliardienste in Krankenhäusern:

Der Palliativkonsiliardienst ist ein multiprofessionell zusammengesetztes Team und wendet sich in erster Linie an das ärztliche und pflegerische Personal auf den „Normalstationen“. Er ist beratend tätig und bietet seine Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitlicher Pflege und psychosozialer Begleitung an.

Ambulanter Hospizdienst:

Die ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienste bieten Unterstützung und Begleitung in zweifacher Form an: Ehrenamtliche Begleitung und allgemeine palliative Beratung. Die Ehrenamtlichen begleiten den Sterbe- und Trauerprozess in Privatwohnungen, Pflegeeinrichtungen oder im Krankenhaus und werden durch hauptamtliche Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren angeleitet und supervidiert. Bei komplexen Problemen wird eine Beratung bzw. Begleitung durch hauptamtliche Palliativfachkräfte angeboten. Ein weiteres, an Bedeutung zunehmendes Angebot der ambulanten Hospizdienste ist der palliativgeriatrische Dienst (s. dazu Kapitel 3).

Stationäre Hospizversorgung:

8 Quelle: <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/palliativgesetz/>, letzter Abruf 04.07.18

Diese Einrichtungen versorgen Schwerstkranke mit absehbarem Lebensende. Eine ganzheitliche Pflege und Versorgung wird durch haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hospizes in Zusammenarbeit mit palliativmedizinisch erfahrenen (Haus-)Ärztinnen und Ärzten gewährleistet.

2.2 Überblick über die hospizliche und palliative Versorgung (Erwachsene)

Versorgungsbereich	Wer?
Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV)	<ul style="list-style-type: none"> • Knapp 1.200 Hausärztinnen und Hausärzte • Circa 270 Ambulante Pflegedienste • 58 vollstationäre Pflegeeinrichtungen
Ambulante Hospizversorgung i. R. der AAPV	<p>Vier ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulanter Hospizdienst des Christophorus Hospiz Verein e.V. • Ambulanter Hospizdienst DaSein e.V. • Ambulanter Hospizdienst des Hospizverein Ramersdorf/Perlach e.V. • Ambulanter Hospizdienst am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder (Träger: Caritas).
Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)	<ul style="list-style-type: none"> • Palliativteam München West e.V. • SAPV des Christophorus Hospiz Verein e.V. • SAPV des Hospizdienst DaSein e.V. • SAPV Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung Krankenhaus Barmherzige Brüder München • Spezialisiertes Ambulantes Palliative Care Team der Universität München • Zentrum für Ambulante Hospiz- und Palliativ Versorgung, Caritas der Erzdiözese München und Freising e.V.
Palliativstationen in Krankenhäusern	Fünf Kliniken mit insgesamt 68 Palliativbetten (darunter 60 Betten in Palliativstationen)
Palliativteams/ Palliativkonsiliardienste in Krankenhäusern	An einigen Kliniken im Aufbau, genaue Zahl liegt dem RGU nicht vor, zur StKM siehe Kap. 2.2.3
Stationäre Hospizversorgung	<p>Zwei stationäre Hospize mit insgesamt 28 Betten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospiz des Christophorus Hospiz Verein e.V. mit 16 Betten

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Johannes-Hospiz in der Trägerschaft des Ordens der Barmherzigen Brüder mit 12 Betten |
|--|--|

Die genauen gesetzlichen Grundlagen und die Finanzierung der Leistungen nach Inkrafttreten des Hospiz- und Palliativgesetzes sind in Anlage 4 zusammenfassend aufgelistet.

2.3 Bewertung der Versorgungssituation und Weiterentwicklung in ausgewählten Bereichen

Um die aktuelle Versorgungssituation einschätzen zu können, hat das RGU, wie in Kapitel 1 erwähnt, eine Abfrage bei den Mitgliedern des Münchner Hospiz- und Palliativnetzwerks sowie weiteren Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern durchgeführt.

Vorauszuschicken ist, dass die Versorgungssituation in München von den Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern, aber auch vom RGU, insgesamt als gut eingeschätzt wird. In manchen Bereichen gibt es jedoch noch Nachhol- und Verbesserungsbedarf sowie Versorgungslücken.

2.3.1 Nachholbedarf in der allgemeinen Palliativversorgung

Die Mitglieder des Hospiz- und Palliativnetzwerkes sehen im Bereich der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) einen großen Nachholbedarf, der sich auch aus dem Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 ergibt. Hierzu gehören vor allem der Ausbau der palliativen Geriatrie, ein hoher Weiterqualifizierungsbedarf bei allen an der Hospiz- und Palliativversorgung beteiligten Berufsgruppen⁹ (s. dazu Pkt. 2.3.4) sowie die Verbesserung des Zugangs ins Versorgungsnetz für bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie z.B. hochbetagte, allein lebende Menschen im häuslichen Umfeld. Die Zugangsbarrieren für diese Gruppen werden bereits im Münchner Hospiz- und Palliativnetzwerk thematisiert.

2.3.2 Bedarf in der Hospiz- und Palliativversorgung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen

In vollstationären Pflegeeinrichtungen ist die Betreuung sterbender Menschen Teil des praktischen Alltags. Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wurde Sterbebegleitung als Bestandteil der Pflege in der Sozialen Pflegeversicherung

⁹ Besonders hervorgehoben wird die lückenhafte palliative Qualifikation der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte sowie des Personals in vollstationären Pflegeeinrichtungen und in ambulanten Pflegediensten. Als großes Problem wird in diesem Zusammenhang auch das unzureichende Wissen um die Möglichkeiten einer Palliativversorgung, die idealerweise bei allen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen vorliegen sollten, benannt. Auch die einzelnen Versorgungsstrukturen, unter anderem auch die Differenzierung zwischen AAPV und SAPV, sind im Allgemeinen nicht ausreichend bekannt. Deshalb komme es immer wieder zu Missverständnissen in der Zusammenarbeit von Palliativversorgern und anderen beteiligten Berufsgruppen.

definiert.¹⁰ Eine finanzielle Vergütung der im Gesetz festgelegten Leistungen, mit Ausnahme der gesundheitlichen Versorgungsplanung (s. u.), ist für vollstationäre Pflegeeinrichtungen jedoch nicht vorgesehen.

Zentrale Regelungen des Hospiz- und Palliativgesetzes betreffen die Verbesserung der Kooperation und Vernetzung von vollstationären Pflegeeinrichtungen mit ambulanten Hospizdiensten, SAPV-Teams, vertragsärztlichen Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzten) sowie die Mitarbeit in einem Hospiz- und Palliativnetzwerk und die Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung.¹¹

Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten

Nach dem Hospiz- und Palliativgesetz sind die vollstationären Pflegeeinrichtungen angehalten, mit ambulanten Hospizdiensten zu kooperieren. Fast alle vollstationären Pflegeeinrichtungen in München (56 von 57) arbeiten nach eigenen Angaben mit einem oder mehreren ambulanten Hospizdiensten zusammen und zwei Drittel haben bereits Kooperationsverträge mit einem ambulanten Hospizdienst abgeschlossen.¹² Es ist davon auszugehen, dass weitere vollstationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsvereinbarungen getroffen haben bzw. treffen werden. Ziele und Inhalte von Kooperationsverträgen sind der Anlage 5 zu entnehmen.¹³ Es wird in Zukunft vor allem auch darum gehen, dass die vereinbarten Kooperationen auch fachlich fundiert und „gelebt“ werden. Und dafür sind auf beiden Seiten ausreichende personelle Ressourcen mit entsprechender Palliativkompetenz erforderlich.

Zusammenarbeit mit Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Mit SAPV-Teams arbeiten 41 der 57 vollstationären Pflegeeinrichtungen in München zusammen. Dabei ist die Zusammenarbeit unterschiedlich intensiv und oftmals beschränkt auf Einzelfälle nach ärztlicher Verordnung, eine umfassendere Kooperation ist häufig noch nicht gegeben.

Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen laut HPG Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern (gemeint sind hier i. d. R. Hausärztinnen bzw. Hausärzte) abschließen.¹⁴ Daten zu solchen

10 Vgl. § 28 Abs. 4 SGB XI

11 Die nachfolgenden Angaben beziehen sich auf den Siebten Marktbericht Pflege des Sozialreferats -Jährliche Marktübersicht über die teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 09830 Beschluss des Sozialausschusses vom 09.11.2017 (SB). Hinweis: Diese Kennzahlen wurden im Achten Marktbericht Pflege (Stichtag 15.12.2017) nicht erhoben.

12 Eine Auflistung der vollstationären Pflegeeinrichtungen ist aus Datenschutzgründen nicht möglich.

13 Die zwei Arbeitskreise des Münchner Palliativ- und Hospiznetzwerks, die sich mit Fragen der vollstationären Pflegeeinrichtungen und der ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienste beschäftigen, haben sich zum Ziel gesetzt, die Inhalte von Kooperationsvereinbarungen sowie die Aufgabenprofile abzustimmen und soweit wie möglich zu vereinheitlichen.

14 Nach § 119 b SGB V

Kooperationsvereinbarungen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) erhoben und liegen dem Sozialreferat und dem RGU noch nicht vor. Aus den Ergebnissen des Siebten Marktberichts Pflege ist bekannt, dass Ende 2016 38 der 57 vollstationären Pflegeeinrichtungen mit Palliativmedizinerinnen und -medizinern vernetzt waren.

Mitarbeit in einem Hospiz- und Palliativnetzwerk

Die vollstationären Pflegeeinrichtungen sind seit 01.07.2016 verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen über die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz zu informieren.¹⁵

Das Münchner Hospiz- und Palliativnetzwerk war Ende 2016 43 der 57 Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen bekannt, zehn dieser Einrichtungen arbeiteten in irgendeiner Form im Netzwerk mit.

Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung (Advance Care Planning)¹⁶

Die Vereinbarung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung, der einzigen Leistung im Hospiz- und Palliativgesetz, für die auch die vollstationären Pflegeeinrichtungen eine finanzielle Vergütung erhalten können, wurde erst im Dezember 2017 zwischen GKV-Spitzenverband und den Wohlfahrtsverbänden abgeschlossen. Über den Umsetzungsstand können daher noch keine Aussagen getroffen werden. Die Einrichtungen beschäftigen sich aber intensiv mit dem Thema, das zeigt sich auch in den Diskussionen im Rahmen des Münchner Hospiz- und Palliativnetzwerks.

Voraussetzung für die Einführung von gesundheitlicher Versorgungsplanung ist ein bereits gut implementiertes Hospiz- und Palliativkonzept. Zusätzlich ist ein langfristiger Organisationsentwicklungsprozess erforderlich.

Die Vereinbarung sieht darüber hinaus umfassende und komplexe Regelungen in Bezug auf die Qualifikation der Beratenden, die Organisation und Vernetzung, die Qualitätssicherung und die Finanzierung der Personalstellen vor.

Weitere Informationen aus den Erhebungen zum Marktbericht Pflege

In 32 der damals 57 Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen waren Ende 2016 Palliativbeauftragte tätig. Die Anzahl der Mitarbeitenden, die eine Fort- oder Weiterbildung in Palliativ Care absolviert haben, ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, bewegt sich dennoch auf niedrigem Niveau.

Das Verhältnis von Palliativ Care Fachkräften zur Anzahl der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen lag 2017

¹⁵ Nach § 114 SGB XI - Qualitätsprüfungen. Über den Pflegenavigator der AOK sind diese Informationen mittlerweile bei vielen Einrichtungen hinterlegt und im Internet abrufbar (www.pflegenavigator.de).

¹⁶ Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017

bei 2,1%, d.h. auf 47 Bewohnerinnen und Bewohner kommt eine Palliativ Care Fachkraft. Der Anstieg der qualifizierten Mitarbeitenden ist begrüßenswert. Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen gibt es keine vorgegebenen Quoten für qualifizierte Mitarbeitenden im Hospiz- und Palliativbereich. Für eine Freistellung der Palliativ Care Fachkräfte stehen die finanziellen Rahmenbedingungen zur Zeit nicht zur Verfügung. Hier ist der Gesetzgeber aus Sicht des Sozialreferats gefordert, Nachbesserungen vorzunehmen.

Förderung für ambulante, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtung

Das Sozialreferat fördert ambulante Pflegedienste sowie teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Rahmen des freiwilligen Förderprogramms. Im ambulanten und teilstationären Bereich sind Fortbildungen aus dem Themenbereich Sterbebegleitung und Palliative Pflege sowie die Weiterbildung Palliativ Care förderfähig. Im vollstationären Bereich wurden bisher Fortbildungen zum Themenbereich Sterbebegleitung und gezielte Personalentwicklungsmaßnahmen gefördert. Mit der Beschlussvorlage „Versorgungsqualität in Münchner Pflegeheimen weiter verbessern“, die am 18.10.2018 dem Stadtrat vorgelegt wird (Änderungsantrag des Sozialausschusses vom 15.03.2018) soll ab 2019 auch die Weiterbildung im Bereich Palliativ Care gefördert werden. Außerdem soll eine Freistellung für Palliativ Care Fachkräfte in begrenztem Umfang ermöglicht werden. Förderprogramme im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung werden mit dem RGU abgestimmt.

2.3.3 Palliativteams in den Kliniken der StKM

Zusammenfassung aus der Stellungnahme der Städtisches Klinikum München (StKM) GmbH (siehe Anlage 6):

Alle Standorte:

- „Über Konsilanforderungen und eine engen Zusammenarbeit mit jeweiligen Hospizvereinen und SAPV-Teams ist eine Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen auf den Normalstationen gegeben.“
- „Einsatz und Zusammenarbeit mit Seelsorgern aller Konfessionen und auch mit nicht religionsgebundenen Seelsorgern an allen Standorten...“
- „Umfassende Betreuung der Sterbenden und Begleitung in den letzten Wochen des Lebens zu Haus in ihrer gewohnten Umgebung ermöglichen“

Palliativversorgung an den einzelnen Standorten:

Standort Bogenhausen	<ul style="list-style-type: none"> • Palliativkonsildienst mit multiprofessionellem Team • Wird auf Normalstationen eingesetzt • Steigender Bedarf wird erkannt, der jedoch nicht ohne zusätzliche Ressourcen bewältigbar ist
Standort Schwabing	<ul style="list-style-type: none"> • Palliativstation, kein Konsildienst
Standort Harlaching Standort Neuperlach	<ul style="list-style-type: none"> • Palliativkonzept „Best Care for the Dying“ (BCD)¹⁷
Standort Harlaching Standort Neuperlach	<ul style="list-style-type: none"> • Palliativkonsildienste mit multiprofessionellem Team • Palliativversorgung auf Normalstationen ist gewährleistet • Am Bedarf der einzelnen Patientin bzw. des einzelnen Patienten wird entschieden, wer noch hinzugezogen wird und wo versorgt wird (SAPV-Teams, Hospizdienst, Versorgung mit Altenpflege)
Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitati on am Standort Neuperlach	<ul style="list-style-type: none"> • 60 Prozent der Pflegekräfte verfügen über die Weiterbildung Palliative Care • Palliativmediziner/-innen in der Anästhesie und Schmerztherapie
Tumorzentren im Standort Neuperlach und Standort Harlaching	<ul style="list-style-type: none"> • Palliativteams • Enge Vernetzung mit den SAPV-Teams

Weiterentwicklung:

Die StKM plant im Rahmen der Neustrukturierung eine standortübergreifende Palliativversorgung, u. a. in Kooperation mit Hospizvereinen. Die Finanzierung des standortübergreifenden Konzepts ist derzeit noch nicht geklärt.

2.3.4 Fort- und Weiterbildungsbedarf bei Fachkräften und Ehrenamtlichen

Insgesamt wird ein hoher Weiterqualifizierungsbedarf bei allen an der Hospiz- und Palliativversorgung beteiligten Berufsgruppen gesehen. Besonders unterstrichen wird diese Notwendigkeit bei den niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten und dem Personal in den vollstationären Pflegeeinrichtungen.

¹⁷ Die Leitlinie "Best Care for the Dying" ist aus dem Liverpool Care Pathway (LCP) entstanden und ist ein umfassendes Betreuungskonzept für die Betreuung und Begleitung von schwerst- und unheilbar kranken Patientinnen und Patienten in den letzten Tagen und Stunden ihres Lebens.

Die Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte für die Hospiz- und Palliativversorgung findet in München im Wesentlichen in der staatlich geförderten Hospiz- und Palliativakademie Christophorus Akademie, Klinikum der Universität München statt.¹⁸ Nach Kenntnisstand des RGU sind die dort vorhandenen Kapazitäten derzeit ausreichend. Die Möglichkeiten der beruflichen Weiterqualifizierung für die verschiedenen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen sind in Anlage 8 beschrieben.

In den Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen stehen insgesamt 155,1 Mitarbeitende mit einer Palliative Care-Weiterbildung¹⁹ ab 160 Stunden²⁰ für 7.342 Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung. Zahlen zum Erwerb der Weiterbildung Palliative Care in den ambulanten Pflegediensten liegen dem RGU nicht vor. Für die Münchner Hausärztinnen und -ärzte lässt sich entsprechend der deutschlandweiten Zahlen abschätzen, dass ca. 5 Prozent der 1.160 Münchner Hausärztinnen und -ärzte, also circa 60 Personen, die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erworben haben. Wie oben in Kapitel 1 dargestellt, ist die Fortbildung zum Palliativmediziner sehr aufwändig, von daher ist zu vermuten, dass sie deshalb nur zögerlich von den Hausärztinnen und -ärzten angenommen wird.

Die ambulanten Hospizdienste schulen in Eigenverantwortung die Ehrenamtlichen und begleiten sie darüber hinaus während und nach ihren Einsätzen. Die Inhalte der Schulungen sind sehr umfangreich²¹ und bereiten die Ehrenamtlichen auf die Anforderungen in der Praxis und den Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen sowie deren Bezugspersonen vor.

2.3.5 Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit

Eine Ausweitung der Öffentlichkeitsarbeit gegenüber der breiten Münchner Bevölkerung, aber auch gegenüber der Fachwelt wird vom RGU als dringend notwendig erachtet. Diese Einschätzung wird vom Münchner Hospiz- und Palliativnetzwerk geteilt. Das RGU hat bislang befristet ein Budget von 15.000 € für die Öffentlichkeitsarbeit in diesem Themenfeld zur Verfügung gehabt. Es hat sich gezeigt, dass diese Summe notwendig ist, um die Öffentlichkeitsarbeit durchzuführen. Das RGU beantragt die Entfristung der Sachmittel in Höhe von 15.000 € jährlich.

¹⁸ Darüber hinaus stehen in Bayern drei weitere Akademien zur Verfügung

¹⁹ Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten.

²⁰ Die gesamte Anzahl am 15.12.2017 von 155,1 Mitarbeitenden mit Palliative Care-Weiterbildungen ab 160 Std. ergibt sich aus 118,1 Mitarbeitenden mit einer 160-Std. Weiterbildung (ohne Mitarbeitende in Hospizen!), 25 Mitarbeitenden mit Palliative Care-Weiterbildung über 160 Std., 12 Mitarbeitenden mit Palliative Care-Weiterbildung 300 Std. (Quelle: Achter Marktbericht Pflege des Sozialreferats, aaO)

²¹ Im Mai 2001 hat der Bayerische Hospizverband e. V. Standards für die Vorbereitung zur Hospizhelferin bzw. zum Hospizhelfer verabschiedet. Die Details dazu sind der Anlage 7 zu entnehmen.

3. Weiterentwicklung der ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienste

Die Kapazitäten der vier ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienste in München sind bisher grundsätzlich ausreichend. Jedoch sollen sie dem HPG entsprechend weitere Kooperationen aufbauen, insbesondere mit vollstationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Der Ausbau der Kooperationen mit vollstationären Pflegeeinrichtungen, zu dem die ambulanten Hospizdienste nach dem Hospiz- und Palliativgesetz angehalten sind, wird einen großen Mehraufwand für deren palliativgeriatrische Dienste bedeuten. Darüber hinaus entsteht ein zunehmender Bedarf auch der Münchner Krankenhäuser nach Kooperationen mit den ambulanten Hospizdiensten für den Einsatz von Hospizhelferinnen und Hospizhelfern. Auch hier bestehen zwar erste Kooperationen, der Bedarf wird jedoch weiter zunehmen. Die Aufgabenerweiterung im Bereich der Kooperation mit stationären Einrichtungen kann mit den derzeitigen personellen Ressourcen im palliativgeriatrischen Dienst nicht gedeckt werden. Dazu kommt, dass der palliativgeriatrische Beratungsbedarf nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich steigt, vor allem in Zusammenhang mit Bevölkerungsgruppen, die bisher nur schwer Zugang zu einer guten Hospiz- und Palliativversorgung finden (z. B. Hochbetagte).

Das RGU fördert seit vielen Jahren die palliativgeriatrischen Dienste beim Christophorus Hospiz Verein e.V. (CHV) mit 1,0 VZÄ sowie bei DaSein e.V. mit 1,0 VZÄ. Diese Dienste haben im ambulanten als auch im vollstationären Pflegebereich u. a. folgende Aufgaben:

- Sie ermöglichen den schwerstkranken und sterbenden Menschen ein selbstbestimmtes, würdiges Leben bis zuletzt in ihrer vertrauten Umgebung.
- Sie sind für diese Patientinnen und Patienten, gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter, Angehörige und Freunde, behandelnde Ärztinnen bzw. Ärzte, Pflegekräfte sowie Heim- und Pflegedienstleitungen Ansprechpersonen.
- Sie beraten zur Schmerztherapie und Linderung weiterer belastender Symptome, zu Flüssigkeit und Ernährung am Lebensende.
- Sie beraten Pflegekräfte in der palliativen Pflegesituation und leiten sie ggf. an.
- Sie informieren und klären zu Krankheitsverläufen am Lebensende auf.
- Sie führen darüber hinaus ethisch-rechtliche Beratungen sowie Beratung zur Wahrung der Selbstbestimmung am Lebensende durch.
- Sie unterstützen bei der Klärung der Frage nach dem Willen der Betroffenen und begleiten Entscheidungsprozesse.

Mit der Aufgabenerweiterung durch das HPG wird es notwendig, die personellen Ressourcen in den ambulanten Hospizdiensten zu erweitern. Von daher haben

CHV und DaSein e.V. jeweils eine zusätzliche sowie der Hospizverein Ramersdorf/ Perlach e.V. erstmalig eine 1,0 VZÄ-Stelle für den palliativgeriatrischen Dienst beantragt.

3.1 Christophorus Hospiz Verein e.V. (CHV)

Der CHV hat im Jahr 2015 813 ambulante Patientinnen und Patienten begleitet. Im Jahr 2017 stieg die Anzahl bereits auf 960. Allein die Zahl der Anfragen nach palliativen Beratungen und Begleitungen durch den palliativgeriatrischen Dienst hat sich von 323 in 2015 auf 446 in 2017 erhöht. Die personelle Ausstattung ist jedoch gleich geblieben. Ein weiterer Anstieg ist angesichts der demografischen Entwicklung zu erwarten.

Die Nachfrage nach Begleitungen in Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen ist inzwischen höher als die Kapazitäten, so dass hierfür mehr Personal benötigt wird.

Insgesamt ist der CHV bislang Kooperationen mit 19 vollstationären Pflegeeinrichtungen und zwei Krankenhäusern eingegangen.

Der CHV beantragt ab 01.01.2019 eine Ausweitung der Zuschussförderung für den palliativgeriatrischen Dienst um 1,0 VZÄ (S 12) zuzüglich anteiliger Sachkosten.

3.2 DaSein e.V.

DaSein e.V. hat im Jahr 2015 199 ambulant versorgte Patientinnen und Patienten begleitet. Im Jahr 2017 ist diese Zahl bereits angestiegen auf 285 ambulant versorgte Patientinnen und Patienten. Ambulante Beratungen und Begleitungen von Bewohnerinnen und Bewohnern in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch den palliativgeriatrischen Dienst sind darin enthalten.

Die Zahl der Anfragen nach palliativen Beratungen und Begleitungen durch den palliativgeriatrischen Dienst hat sich von 41 in 2015 auf 78 in 2017 erhöht. In 2018 werden es auf der Basis des Standes zum 30.06. (52 Anfragen) voraussichtlich bereits 104 palliative Beratungen und Begleitungen sein. Die personelle Ausstattung ist in den letzten Jahren gleich geblieben. Auch hier ist auf Grund der demografischen Entwicklung ein Anstieg zu erwarten.

Seit Ende der 1990er Jahre arbeitet der Hospizdienst DaSein e.V. mit den Einrichtungen der vollstationären Pflege zusammen. Die Anfragen für Beratung und Begleitung im stationären Bereich durch den palliativgeriatrischen Dienst steigen äquivalent zu den Anfragen im ambulanten Bereich.

Insgesamt kooperiert DaSein e.V. bislang mit mehr als 20 vollstationären Pflegeeinrichtungen und mit einem Krankenhaus. Mit 11 der vollstationären

Pflegeeinrichtungen sowie mit der Münchenstift GmbH (mit ihren 13 Häusern) wurden schriftliche Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen. Mit sechs vollstationären Pflegeeinrichtungen erfolgt die Zusammenarbeit ohne schriftliche Vereinbarung.

DaSein e.V. beantragt ab 01.01.2019 eine Ausweitung der Zuschussförderung für den palliativgeriarischen Dienst um eine weitere 1,0 VZÄ (S 12) sowie eine 0,25 VZÄ- Aufstockung für den Verwaltungsbereich (E 6). Hinzu kommen anteilige Miet- und Sachkosten.²²

3.3 Hospizverein Ramersdorf/ Perlach e.V.

Der Hospizverein Ramersdorf/ Perlach e.V. ist der kleinste der Münchner ambulanten Hospizdienste. Er wird bisher nicht vom RGU finanziell gefördert.²³ Im Jahr 2015 hat der Hospizverein 49 Personen begleitet, im Jahr 2017 waren es bereits 91 Personen.

Der Hospizverein wird bislang ehrenamtlich geschäftsführend vom Vorstand mit getragen. Die hohe Arbeitsbelastung des Vorstandes, alle bereits im fortgeschrittenen Rentenalter, führt dazu, dass alle drei Jahre der Vorstand wechselt. Damit ist keine Kontinuität in der Arbeit sichergestellt.

44 ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer werden von einer Koordinatorin mit einer 0,75 VZÄ-Stelle begleitet. Darüber hinaus wird derzeit eine Palliative Care-Fachkraft auf 450 €-Basis beschäftigt, die auf 0,5 VZÄ erhöhen soll. Der palliativgeriarische Dienst des Hospizvereins muss ausgebaut werden. Bei der steigenden Zahl der zu betreuenden Personen ist dringend eine zweite Palliative Care Fachkraft mit einer 1,0 VZÄ-Stelle notwendig.

Zur Abwicklung der Büroorganisation sind zwei Bürokräfte auf 450 €- Basis eingestellt. Damit kann das Büro lediglich ca. 2,5 Tage in der Woche besetzt werden. Eine Besetzung mit 40 Stunden pro Woche muss jedoch gewährleistet sein. Zusätzlich haben sich die Verwaltungstätigkeiten enorm erhöht.

Der Auftrag aus dem HPG, Kooperationen mit vollstationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern einzugehen, kann mit dem derzeitigen Personalbestand und der derzeitigen Organisation des Hospizvereins Ramersdorf/ Perlach nicht mehr geleistet werden. Insgesamt hat der Hospizverein Ramersdorf/ Perlach bislang Kooperationen mit drei vollstationären Pflegeeinrichtungen und einem Krankenhaus.

Um den Hospizverein Ramersdorf/ Perlach zukunftsfähig aufzustellen, hat der Hospizverein Ramersdorf/ Perlach folgenden Zuschussantrag beim RGU gestellt: 0,5 VZÄ (E 13) Geschäftsführung, 1,0 VZÄ (S 12) für den palliativgeriarischen Dienst (Palliativ Care-Fachkraft) sowie 0,5 VZÄ (E 6) für den Verwaltungsbereich.

22 Der erneut gestellte Antrag auf Zuschaltung einer Stelle für den Bereich Öffentlichkeitsarbeit kann vom RGU fachlich nicht unterstützt werden.

23 Die Finanzierung erfolgt bisher über Krankenkassen, Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Hinzu kommen anteilige Miet- und Sachkosten.

4. Sachkostenbedarf

Insgesamt entstehen aus den o. g. Zuschussanträgen folgende Mehrbedarfe:

Christophorus-Hospiz-Verein e.V. (IA 531536018)

1,0 VZÄ, S 12 (JMB 64.700 €), dauerhaft	64.700 €
Sachkostenpauschale 1,0 VZÄ (7.400 €) dauerhaft	7.400 €
Gesamtsumme Zuschuss dauerhaft	72.100 €

Da-Sein e.V. (IA 531536130)

1,0 VZÄ, S 12 (JMB 64.700 €), dauerhaft	64.700 €
0,25 VZÄ, E 6 (JMB 49.310 €), dauerhaft	12.327 €
Sachkostenpauschale 1,25 VZÄ, dauerhaft	9.250 €
Mietkosten anteilig, dauerhaft	8.625 €
Gesamtsumme Zuschuss dauerhaft	94.902 €
(gerundet für Haushaltsansatz)	94.900 €

Hospizverein Ramersdorf/ Perlach (IA 531536173) - NEU

0,5 VZÄ, E 13 (JMB 75.920 €), dauerhaft	37.960 €
0,5 VZÄ, E 6 (JMB 49.310 €), dauerhaft	24.655 €
1,0 VZÄ, S 12 (JMB 64.700 €), dauerhaft	64.700 €
Mietkosten, dauerhaft	23.000 €
Sachkostenpauschale 2,0 VZÄ, dauerhaft	14.800 €
Gesamtsumme Zuschuss dauerhaft	165.115 €
(gerundet für Haushaltsansatz)	165.100 €
Erstausrüstung einmalig 2.370 € pro Stelle	4.740 €

Für die Haushaltsansätze ergeben sich ab 01.01.2019 folgende Veränderungen:

Trägerauftrag	HH-Ansatz 2018 in €	Erhöhung ab 2019	HH-Ansatz 2019 in €
Christophorus-Hospiz-Verein e.V. IA 531536018	465.800	72.100	537.900
Da-Sein e.V. IA 531536130	253.700	94.900	348.600
Hospizverein Ramersdorf/ Perlach IA 531536173	0	165.100	165.100

Die Zuschussvergabe ist rechtlich möglich. Die Zuwendungen werden unter Beachtung des Eu-Beihilferechts gewährt. Die konkreten Einzelheiten werden in Zuwendungsbescheiden geregelt.

Die o. g. Mehrbedarfe wurden mit dem Formblatt „Information über Beschluss mit Folgekosten“ im Eckdatenbeschluss angemeldet. Es handelt sich um eine freiwillige, bürgernahe Leistung, die dauerhaft erbracht werden soll.

5. Zusammenfassung

Die LH München verfügt über eine differenzierte und derzeit noch ausreichende Hospiz- und Palliativversorgung. Angesichts des demographischen Wandels, den stetig steigenden Nachfragen bei den Hospiz- und Palliativberatungsdiensten und den Anforderungen, die sich für diese aus dem HPG ergeben, reichen die Kapazitäten nicht mehr aus. Daher wird eine Ausweitung empfohlen.

B. Darstellung der Kosten und der Finanzierung

1. Zweck der Maßnahme

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 werden die ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienste zu Kooperationen mit vollstationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern angehalten. Dies bedeutet eine Aufgabenerweiterung und erfordert eine personelle Aufstockung für die palliativgeriatrischen Dienste in den ambulanten Hospizdiensten, damit diese die Aufgaben bewältigen können.

2. Zahlungswirksame Kosten im Bereich der laufenden Verwaltungstätigkeit

Für die Umsetzung des Beschlusses entstehen die im Folgenden dargestellten zahlungswirksamen Kosten. Der Mittelbedarf entsteht ab 01.01.2019

	dauerhaft	einmalig	befristet
Summe zahlungswirksame Kosten	347.100,- ab 2019	4.700,- in 2019	
davon:			
Personalauszahlungen (Zeile 9)*			
Auszahlungen für Sach- und Dienstleistungen (Zeile 11)** IA 536001202 Sachkonto 651000	15.000,- ab 2019		
Transferauszahlungen (Zeile 12) Sachkonto 682100 IA 531636018 Christophorus-Hospiz-Verein e.V. IA 531536130 Da-Sein e.V. IA 531536173 Hospizverein Ramersdorf/Perlach (neu)	332.100,- ab 2019 72.100,- 94.900,- 165.100,-	4.700,- in 2019 4.700,-	
Sonstige Auszahlungen aus lfd. Verwaltungstätigkeit (Zeile 13)			
Zinsen und sonstige Finanzauszahlungen (Zeile 14)			
Nachrichtlich Vollzeitäquivalente (VZÄ)			

3. Finanzierung

Die Finanzierung kann weder durch Einsparungen noch aus dem eigenen Referatsbudget erfolgen.

Die zusätzlich benötigten Zahlungsmittel werden genehmigt und in den Haushaltsplan 2019 aufgenommen.

Die beantragte Ausweitung weicht von den Festlegungen für das Referat für

Gesundheit und Umwelt im Eckdatenbeschluss für den Haushalt 2019 i. H. v. 78.018 € ab, weil andere Prioritäten festgelegt werden mussten. Zum Zeitpunkt der Anmeldung des Eckdatenbeschlusses waren noch nicht alle Bedarfe für Sach- und Personalkosten für die Hospiz- und Palliativversorgung ausreichend bekannt und beziffert. Die beantragten erforderlichen Mittel in dieser Sitzungsvorlage bewegen sich aber innerhalb des Rahmens der festgelegten Höchstgrenze nach dem Eckdatenbeschluss (siehe auch TOP1 Ziffer 15 der heutigen Sitzung mit der Bekanntgabe zum Controlling des Eckdatenbeschlusses für den Haushalt 2019 („Umsetzung geplante Beschlüsse“)).

4. Produktbezug

Die Veränderungen betreffen das Produkt 33412100 Förderung freier Träger im Gesundheitsbereich.

4.1 Produktbeschreibung

Eine Änderung der Produktbeschreibung ist mit dieser Maßnahme nicht verbunden.

4.2 Kennzahlen

Mit der nachfolgend aufgeführten Kennzahl kann die Umsetzung des unter B1 aufgeführten Ziels gemessen werden.

Kennzahl (Leistungsmenge, Wirkung oder Qualität)	IST Vorjahr	Plan akt. Jahr	Änderung durch Beschluss	Plan-/Ziel- Wert nach der Umsetzung
Leistungsmenge/n (ggf. Qualität):				
Fördervolumen P 1 – P 6	8.824.100	9.058.700	332.100 (ab 2019)	9.390.800 (ab 2019)
Wirkungskennzahl/en:				

5. Bezug zur Perspektive München

Folgendes Ziel der Perspektive München wird unterstützt:

Leitlinie Gesundheit, Themenfeld gesundheitliche Versorgung

Ziel 15.17: Die LHM trägt mit eigenen Angeboten und Zuschüssen dazu bei, dass allen Bürgerinnen und Bürgern eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung zur

Verfügung steht, wo möglich und notwendig wohnortnah und niederschwellig.

Die Stadtkämmerei stimmt der Beschlussvorlage zu. Die Stellungnahme ist als Anlage 9 beigefügt.

Ergänzend weist das Referat für Gesundheit und Umwelt darauf hin, dass die Gesamtsumme der Anmeldungen den Vorgaben des Eckdatenbeschlusses entspricht. Die Erhöhung von 78 Tsd € kann durch die Einsparung bei dem Vorhaben „Hebammenvermittlung für Münchnerinnen“ (Sitzungsvorlage-Nr. 14-20/ V 12781) ausgeglichen werden.

Die Beschlussvorlage ist mit dem Sozialreferat, der Gleichstellungsstelle für Frauen und dem Seniorenbeirat abgestimmt.

Anhörung des Bezirksausschusses

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung des Bezirksausschusses nicht vorgesehen (vgl. Anlage 1 der BA-Satzung).

Die Korreferentin des Referates für Gesundheit und Umwelt, Frau Stadträtin Sabine Krieger, der zuständige Verwaltungsbeirat, Herr Stadtrat Dr. Ingo Mittermaier, sowie die Stadtkämmerei, das Sozialreferat, die Gleichstellungsstelle für Frauen und der Seniorenbeirat haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.

II. Antrag der Referentin

1. Der Vortrag der Referentin zur Situation der Hospiz- und Palliativversorgung in München wird zur Kenntnis genommen.
2. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, zur Förderung des Christophorus Hospizvereins e.V. im Bereich der Palliativgeriatrie die erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 72.100 € zum Haushalt 2019 bei Auftrag 531536018 (Sachkonto 682100) dauerhaft bei der Stadtkämmerei zusätzlich anzumelden.
3. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, zur Förderung des Hospizdienstes DaSein e.V. im Bereich der Palliativgeriatrie die erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 94.900 € zum Haushalt 2019 bei Auftrag 531536130 (Sachkonto 682100) dauerhaft bei der Stadtkämmerei zusätzlich anzumelden.

4. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, zur Förderung des Hospizdienstes Ramersdorf/ Perlach e.V. im Bereich der Geschäftsführung, der Verwaltung und der Palliativgeriatrie die erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 165.100 € zum Haushalt 2019 bei Auftrag 531536173 (Sachkonto 682100) dauerhaft bei der Stadtkämmerei zusätzlich anzumelden.
5. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, die einmalig erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 4.700 € im Rahmen der Haushaltsplanaufstellung 2019 bei der Stadtkämmerei anzumelden.
6. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, die dauerhaft erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 15.000 € im Rahmen der Haushaltsplanaufstellung 2019 bei der Stadtkämmerei anzumelden.
7. Das Produktkostenbudget erhöht sich einmalig in 2019 um 351.800 €, davon sind 351.800 € zahlungswirksam (Produktauszahlungsbudget) und dauerhaft ab 2020 um 347.100 €, davon sind 347.100 € zahlungswirksam (Produktauszahlungsbudget).
8. Der Antrag Nr. 14-20 / A 03953 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
9. Der Antrag Nr. 14-20 / A 03508 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
10. Der Antrag Nr. 14-20 / A 04218 bleibt aufgegriffen und wird dem Stadtrat im vierten Quartal 2019 zur Entscheidung vorgelegt.
11. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss

nach Antrag.

Die endgültige Entscheidung in dieser Angelegenheit bleibt der Vollversammlung des Stadtrates vorbehalten.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Der Vorsitzende

Die Referentin

Ober-/Bürgermeister

Stephanie Jacobs
Berufsmäßige Stadträtin

- IV. Abdruck von I. mit III. (Beglaubigungen)
über das Direktorium HA II/V - Stadtratsprotokolle
an das Revisionsamt
an die Stadtkämmerei
an das Direktorium – Dokumentationsstelle
an das RGU RGU-RL-RB-SB

- V. Wv RGU RGU-RL-RB-SB
zur weiteren Veranlassung (Archivierung, Hinweis-Mail).