



Finanzierung von Tageshospizen und palliativmedizinischen Tageskliniken: Ergebnisse quantitativer Befragungen von Einrichtungsleitungen und Krankenkassen in Deutschland

Financing of Day Hospices and Palliative Day-Care clinics: Results of Quantitative Surveys of Facility Managers and Statutory Health Insurance Providers in Germany



Autoren

Beate Apolinarski^{1*}, Birte Burger^{2*}, Jona T. Stahmeyer², Hanna A. A. Röwer¹, Nils Schneider¹, Stephanie Stiel¹ , Franziska A. Herbst¹ 

Institute

- 1 Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover
- 2 Stabsbereich Versorgungsforschung, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung, Palliativversorgung, teilstationäre Versorgung, Leistungsvergütung, Versorgungsvertrag

Key words

health services research, palliative care, day-care, service remuneration, care contract

online publiziert 08.12.2021

Bibliografie

Gesundh ökon Qual manag 2022; 27: 74–80

DOI 10.1055/a-1640-2460

ISSN 1432-2625

© 2021. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dipl.-Soz. Beate Apolinarski
Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin
Carl-Neuberg-Straße 1,
30625 Hannover
Deutschland
Tel.: + 49 (0)511 532-4991,
Fax: + 49 (0)511 532-4176
apolinarski.beate@mh-hannover.de

ZUSAMMENFASSUNG

Zielsetzung Versorgungsverträge von Tageshospizen und palliativmedizinischen Tageskliniken werden untersucht sowie Versorgungsumfang und Ausstattungsmerkmale zwischen bezuschussten und nicht bezuschussten Einrichtungen verglichen.

Methodik Alle Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKs) wurden zu Vertrags- und Abrechnungsdaten sowie Tageshospize und palliativmedizinische Tageskliniken zu einrichtungsrelevanten Merkmalen befragt.

Ergebnisse Drei Viertel der befragten Einrichtungen finanzieren sich über Zuschüsse von Krankenkassen. Sie bieten ihre Tagesversorgung an mehr Tagen pro Woche an und verfügen über mehr Räumlichkeiten als nicht bezuschusste Einrichtungen.

Schlussfolgerungen Versorgungsverträge mit gesetzlichen Krankenkassen können den Einrichtungen eine planbare Finanzierungsperspektive geben, Versorgungsqualität sicherstellen und den Versorgungsumfang langfristig ausweiten.

ABSTRACT

Aim Care contracts of day hospices and palliative day-care clinics are examined and the scope of care and resources of facilities are compared between subsidised and non-subsidised facilities.

Method Statutory health insurance providers were surveyed for contract and billing data, and day hospices and palliative day-care clinics were surveyed for institutional characteristics.

Results Three quarters of the facilities surveyed are financed by subsidies from health insurance funds. They offer their day-care on more days per week and have more premises than non-subsidised facilities.

Conclusions Care contracts with statutory health insurance providers can give facilities a predictable financing perspective, ensure quality of care and expand the scope of care in the long term.

* beide Personen trugen in gleichem Maß zu dieser Arbeit bei

Hintergrund

Zu einem umfassenden und bedarfsgerechten Versorgungskonzept für unheilbar erkrankte Menschen mit begrenzter Lebenszeit gehören neben ambulanten und vollstationären Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung auch Tageshospize und palliativmedizinische Tageskliniken [1]. Hinsichtlich des formalen Aufbaus und der Leistungen dieser teilstationären Einrichtungen gibt es bislang keine einheitlichen sozialrechtlichen Vorgaben. Seit 2018 ist ein sprunghafter Anstieg von teilstationären Angeboten zu verzeichnen, die jedoch hinsichtlich ihrer Organisationsstrukturen und Finanzierungsgrundlage recht unterschiedlich sind [2]. Es stellt sich die Frage, inwiefern sich Finanzierung und Ausgestaltung des Versorgungsangebots gegenseitig bedingen, wie die Voraussetzungen für die Schließung von Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen sind und inwiefern sie bereits geschlossen wurden.

Rechtliche Voraussetzungen der Leistungsvergütung durch die GKV

Die Begriffe Tageshospiz und Tagesklinik sind rechtlich nicht geschützt. Es existiert eine Vielzahl an Einrichtungen, die sich Tageshospiz oder Tagesklinik nennen. Abzugrenzen ist hier das sozialrechtliche Verständnis der Begriffe, welches in den Regelungen von § 39 und § 39a SGB V definiert wird.

Hospizversorgung

Nach § 39a SGB V können Hospizleistungen ambulant oder stationär erbracht werden. Durch die ambulante Hospizarbeit wird eine palliativpflegerische Beratung, psychosoziale Begleitung sowie Sterbebegleitung durch ausgebildete Fachkräfte und Ehrenamtliche im eigenen Haushalt des Versicherten, in seiner Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen oder ähnlichen Einrichtungen sichergestellt. Die GKV fördert diese Hospizleistungen durch Zuschüsse zu Personal- und Sachkosten der ambulanten Hospizdienste.

Außerdem ist die GKV verpflichtet, eine stationäre palliativmedizinische Versorgung in Hospizen für Versicherte finanziell zu unterstützen, für die keine ambulante Versorgung im Haushalt oder durch die Familie erfolgen kann und gleichzeitig keine Krankenhausbehandlung notwendig ist. Hierfür bezuschusst sie die Kosten eines stationären Hospizaufenthaltes unter Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung gemäß SGB XI zu 95 %. Den übrigen Mittelbedarf muss das Hospiz in Form eines Eigenanteils über Spenden aufbringen [3]. Voraussetzung für die Förderung durch die GKV ist die Erfüllung der Qualitätsvorgaben des Rahmenvertrages nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V.

Eine teilstationäre Hospizversorgung kann sowohl als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes als auch als integraler Bestandteil eines vollstationären Hospizes vorgehalten werden. Die in § 6 und § 7 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V getroffenen Regelungen sind auf Tageshospize unter Berücksichtigung des abweichenden Auftrags, dass Leistungen in geringerem Umfang als vollstationär erbracht werden, zur Versorgung und Begleitung entsprechend anzuwenden. Aufgrund dieser Voraussetzungen lässt sich die teilstationäre Hospizversorgung grundsätzlich in Einrichtungen (1) mit GKV-Förderung und (2) ohne GKV-Förderung unterscheiden [4].

Tageskliniken

Es besteht weitgehend Konsens darüber, dass Tageskliniken im sozialrechtlichen Sinne als Einrichtungen der teilstationären Versorgung anzusehen sind, sodass Abrechnungsmodalitäten und Zulassungsvoraussetzungen im SGB V geregelt sind und nur Krankenhäuser nach § 108 SGB V tagesklinische Leistungen mit der GKV abrechnen dürfen (s. Urteil des Bundessozialgerichts vom 04.03.2004, Aktenzeichen B 3 KR 4/03 R).

Nach Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist eine teilstationäre Behandlung nur dann zulässig, wenn das Behandlungsziel nicht durch eine vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann, die teilstationäre Behandlung zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses nach § 109 SGB V gehört und die Notwendigkeit der Aufnahme der Patienten durch einen Arzt festgestellt wurde [5]. Im Gegensatz zur vollstationären Behandlung sind Patienten bei einer teilstationären Versorgung zwar regelmäßig, aber nicht zeitlich durchgehend im Krankenhaus anwesend.

Ziel

Ziel dieser Arbeit ist es, darzustellen, inwiefern Tageshospize und palliativmedizinische Tageskliniken in Deutschland aktuell über Versorgungsverträge mit der GKV verfügen. Es sollen alternative Finanzierungsquellen untersucht sowie Versorgungsumfang und Ausstattungsmerkmale von teilstationären Einrichtungen mit und ohne Zuschuss durch die Krankenkassen verglichen werden.

Methoden

In einem ersten Arbeitspaket des durch den Innovationsfonds geförderten Projekts „Verbesserung der Versorgung von Patienten mit unheilbaren Erkrankungen: Analyse des Bestands und des Bedarfs für palliativmedizinische Tageskliniken und Tageshospize sowie Empfehlungen zur Versorgungsplanung“ (ABPATITE) [6] wurde der Bestand von Tageshospizen und palliativmedizinischen Tageskliniken in Deutschland erfasst. Einrichtungs- und finanzierungsbezogene Merkmale wurden einerseits über eine Erhebung innerhalb der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKs) zu bestehenden Versorgungsverträgen gewonnen. Andererseits wurden Leitungspersonen aller in Deutschland recherchierten Tageshospize und palliativmedizinischen Tageskliniken befragt. Beide Erhebungen fokussierten ausschließlich Einrichtungen der Erwachsenenversorgung.

Befragung aller regionalen AOKs zu bestehenden Versorgungsverträgen mit Tageshospizen und palliativmedizinischen Tageskliniken

Um den aktuellen Bestand palliativmedizinischer Tageseinrichtungen mit Versorgungsverträgen mit der GKV im gesamten Bundesgebiet zu identifizieren, wurde eine schriftliche Befragung der Verantwortlichen für teilstationäre Hospiz- und Palliativleistungen aller 11 regionalen AOKs durchgeführt. In dieser Erhebung wurde die dem sozialrechtlichen Ansatz der teilstationären Versorgung entsprechende Definition von Tageshospizen und palliativmedizinischen Tageskliniken zu Grunde gelegt.

Die AOKs wurden mittels zweier separater Fragebögen zu (1) palliativmedizinischen Tageskliniken und (2) Tageshospizen befragt (Erhebungszeitraum: 08–11/2020). Neben dem Vorliegen von Versorgungsverträgen mit entsprechenden Einrichtungen im jeweiligen Einzugsgebiet der befragten AOK wurden weitere Parameter zur Vertragsgrundlage, Abrechnung und Betreuung erhoben. Außerdem wurden Daten zur Inanspruchnahme der teilstationären Leistungen durch AOK-Versicherte für das Jahr 2019 erfasst. Vorab wurde ein Pretest mit einer ausgewählten AOK durchgeführt, um die Fragebögen auf ihre Verständlichkeit zu prüfen und zu optimieren. Die Fragebögen gingen den Fachverantwortlichen der einzelnen AOKs nach telefonischer Ankündigung per E-Mail zu. Die erhobenen Daten wurden deskriptiv in Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA) ausgewertet. Da sowohl Versorgungsverträge nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V als auch die Ermächtigung palliativmedizinischer Tageskliniken im Sinne der §§ 39 sowie 108 & 109 SGB V kassenartenübergreifend gelten, lassen sich die Befragungsergebnisse, mit Ausnahme möglicher Selektivverträge zwischen anderen Krankenkassen und weiteren Einrichtungen, auf die teilstationäre hospizlich-palliative Versorgung für gesetzlich Versicherte in ganz Deutschland übertragen.

Bundesweite Befragung von Tageshospizen und palliativmedizinischen Tageskliniken zur Finanzierung sowie zu Versorgungsumfang und Ausstattungsmerkmalen

Vorbereitend wurden Einrichtungen recherchiert, die entweder bereits Menschen mit lebensverkürzenden Erkrankungen am Lebensende teilstationär versorgen oder dies in Zukunft planen. Hierfür wurden nationale Suchportale [7, 8] gesichtet, eine freie Internetrecherche durchgeführt sowie Expertinnen, Experten und Fachgesellschaften einbezogen. Auf Grundlage der Ergebnisse einer vorausgehenden qualitativen Befragung mit 7 Einrichtungsleitungen [2] wurde ein quantitativer, standardisierter Fragebogen zur Erfassung einrichtungs- und ausstattungsbezogener Merkmale entwickelt. Insgesamt wurden 4 Versionen des Fragebogens erstellt und eingesetzt, die in Formulierung, Filterführung und Antwortmöglichkeiten individuell auf Tageshospize in Betrieb, Tageshospize in Planung, Tageskliniken in Betrieb und Tageskliniken in Planung zugeschnitten waren.

Nach telefonischer Aufklärung über das Studienziel erhielten die Leitungspersonen aller ermittelten Tageshospize und palliativmedizinischen Tageskliniken postalisch die Befragungsunterlagen sowie eine Woche versetzt eine Erinnerungs-E-Mail mit dem digitalen Fragebogen (Erhebungszeitraum: 08–10/2020). Die Auswertung erfolgte deskriptiv in IBM SPSS Statistics 26 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) für Windows. Für die ABPATITE-Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover (8892_BO_S_2020) vom 10.02.2020 vor.

Ergebnisse

Versorgungsverträge der GKV mit teilstationären hospizlich-palliativen Einrichtungen

Im Rahmen der Befragung der Krankenkassen haben alle 11 regionalen AOKs Informationen zu ihren bestehenden Versorgungsver-

trägen übermittelt. Insgesamt wurden 7 Tageshospize identifiziert, die einen Versorgungsvertrag mit der GKV haben (► **Tab. 1**). Die kassenfinanzierte tageshospizliche Versorgung beruht aktuell ausschließlich auf Verträgen nach § 39a SGB V, welche in den Bundesländern Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen bestehen. Die einzelnen Verträge wurden mehrheitlich zwischen 2013 und 2020 geschlossen. Ein aus dem Jahr 1996 stammender Vertrag findet in der Versorgungsrealität nach Angabe der zuständigen Krankenkasse aktuell keine Anwendung. Vereinbart wurden je Tageshospiz zwischen 2 und 8 Belegungsplätzen für gesetzlich Versicherte. Alle Einrichtungen sind an die Infrastruktur eines stationären Hospizes angegliedert; bei einer Einrichtung wird von dem entsprechenden Träger darüber hinaus ein ambulanter Palliativdienst betrieben. Die Leistungen aller erhobenen Tageshospize werden mittels eines Tagessatzes vergütet, wobei die Höhe der Vergütung je nach Betreuungsumfang (ganztags oder halbtags) variiert. Die Betreuung der Hospizgäste dieser Einrichtungen findet überwiegend ganztags statt. Zwei Hospize bieten auch eine Halbtagsbetreuung an. Das Leistungsangebot der Einrichtungen mit Versorgungsvertrag umfasst die gesetzlich vereinbarten und vorgeschriebenen Leistungen (u. a. Unterkunft, Verpflegung, pflegerische und ärztliche Versorgung). Darüber hinausgehende Zusatzleistungen sind nach Krankenkassenangaben in keinem der Verträge enthalten. Besondere Regelungen mit der GKV, die den Transport der Gäste betreffen, sind ebenfalls nicht vertraglich festgelegt. Dies schließt eine Verwendung eines Teils der Leistungspauschale der Krankenkassen für die Organisation des Transportes nicht explizit aus.

Aus den Abrechnungsdaten der AOK NordOst und der AOK Niedersachsen konnten für einen Großteil der identifizierten Tageshospize Informationen zur Inanspruchnahme tageshospizlicher Leistungen durch AOK-Versicherte gewonnen werden. Im Jahr 2019 wurden in den 5 Tageshospizen mit insgesamt 23 Belegungsplätzen (siehe ► **Tab. 1**) in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen 19 AOK-Versicherte mit insgesamt 608 Belegungstagen betreut. Die durchschnittliche Behandlungsdauer im Jahr 2019 betrug 32 Tage je Gast. Für die Einrichtungen in Bayern und Nordrhein-Westfalen konnten keine vergleichbaren Daten generiert werden, da hier im Untersuchungsjahr 2019 keine AOK-Versicherten betreut wurden.

Im Rahmen der Befragung konnte eine palliativmedizinische Tagesklinik mit GKV-Förderung identifiziert werden. Es handelt sich hierbei um ein Modellprojekt, welches im Jahr 2011 initiiert wurde und aktuell evaluiert wird. Ob und in welcher Form die finanzielle Förderung der Tagesklinik fortgeführt wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch unklar. Die Finanzierung von zwei Belegungsplätzen begründet sich aktuell auf einen Vertrag nach § 39 in Verbindung mit § 108 & § 109 SGB V sowie einer befristeten Aufnahme in den Krankenhausplan. Abgerechnet wird über einen Tagessatz.

Unterschiede zwischen von Krankenkassen bezuschussten und nicht-bezuschussten teilstationären Einrichtungen

Für Deutschland konnten 25 Tageshospize und 8 palliativmedizinische Tageskliniken recherchiert werden. Der quantitative Fragebogen wurde von 28 Einrichtungsleitungen beantwortet (Rücklaufquote: 84,8%). Somit liegen Angaben über 22 Tageshospize

► **Tab. 1** Tageshospize mit Versorgungsverträgen mit der GKV in Deutschland.

Bundesland	Ort	Vertragsgrundlage	Belegungsplätze	Angliederung	Abrechnungsmo- dell	Umfang der Betreuung	Betreu- ungszei- ten	Besondere Regelungen zum Transport
Bayern	Nürnberg	§ 39a SGB V	6	vollstationäres Hospiz und ambulanter Palliativdienst	(Halb-) Tagessatz	ganztags u. halbtags	tagsüber	keine
Brandenburg	Neuruppin	§ 39a SGB V	4	vollstationäres Hospiz	Tagessatz	ganztags	tagsüber	keine
Mecklenburg- Vorpommern	Stralsund	§ 39a SGB V	2	vollstationäres Hospiz	Tagessatz	ganztags	tagsüber	keine
Berlin	Berlin	§ 39a SGB V	8	vollstationäres Hospiz	(Halb-) Tagessatz	ganztags u. halbtags	tagsüber	keine
Nordrhein- Westfalen	Bergisch- Gladbach	§ 39a SGB V	3	vollstationäres Hospiz	Tagessatz	ganztags	tagsüber	keine
Niedersachsen	Bremervörde	§ 39a SGB V	4	vollstationäres Hospiz	Tagessatz	ganztags	tagsüber	keine
	Dinklage	§ 39a SGB V	5	vollstationäres Hospiz	Tagessatz	ganztags	tagsüber	keine

► **Tab. 2** Anzahl und Anteil teilstationärer hospizlich-palliativer Einrichtungen nach Finanzierungsquellen.

		Gesamt		Einrichtungsart			
				Tageshospize		Palliativmedizinische Tageskliniken	
n		28	(100 %)	22	(100 %)	6	(100 %)
Finanzierungsquellen (Mehrfachnennungen möglich)	Krankenkassen	21	(75,0 %)	16	(72,7 %)	5	(83,3 %)
	Spenden	22	(78,6 %)	19	(86,4 %)	3	(50,0 %)
	private Zuzahlung	6	(21,4 %)	4	(18,2 %)	2	(33,3 %)
	Förderverein	13	(46,4 %)	7	(31,8 %)	6	(100 %)
	Träger	7	(25,0 %)	7	(31,8 %)	–	
	Sonstiges	3	(10,7 %)	3	(13,6 %)	–	
	noch nicht entschieden	3	(10,7 %)	3	(13,6 %)	–	

Legende: n = Fallzahl

und 6 palliativmedizinische Tageskliniken vor. Von diesen Einrichtungen waren 13 zum Befragungszeitpunkt in Betrieb (10 Tageshospize, 3 palliativmedizinische Tageskliniken), 15 befanden sich noch im Aufbau oder in Planung.

Die Finanzierung der Einrichtungen setzt sich in der Regel aus mehreren Quellen zusammen. Drei Viertel der bestehenden und in Planung befindlichen Einrichtungen erhalten Zuschüsse durch die Krankenkassen oder planen diese zukünftig ein (► **Tab. 2**). Einnahmen aus Spenden geben 79 % der Einrichtungen an. Knapp die Hälfte der Einrichtungen bezieht finanzielle Zuwendungen durch einen Förderverein. Vom jeweiligen Träger wird jede vierte Einrichtung finanziell unterstützt; private Zuzahlungen erhält jede fünfte Einrichtung.

In krankenkassenfinanzierten Einrichtungen steht den Patienten in rund der Hälfte der Tageseinrichtungen ein eigenes Zimmer als Rückzugsort zur Verfügung (► **Tab. 3**). Nur 2 der 7 Einrichtungen ohne Krankenkassenfinanzierung bieten dies ebenfalls an. Das Angebot der vorrangig spendenfinanzierten Einrichtungen ist zudem weniger umfangreich: 5 dieser Einrichtungen berichten Öffnungszeiten von maximal 1–2 Tagen in der Woche, während zwei Drittel der kassenfinanzierten Einrichtungen ihre Leistungen an mindestens 5 Tagen pro Woche anbieten.

Spendengelder – direkt an die Einrichtung oder über einen Förderverein – tragen in allen hospizlich-palliativen Tageseinrichtungen zur Finanzierung bei (vgl. ► **Tab. 2**). Gefragt nach dem Anteil, den Spenden an den Gesamteinnahmen ausmachen, ist ein großer Unterschied zwischen den Einrichtungen mit und ohne Finanzie-

► **Tab. 3** Anzahl und Anteil teilstationärer hospizlich-palliativer Einrichtungen mit entsprechendem Versorgungsumfang und Ausstattungsmerkmalen je nach Bezug eines Krankenkassenzuschusses.

		Gesamt		Finanzierung durch Krankenkassen			
				Mit Zuschuss		Ohne Zuschuss	
n		28	(100%)	21	(100%)	7	(100%)
eigenes Zimmer		13	(46,4%)	11	(52,4%)	2	(28,6%)
Öffnungszeiten	1–2 Tage/Monat	1	(3,6%)		–	1	(14,3%)
	1–2 Tage/Woche	7	(25,0%)	3	(14,3%)	4	(57,1%)
	3–4 Tage/Woche	2	(7,1%)	2	(9,5%)		–
	> 4 Tage/Woche	14	(50,0%)	14	(66,7%)		–
	noch nicht entschieden	3	(10,7%)	2	(9,5%)	1	(14,3%)
	keine Angabe	1	(3,6%)		–	1	(14,3%)
Anteil Spenden an den Gesamteinnahmen	> 0% bis ≤ 5%	6	(21,4%)	6	(28,6%)		–
	> 5% bis ≤ 25%	11	(39,3%)	11	(42,4%)		–
	> 25% bis ≤ 50%	3	(10,7%)	1	(4,8%)	2	(28,6%)
	> 50% bis ≤ 75%		–		–		–
	> 75% bis < 100%	2	(7,1%)		–	2	(28,6%)
	100%	2	(7,1%)		–	2	(28,6%)
	unbekannt/keine Angabe	4	(14,3%)	3	(14,3%)	1	(14,3%)
Anzahl Räume, die nur für Tagesbetreuung genutzt werden	Mittelwert (SD)	3,4 (3,0)		3,8 (3,1)		2,0 (2,2)	
	Median	3,0		4,0		1,0	
	Min-Max	0–9		0–9		0–5	
	n	28		21		7	
Anzahl an Betreuungsplätzen	Mittelwert (SD)	5,9 (2,7)		5,7 (2,8)		6,4 (2,3)	
	Median	6,0		6,0		7,3	
	Min-Max	2–13		2–13		2–8	
	n	26		20		6	

Legende: n = Fallzahl; Mittelwert = arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung; Min = Minimaler Wert; Max = Maximaler Wert

rung durch die Krankenkassen ablesbar: Die meisten kassenfinanzierten Einrichtungen nennen einen Spendenanteil von über 5% bis zu 25% ihrer Gesamteinnahmen (n = 11). Vier der 7 Einrichtungen ohne Krankenkassenzuschuss geben an, sich größtenteils oder sogar vollständig (> 75% – ≤ 100%) aus Spenden zu finanzieren.

Für die teilstationäre Versorgung stehen den krankenkassenfinanzierten Einrichtungen durchschnittlich 3,8 verschiedene Arten von Räumen (z. B. Patientenzimmer, Behandlungsraum, Ruheraum, Küche, Dienstzimmer) zur Verfügung. In primär spendenfinanzierten Einrichtungen sind es hingegen nur 2 verschiedene Arten von Räumen. Unabhängig von einer Bezuschussung durch die Krankenkassen bieten alle befragten Tageseinrichtungen im Mittel 5,9 Betreuungsplätze an.

Sofern Einrichtungen über einen Fahrdienst verfügen, wurde der Kostenträger erfragt (► **Tab. 4**). Am häufigsten wird der Fahrdienst aus Spenden finanziert. Zwei Einrichtungen geben an, das Budget der teilstationären Leistungsvergütung durch die Krankenkassen auch für den Fahrdienst einzusetzen. Nur eine Einrichtung berichtet, dass Kosten von den Patienten selbst getragen werden

müssen. Diese Einrichtung führt zusätzlich auf, dass Fahrtkosten über Spenden mitfinanziert werden.

Von den Gründen, warum (bisher) kein Versorgungsvertrag mit Krankenkassen geschlossen wurde, geben die Einrichtungen am häufigsten als „zutreffend“ an, dass sie derzeit noch in Verhandlung mit den Krankenkassen stehen (► **Tab. 5**). In einem Freitextfeld des Fragebogens nennen 2 Einrichtungen Probleme bei der Anerkennung bzw. eine Ablehnung durch die Krankenkassen. Aus einer Einrichtung wird berichtet, dass eine Aufnahme von Patienten unabhängig von einer individuellen Krankenkassengenehmigung ermöglicht werden soll.

Diskussion

Die Kombination aus Befragungsdaten von teilstationären Einrichtungen und Krankenkassen bietet erstmalig einen Überblick über Tageshospize und palliativmedizinische Tageskliniken mit und ohne Versorgungsauftrag von der GKV in Deutschland.

► **Tab. 4** Anzahl teilstationärer hospizlich-palliativer Einrichtungen nach Kostenträger des Fahrdienstes und Bezug eines Krankenkassenzuschusses.

		Gesamt	Finanzierung durch Krankenkassen	
			Mit Zuschuss	Ohne Zuschuss
n (nur Einrichtungen in Betrieb)		13	8	5
Kostenträger des Fahrdienstes (Mehrfachnennungen möglich)	Krankenkasse über Transportschein	–	–	–
	Krankenkassen über Vergütung teilstationärer Hospizleistungen	2	2	–
	Selbstzahler	1	–	1
	Spenden	4	1	3
	kein Fahrdienst vorhanden	7	5	2
	Sonstiges	–	–	–

Legende: n = Fallzahl

► **Tab. 5** Gründe, warum Einrichtungen keinen Versorgungsvertrag mit Krankenkassen haben (von 1 = trifft gar nicht zu bis 5 = trifft völlig zu, nur Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag [n = 7]).

	Min	Max	Mittelwert (SD)	Median	n
aktuell noch in Verhandlung mit Krankenkassen	1	5	3,3 (1,9)	4	6
Wir wollen unabhängig sein.	1	5	3,0 (2,0)	3	3
Wir kommen gut ohne zurecht.	1	4	2,5 (1,3)	2,5	4
Zeit-/Personalmangel	1	4	2,2 (1,6)	1	5
Aufwand ist zu groß	1	4	1,8 (1,5)	1	4

Legende: n = Fallzahl; Mittelwert = arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung; Min = Minimaler Wert; Max = Maximaler Wert

Neben den 7 Einrichtungen, die bereits Versorgungsverträge mit Krankenkassen abgeschlossen haben, ist mit einer steigenden Anzahl krankenkassenfinanzierter Einrichtungen in den nächsten Jahren zu rechnen. Darauf deuten sowohl die zahlreichen Neugründungen teilstationärer Einrichtungen hin als auch die Angaben von Einrichtungen, derzeit noch in Verhandlung um einen Versorgungsvertrag zu stehen.

Aktuell sind alle GKV-geförderten Tageshospize an ein stationäres Hospiz angegliedert. Dies ermöglicht nachweislich das Teilen von Ressourcen, was sich kostenreduzierend auswirkt [2, 9]. Der Betrieb eines überwiegend krankenkassenfinanzierten Tageshospizes scheint für ambulante Hospizdienste nicht attraktiv zu sein, obwohl diese rein rechtlich die Möglichkeit dazu hätten. Potenzielle Hinderungsgründe liegen dabei insbesondere in den im Rahmenvertrag nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vereinbarten Voraussetzungen, die mit den Anforderungen an ein vollstationäres Hospiz identisch sind. Vor allem die räumliche Ausstattung, die in der tageshospizlichen Versorgung parallel zu vollstationären Hospizen einen ausreichend großen Wohn-, Gemeinschafts- und Funktionsbereich umfassen muss, ist bei ambulanten Hospizdiensten in der Regel nicht gegeben [4, 10].

Eine Finanzierung durch die GKV stellt eine planbare Einnahmequelle für die Tageseinrichtungen dar und führt unter anderem dazu, dass größere langfristige Verbindlichkeiten in Form einer Anmietung von Räumlichkeiten eingegangen werden können. Die Befragung der Einrichtungen zeigte außerdem, dass die Versorgung in vornehmlich spendenfinanzierten Einrichtungen zeitlich eingeschränkter, d. h. an weniger Tagen pro Woche, stattfindet. Eine GKV-Finanzierung könnte hier eine zeitliche Ausweitung des Angebots bewirken. Daher stellt sich die Frage, ob der Zugang zur GKV-Förderung für entsprechende Einrichtungen erleichtert werden sollte, sodass beispielsweise ambulanten Hospizdiensten ein vereinfachter Zugang zu dem Betrieb einer kassenfinanzierten Tageseinrichtung ohne die aktuell bestehenden notwendigen Qualitäts- und Ausstattungsanforderungen ermöglicht wird. Da bereits gezeigt werden konnte, dass bestehende teilstationäre Versorgungsangebote gut angenommen werden [2], könnte dies langfristig zu einem erhöhten Versorgungsangebot durch mehr Anbieter und einer flächendeckenderen Versorgung mit teilstationären Angeboten führen. Offen ist jedoch, ob die ambulanten Hospizdienste eine Ausweitung der Versorgung überhaupt anstreben. Auf der anderen Seite wird durch die Voraussetzungen der GKV-Förderung eine qualitativ hochwertige Versorgung der besonders vulne-

rablen Patienten der Tageshospize sichergestellt [11]. Die strengen Anforderungen rechtfertigen auch die vergleichsweise hohen Zuschüsse durch die gesetzlichen Krankenkassen. Eine Aufweichung oder Lockerung der geltenden Voraussetzungen würde gleichzeitig eine Herabsetzung verbindlicher Qualitätsansprüche bedeuten, welche zu vermeiden ist.

Auch in krankenkassenfinanzierten Einrichtungen überstieg der Anteil an Spenden häufig die 5%-Marke (39% der Einrichtungen gaben einen Spendenanteil von > 5% bis ≤ 25% an). Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass Trauerarbeit, Beratung und Familienarbeit nicht vergütet werden und für diese Leistungen zusätzliche Mittel akquiriert werden müssen [12]. Fehlende Transportmöglichkeiten können den Zugang zur Gesundheitsversorgung einschränken [13, 14]. Patienten, die nicht selbständig kommen oder von Angehörigen gebracht werden können, sind auf einen Fahrdienst der Einrichtung bzw. Transportscheine zur Nutzung eines Taxis oder Krankentransports angewiesen. Obwohl ein organisierter Transport für viele teilmobile schwerstkranke Patienten eine wesentliche Voraussetzung für die Inanspruchnahme des Tagesangebots darstellt, konnte in keinem der untersuchten Versorgungsverträge eine gesonderte Regelung zur Finanzierung des Transports festgestellt werden (vgl. ► **Tab. 1**).

Da zum Befragungszeitpunkt erst 13 Einrichtungen ihren Betrieb aufgenommen hatten, ist die geringe Fallzahl als eine Limitation der Studie zu sehen. Aussagen, die von im Aufbau befindlichen Einrichtungen getroffen wurden, sind zudem unter Vorbehalt zu interpretieren, da sich bestimmte Finanzierungs- oder Leistungsabsichten bis zur Inbetriebnahme noch ändern können. Im Rahmen dieser Studie wurden keine Abrechnungen über private Krankenkassen berücksichtigt.

Schlussfolgerungen

Die Möglichkeit, durch eine GKV-Finanzierung eine planbare finanzielle Grundlage zu erhalten, wird noch nicht von allen teilstationären hospizlich-palliativen Einrichtungen genutzt. Teilstationäre Einrichtungen sollten für die erforderlichen Qualitätskriterien sensibilisiert werden. Dies könnte beispielsweise durch eine frühzeitigere Kontaktaufnahme und den Austausch zwischen potenziellen Leistungserbringer und den Sozialversicherungsträgern erfolgen, sodass durch eine transparente Darlegung der notwendigen Voraussetzungen zur Krankenkassenfinanzierung der Planungsprozess unterstützt werden kann. Langfristig könnte dadurch das Versorgungsangebot in Form einer höheren Versorgungsqualität und eines breiteren Versorgungsumfangs verbessert werden.

Finanzielle Unterstützung

Das Projekt ABPATITE wird vom Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert (Förderkennzeichen: 01VSF19034, Laufzeit: 04/2020–09/2022).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF. Leitlinienprogramm Onkologie. Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2.2. AWMF-Registernummer: 128/001OL. 2020: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> Zugegriffen: 14.12.2020
- [2] Apolinarski B, Herbst FA, Röwer HAA et al. Status quo palliativmedizinischer Tageskliniken und Tageshospize in Deutschland: Ergebnisse einer gemischt-methodischen Studie. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2021; 22 (4): 215–224
- [3] GKV Spitzenverband. Stationäre Hospizversorgung (18.03.2019). Im Internet: www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/stat_hospizleistung/stat_hospiz/stat_hospizversorgung.jsp (Stand: 09.03.2021)
- [4] GKV Spitzenverband. 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.
- [5] Gemeinsamer Bundesausschuss. Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL in der Neufassung vom 22. Januar 2015 zuletzt geändert am 16. März 2017.
- [6] Herbst FA, Stiel S, Damm K et al. Exploring status and demand for palliative day-care clinics and day hospices in Germany: A protocol for a mixed-methods study. *BMC Palliat Care* 2021; 20 (94): 1–9
- [7] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland (2020). Im Internet: www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/ (Stand: 14.12.2020)
- [8] Palliativ-Portal (2020). Im Internet: www.palliativ-portal.de (Stand: 14.12.2020)
- [9] Douglas H, Normand CE, Higginson IJ et al. Palliative day care: what does it cost to run a centre and does attendance affect use of other services? *Palliative Medicine* 2003; 17: 628–637
- [10] Voigt K. Gesetzesgrundlagen und Planungshilfen. In: *Sterbeorte Bielefeld*: transcript-Verlag; 2020: 254–258
- [11] Hermann C, Graf J. Die Verantwortung der Krankenkassen für Sicherstellung und Organisation der gesundheitlichen Versorgung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2012; 66: 27–33
- [12] Radbruch C, Petermann U. Hospize und Trauer als Spendenmarkt: Führt der Ausbau von Palliativ- und Hospizversorgung zu einem Wettstreit um Spendengelder? *Leidfaden* 2016; 5: 55–58
- [13] Syed ST, Gerber BS, Sharp LK. Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. *Journal of community health* 2013; 38: 976–993
- [14] Lutz S, Spence C, Chow E et al. Survey on use of palliative radiotherapy in hospice care. *J Clin Oncol* 2004; 22