



Zentrale Mehrwerte **für Kommunen** durch die Förderung der Netzwerkkoordination hospizlicher und palliativer Akteur:innen nach **§ 39d SGB V**

Der § 39d SGB V wurde beschlossen im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) im Juni 2021. Hier ist geregelt, dass eine Koordination regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke durch die gesetzlichen Krankenkassen in einer Höhe von maximal 15.000 Euro jährlich als Zuschuss zu Personal- und Sachkosten fördern, sofern sich die Landkreise bzw. kreisfreien Städte in mindestens gleicher Höhe an der Finanzierung beteiligen. Neben der spezialisierten Versorgung in stationären Hospizen, auf Palliativstationen und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) findet der größte Anteil der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in der Häuslichkeit, Pflegeheimen und auch auf anderen Stationen in Kliniken mit einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) statt. Somit setzt eine umfassende Koordinierung hospizlicher und palliativer Akteur:innen bei einer Vielzahl unterschiedlicher Versorgenden an. Die wichtigsten hier zu Nennenden sind auch diejenigen, die in der Förderrichtlinie zum § 39d SGB V genannt sind:

- **Haus- und andere Fachärzt:innen**
- **Kliniken** (Palliativstation, -dienste, andere Kliniken, Pflege, Medizin, Sozialarbeit, Überleitungen, Kooperationen)
- **Ambulante (Kinder-)Hospizdienste** (Fortbildungen, Trauerangebote)
- **Stationäre (Kinder-)Hospize** (Vernetzungsbedarfe ambulant und stationär)
- **Pflegedienste** (Palliativkultur, Bedarfe, Vernetzungs- und Wissensstand)
- **Pflegeheime** (Palliativkultur, GVP, Bedarfe, Vernetzungs- und Wissensstand)
- **SAPV Teams** (Erwachsene und Kinder)
- **Berater:innen der gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) nach § 132g SGB V** (Palliativkultur, Vermittlung, Aufklärung von Angeboten)
- **Allgemeine kommunale oder kirchliche Angebote** (z.B. Seelsorge, Trauerbegleitung),
- **Ambulante Krebsberatungsstellen** nach § 65e SGB V (Vermittlung)

Der übergeordnete Mehrwert besteht in der Entwicklung und Förderung einer bedarfsgerechten hospizlichen und palliativen Versorgungsstruktur, in der Schnittstellenprobleme minimiert werden. Bereits bestehende kommunale Beratungs- und Netzwerkstrukturen werden unter finanzieller Förderung der gesetzlichen Krankenkassen nun mit Schwerpunkt auf Hospizarbeit und Palliativversorgung ergänzt und gestärkt. Hier wird eng zusammen gearbeitet mit den bereits bestehenden Strukturen (wie zum Beispiel in Niedersachsen mit den Senioren- und Pflegestützpunkten, den Steuerungsgruppensitzungen der Gesundheitsregionen sowie den Pflegekonferenzen bzw. Pfl egetischen). Mit der dadurch erreichten Verbesserung der Lebensqualität schwerkranker und sterbender Menschen kommt die Kommune ihrem Auftrag im Bereich der Daseinsvorsorge nach. Im Einzelnen können folgende Aspekte verbessert werden:

- Stärkung der **Qualität der haus- und anderen fachärztlichen, sowie pflegerischen Versorgung** von schwerkranken und sterbenden Menschen in allen ambulanten Versorgungsbereichen durch:
 - Absprache gemeinsamer Standards und einen Austausch über die Versorgungspraxis, Qualitätsverbesserung etc.
 - Stärkung der Versorgungssettings im Bereich der AAPV (Pflegeheim, Häuslichkeit und Krankenhaus). Nur unter 5% aller Menschen versterben im Hospiz oder auf Palliativstationen.

- Unterstützung von Hospizdiensten, SAPV-Teams und andere Versorger:innen
- Schaffung von Weiterbildungsangeboten für die Netzwerkpartner:innen im Rahmen der Koordinationstätigkeit
- **Verbesserung von Schnittstellen** in Versorgungsprozessen von schwerstkranken und sterbenden Menschen durch:
 - Vermeidung von unerwünschten und unnötigen Krankenhausaufenthalten
 - Bessere Überleitungen von stationärer in die ambulante Versorgung, von der Klinik ins Hospiz oder in die SAPV-Versorgung Zuhause
 - Stärkung der AAPV durch bessere Vernetzung ambulanter Versorgender (zum Beispiel durch einen hausärztlichen Qualitätszirkel konkret zur Palliativversorgung, in dem auch die Potentiale anderer Versorgungsstrukturen wie die der Hospizarbeit vermittelt werden)
 - Frühzeitige Einbindung von psychosozialen und spirituellen Unterstützungsangeboten
- Verbesserung der **Öffentlichkeitsarbeit** durch transparente, übersichtliche, neutrale und vollständig darstellte Informationen über Versorgungsangebote in der Region
- Verbesserte **inner- und interdisziplinäre Vernetzung durch**
 - Regelmäßigen Austausch und Vernetzung innerhalb einzelner Akteur:innengruppen z.B.: GVP-Gesprächsbegleitenden, Hausärzt:innen, Koordinator:innen für ehrenamtliche Hospizbegleiter:innen, aber auch interdisziplinären Austausch beispielsweise im Rahmen von hospizlich-palliativen Netzwerktreffen (Beispielthemen: Ethikberatung i. d. Region, GVP, Resilienz von Fachkräften in der Hospizarbeit und Palliativversorgung, SAPV Angebote in der Region, Supervision, etc.), Qualitätszirkeln oder Runden Tischen
 - Geschärfte Sensibilität der verschiedenen Akteur:innen für die Perspektiven der jeweils anderen Versorgenden

Bisher ist die Mitfinanzierung der nach § 39d SGB V geförderten Hospiz- und Palliativnetzwerke ein **Alleinstellungsmerkmal** für Kommunen, weil sich bisher die Minderheit an der neuen und innovativen Fördermöglichkeit beteiligt.