

Hospizstudie 2017

Standorte und demografische Rahmenbedingungen zur
Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen

Gutachten im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums
für Soziales und Verbraucherschutz

07. Juni 2018



Initiative
zur Umsetzung der

CHARTA zur Betreuung
schwerstkranker und sterbender
Menschen in Deutschland

und ihrer
Handlungsempfehlungen

Autoren:

Ines Weinhold | Franziska Claus | Alexander Karmann |
Roman Kliemt | Danny Wende | Cornelius Plaul

Kontakt

Dipl.-Vw. Ines Weinhold
WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und
Gesundheitssystemforschung GmbH
Markt 8 | 04109 Leipzig
+49 341 39 29 40 – 10
ines.weinhold@wig2.de
www.wig2.de

Prof. Dr. Alexander Karmann
Ehrendorstand Gesundheitsökonomisches Zentrum
Seniorprofessor für Volkswirtschaftslehre
Technische Universität Dresden
+49 351 463 1670
alexander.karmann@tu-dresden.de

Hinweise: Die vorliegende Studie wurde vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) finanziert. Die Projektleitung lag in den Händen des WIG2 Instituts. Die Studie entstand unter studentischer Mitarbeit von Christopher Schrey und Tobias Schäffer (WIG2 Institut). Es wird eine sprachliche Gleichberechtigung angestrebt. Gleichwohl würde die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen die Lesbarkeit erschweren. Die in dieser Studie verwendete männliche Personenbezeichnung gilt daher jeweils auch für die weibliche Form.

Zusammenfassung

Die Hospiz- und Palliativversorgung verfolgt das Ziel, schwerstkranken und sterbenden Menschen eine möglichst selbstbestimmte letzte Lebensphase zu ermöglichen. Während die Palliativversorgung insbesondere die Behandlung physischer Symptome umfasst, zielt die Hospizversorgung auf eine Verbesserung der Lebensqualität durch die psychosoziale und spirituelle Begleitung. In diesem Zusammenhang wird die allgemeine ambulante Palliativversorgung von niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie ambulanten Pflegediensten und die allgemeine stationäre Palliativversorgung von Krankenhäusern und Pflegeheimen erbracht, während die spezielle Versorgung durch Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sowie durch Palliativdienste und Palliativstationen in Krankenhäusern geleistet wird. Ambulante Hospizdienste, die auf ehrenamtlichem Engagement basieren, sichern die Begleitung Sterbender und deren Angehörigen in der Häuslichkeit und stationären Pflegeeinrichtungen und können seit des Inkrafttretens des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland auch in Krankenhäusern tätig werden. Darüber hinaus übernehmen sie zentrale Aufgaben in der Trauerarbeit. Stationäre Hospize hingegen leisten neben der psychosozialen Begleitung auch palliative Behandlungen.

Am 8. Dezember 2015 trat das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland in Kraft, mit dem vielfältige Änderungen wie z. B. die Aufnahme des Anspruchs von gesetzlich Krankenversicherten auf Palliativversorgung, des Anspruchs auf Beratung zur Hospiz- und Palliativversorgung durch die Krankenkassen sowie die finanzielle Stärkung von ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen bewirkt wurden. Darüber hinaus sieht das Gesetz eine Stärkung der durch niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen geleisteten allgemeinen Palliativversorgung vor, indem beispielsweise Pflegeeinrichtungen zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet werden und ihren Bewohnern eine Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten können (siehe Kapitel 3.4).

Die durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz in Auftrag gegebene *Hospizstudie 2017* verfolgt das Ziel der Erstellung eines aktuellen Statusberichts zu Standorten sowie zur Bedarfsdeckung unter Berücksichtigung von Erreichbarkeiten für die ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen (siehe Kapitel 1). Dafür wird nach Landkreisen und kreisfreien Städten der aktuelle Versorgungsstand (siehe Kapitel 4) und der bis zum Jahr 2050 prognostizierte Versorgungsbedarf (siehe Kapitel 5) beschrieben. Während der Versorgungsbedarf bereits in der Hospizstudie 2013 auf Basis von mortalitätsadjustierten Empfehlungen berechnet wurde, wird in dieser Studie der Bedarf unter Verwendung aktualisierter Empfehlungen der Fachgesellschaften zusätzlich nach Versorgungsangeboten für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene getrennt ausgewiesen (siehe Kapitel 3.5, 5.1 und 5.2).

Der Bestandsaufnahme nach verfügte der Freistaat Sachsen im Jahr 2017 über insgesamt 48 ambulante Hospizdienste zur Versorgung Erwachsener und 6 ambulante Kinderhospizdienste (siehe Kapitel 4.1.1). Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist im Vergleich zum Jahr 2012 ausgebaut worden und wird nun von insgesamt 16 SAPV-Teams sowie von einem auf die speziellen Belange von Kindern und Jugendlichen ausgerichteten Brückenteam übernommen (siehe Kapitel 4.1.2). Jeder Landkreis beziehungsweise jede kreisfreie Stadt verfügt sowohl über mindestens einen ambulanten Hospizdienst als auch über mindestens ein SAPV-Team, wodurch der Bedarf an ambulanten Diensten weitestgehend gedeckt ist. Während die kreisfreie Stadt Leipzig jedoch über eine im Vergleich zum Bedarf zu geringe Anzahl an Ehrenamtlichen in ambulanten Hospizdiensten verfügt, weist der Landkreis Zwickau aktuell einen Mehrbedarf für ein weiteres SAPV-Team auf (siehe Kapitel 5.1.1). Darüber hinaus liegt der

Anteil abgeschlossener Sterbebegleitungen je Ehrenamtlichen in der kreisfreien Stadt Chemnitz und im Landkreis Leipzig etwas höher als in den anderen Landkreisen, was ebenfalls auf eine Unterkapazität an Ehrenamtlichen in ambulanten Hospizdiensten hindeuten kann (siehe Kapitel 4.1.1). Für die Jahre 2020 bis 2050 kann aufgrund der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung unter der Voraussetzung einer konstanten Anzahl an SAPV-Teams sowohl für den Freistaat Sachsen insgesamt als auch für die Landkreise und kreisfreien Städte eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV-Leistungen gewährleistet werden (siehe Kapitel 5.2.3). Jedoch zeigt sich auf Basis der durchgeführten Infrastrukturbewertung (siehe Kapitel 4.3) für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung für einige Regionen des Freistaates, darunter insbesondere der nördliche Teil des Landkreises Mittelsachsen, der nordwestliche Teil des Landkreises Meißen, Teile des Erzgebirges und des südlichen Vogtlandkreises sowie Grenzregionen des Landkreises Görlitz, ein im Vergleich schlechterer Zugang, der vornehmlich aus der nicht optimalen regionalen Verteilung der Leistungserbringer und damit aus Anfahrtswegen von mitunter über 30 Minuten Fahrtzeit resultiert. Das Prinzip der wohnortnahen ambulanten Versorgung ist somit aktuell nicht in allen Landkreisen erfüllt.

Neben den spezialisierten Versorgungsstrukturen wurden in dieser Studie erstmalig auch die durch Haus- und Kinderärzte erbrachten Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung berücksichtigt. Dabei zeigen sich zwischen den Landkreisen des Freistaates deutliche Unterschiede in den Anteilen der Gestorbenen mit allgemeiner ambulanter Palliativversorgung. Wurde im Landkreis Leipzig im Jahr 2015 bei etwa jedem zweiten Gestorbenen (47,1 Prozent) die palliativmedizinische Ersterhebung durch einen Hausarzt abgerechnet, wurde diese Leistung in der kreisfreien Stadt Chemnitz nur bei etwa jedem sechsten Verstorbenen (16,6 Prozent) erbracht. Die regionale Durchdringung ist demnach im Freistaat Sachsen bislang höchst unterschiedlich (siehe Kapitel 4.1.3). Da nach Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bis zu 90 Prozent der Versterbenden eine palliativmedizinische Versorgung benötigen, bedarf dieser Versorgungsbereich eines weiteren Ausbaus (siehe Kapitel 6.3.3).

Die stationäre Palliativversorgung wurde im Vergleich zum Jahr 2012 ausgebaut, wobei 6 neue Palliativstationen entstanden (siehe Kapitel 4.2.2). Der Freistaat Sachsen verfügt nunmehr über 30 Palliativstationen mit insgesamt 243 Betten, wobei in jedem Landkreis beziehungsweise jeder kreisfreien Stadt mindestens eine Palliativstation mit 6 Betten vorgehalten wird. Das größte Angebot weisen die kreisfreien Städte Dresden (41 Betten), Leipzig (32 Betten) und Chemnitz (23 Betten) auf. Daneben sind in 26 sächsischen Krankenhäusern palliativmedizinische Konsiliardienste tätig, von denen 8 ausschließlich beratende Funktionen übernehmen (siehe Kapitel 4.2.3).

Darüber hinaus gab es im April 2018 insgesamt 11 stationäre Hospize mit 133 Betten, darunter das Kinderhospiz im Landkreis Leipzig mit 10 Betten. Hinsichtlich der stationären Hospizversorgung ergab die Bedarfsrechnung einen quantitativen Mehrbedarf an Hospizbetten in der kreisfreien Stadt Dresden sowie in den Landkreisen Bautzen, Zwickau, Leipzig, Nordsachsen, Sächsische Schweiz/Osterzgebirge und dem Erzgebirgskreis (siehe Kapitel 5.1.2), wobei einige Landkreise teilweise durch Hospize anliegender Landkreise mitversorgt werden. Ein grundsätzlicher Mehrbedarf wurde sowohl durch die Infrastrukturbewertung als auch die durchgeführten Experteninterviews bestätigt, wobei den befragten Experten zufolge die nicht ausreichenden Hospizkapazitäten mitunter einen Versorgungsrückstau auf Palliativstationen bewirken. Die Infrastrukturbewertung zeigt, dass aktuell die Hospizkapazitäten innerhalb der Landkreise zudem nicht optimal verteilt sind, da im Status quo vor allem im Norden des Freistaates sowie in den Grenzregionen zu Tschechien ein in Hinblick auf die Erreichbarkeit schlechterer Zugang besteht (siehe Kapitel 4.3.1). In Torgau befindet sich aktuell ein weiteres Hospiz im Bau, durch welches sich eine Entspannung der aktuellen Versorgungslücke im Landkreis Nordsachsen ergäbe. Jedoch würde erst die Inbetriebnahme der aktuell geplanten

Hospize (in Dresden sowie den Landkreisen Bautzen und Görlitz) eine annähernde Deckung des Versorgungsbedarfs erreichen.

Die Bedarfsprognose (siehe Kapitel 5.2) zeigt für alle spezialisierten Versorgungsbereiche auf Ebene des Freistaates Sachsen aufgrund des demografischen Wandels eine Zunahme des Bedarfs bis zum Jahr 2030, wobei sich regionale Unterschiede zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten zeigen. Bleibt der Bedarf in ländlicheren Gebieten bis 2030 eher konstant, ist die insgesamt für Sachsen berechnete Bedarfssteigerung aufgrund positiver Wanderungssalden vornehmlich durch einen zusätzlichen Bedarf in den Städten Leipzig und Dresden begründet. In diesen beiden kreisfreien Städten sowie dem Leipziger Umland steigt der Bedarf auch darüber hinaus bis zum Jahr 2050, während in der Mehrheit der Landkreise und im Freistaat Sachsen insgesamt nach 2030 ein sinkender Bedarf prognostiziert werden kann. Bezogen auf die ambulante Hospizversorgung für Kinder und Jugendliche zeigt sich für Sachsen insgesamt ein zunehmender Bedarf bis zum Jahr 2050.

Der Vergleich der Versorgungsangebote mit denen der anderen Bundesländer (siehe Kapitel 6.1) weist für Sachsen ein gutes Hospiz- und Palliativversorgungsangebot aus, wobei der Freistaat insbesondere im Bereich der Palliativstationen über eine im deutschlandweiten Vergleich überdurchschnittliche Versorgungslage verfügt (siehe Kapitel 6.1.5). Hinsichtlich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung liegt Sachsen etwa im bundesweiten Durchschnitt (siehe Kapitel 6.1.4). Der Freistaat weist jedoch mit 1.028 Sterbefällen je ambulantem Hospizdienst deutlich mehr Sterbefälle auf als die Dienste im deutschlandweiten Vergleich (752) (siehe Kapitel 6.1.3). Der Vergleich muss jedoch vor der Einschränkung bewertet werden, dass die quantitative Ausstattung mit Ehrenamtlichen je Dienst, die beispielsweise in Sachsen erheblich variiert, bundesweit nicht bekannt ist. Darüber hinaus ist im Freistaat bezogen auf 1 Million Einwohner eine unterdurchschnittliche Anzahl an in Palliativmedizin weitergebildeten Fachärzten tätig (siehe Kapitel 6.1.1). Insgesamt ist der Bundesländervergleich in Folge der zwischen den Bundesländern heterogenen Datengrundlagen deutlichen Limitationen unterworfen, weswegen die Studie die Errichtung einer konsistenten und stets aktuellen (amtlichen) Datenbasis empfiehlt, um Transparenz bezüglich des Ausbaustandes der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland insgesamt und den einzelnen Bundesländern zu erreichen.

In einer qualitativen Analyse auf Basis von leitfadengestützten Experteninterviews (siehe Kapitel 6.2.1) und standardisierten Befragungen (siehe Kapitel 6.2.2) wurden besondere Bedarfe, die bei der Versorgung von durch die *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbenden Menschen in Deutschland* definierten Personengruppen entstehen, der Vernetzungsstand von Akteuren der Hospiz- und Palliativversorgung, Angebote der Trauerbewältigung und der Bedarf von Angehörigen und Trauernden, der Bedarf Ehrenamtlicher, der Fort- und Weiterbildungsstand von in der Hospiz- und Palliativversorgung Tätigen sowie die palliativen und hospizlichen Angebote von stationären Pflegeheimen adressiert.

Hinsichtlich der ambulanten Hospizversorgung (siehe Kapitel 6.2.1.1) wiesen die befragten Experten zum einen darauf hin, dass ambulante Hospizdienste häufig noch zu spät in die Versorgung Sterbender eingebunden seien, sich Herausforderungen in der Gewinnung von Ehrenamtlichen gegenübersehen sowie Trauerangebote vorhielten, die zunehmend auch Angehörige von nicht durch den Dienst sterbebegleiteten Verstorbenen in Anspruch nehmen würden. Die Krankenkassenförderung für ambulante Hospizdienste habe sich seit dem Inkrafttreten des Hospiz- und Palliativgesetzes erhöht, sodass von der Mehrheit der ambulanten Hospizdienste zur Versorgung Erwachsener die Förderung des Freistaates Sachsen für die derzeit erbrachten Leistungen nicht mehr benötigt werde. Gleichwohl erfordere die spezielle Situation der Kinderhospizdienste (siehe Kapitel 6.2.1.3), die geringe Fallzahlen und mitunter deutlich weitere Anfahrtswege aufweisen, die Landesförderung weiterhin. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Studie, die Landesförderung für ambulante Kinderhospizdienste beizubehalten.

Darüber hinaus sollte überprüft werden, ob auch ambulante Hospizdienste zur Versorgung Erwachsener, die in ländlichen Gebieten die bedarfsgerechte Sterbe- und Trauerbegleitung sicherstellen, die Landesförderung weiterhin benötigen, wenn diese aufgrund geringer Fallzahlen keine ausreichende Finanzierung durch die Krankenkassen erhalten. Überdies kann die Landesförderung eine adäquate Finanzierungsoption für den Erhalt und den Ausbau von Trauerangeboten, insbesondere in Hinblick auf bislang kaum verfügbare Angebote, beispielsweise für Jugendliche und junge Erwachsene sowie verwaiste Großeltern, darstellen.

Im Bereich der stationären Hospize leistete die Landesförderung ebenfalls einen wirksamen Beitrag zum notwendigen Ausbau des Versorgungsangebots. Zugleich erfuhren auch die stationären Hospize durch das Hospiz- und Palliativgesetz eine finanzielle Besserstellung. Es wird daher vorgeschlagen, die Landesförderung nur für den weiteren Ausbau bedarfsgerechter stationärer Hospizkapazitäten beizubehalten, zukünftig punktuell zu vergeben und aus Steuerungsgründen an eine Bedarfsanalyse zu knüpfen (siehe Kapitel 6.3.2). Die befragten Experten wiesen darüber hinaus insbesondere auf qualitative Unterschiede zwischen den Leistungserbringern der SAPV und zwischen Palliativstationen sowie auf einen Ausbaubedarf im Bereich der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und in der Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen hin (siehe Kapitel 6.2.1.4).

Aus den Befragungen konnten aufgrund einer sehr hohen Teilnahmequote (68,8 Prozent bei den ambulanten Hospizdiensten zur Versorgung Erwachsener beziehungsweise 100 Prozent bei den ambulanten Kinderhospizdiensten) insbesondere für die ambulanten Hospizdienste weitere Informationen gewonnen werden (siehe Kapitel 6.2.2.1). So gaben die Dienste mehrheitlich an, Sterbebegleitungen sofort anbieten zu können, was die Informationen aus den Bedarfsrechnungen sowie den Experteninterviews, wonach in den meisten Regionen keine Kapazitätsprobleme bestehen, stützt. Zudem wären alle Hospizdienste wie auch die anderen Leistungserbringer der spezialisierten Versorgung (Hospize, SAPV, Palliativstationen) mit anderen an der Hospiz- und Palliativversorgung teilnehmenden Leistungserbringern vernetzt. Von den von der *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland* definierten Personengruppen werden im Freistaat Sachsen vornehmlich Menschen mit Demenz sowie – insbesondere im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen – Patienten mit geistiger Behinderung behandelt, während die Sterbebegleitung von Menschen mit Migrationshintergrund aktuell noch eine untergeordnete Rolle spiele.

Auch die Befragungsergebnisse der Hospize (siehe Kapitel 6.2.2.3) weisen, im Einklang mit den Bedarfsrechnungen, Infrastrukturbewertungen sowie Experteninterviews auf Kapazitätsprobleme in diesem Versorgungsbereich hin, da diese mehrheitlich eine Wartezeit aufweisen. Aufgenommene Bewohner werden jedoch offensichtlich bedarfsgerecht versorgt, da die Hospize im Freistaat Sachsen die durch die Rahmenvereinbarung nach Paragraph 39a Absatz 1 Satz 4 SGB V definierten Personalvorgaben übererfüllen und mitunter ausschließlich in Palliative Care weitergebildete Pflegekräfte beschäftigen.

Bei den stationären Pflegeheimen (siehe Kapitel 6.2.2.5) kann aufgrund der geringen Rücklaufquote ein Selektionsbias bestehen, sodass die Ergebnisse nur als Tendenz interpretiert werden können. Alle der teilnehmenden Einrichtungen verfügen über ein schriftliches Konzept zur Hospiz- und Palliativversorgung, etwa 80 Prozent bieten eine seelsorgerische Betreuung von Sterbenden an und in einem Drittel der Einrichtungen können Bewohner bereits eine durch das Hospiz- und Palliativgesetz intendierte Versorgungsplanung in Anspruch nehmen. Darüber hinaus arbeiten nahezu alle mit SAPV-Teams zusammen, wenngleich unklar ist, ob diese auch zum richtigen Zeitpunkt und damit bedarfsgerecht in den Versorgungsprozess eingebunden werden. Entgegen der durch das Hospiz- und Palliativgesetz in Kraft getretenen Verpflich-

tung zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten sind von den an der Befragung teilnehmenden Pflegeeinrichtungen erst etwa zwei Drittel mit ambulanten Hospizdiensten vernetzt.

Die Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung (siehe Kapitel 6.3) stützen sich auf die durchgeführte Bedarfsrechnung und -prognose, die Infrastrukturbewertung, den Bundesländervergleich sowie insbesondere auf die Befragungen der Leistungserbringer und die Experteninterviews. Auf dieser Basis identifiziert die Studie insbesondere im Bereich der allgemeinen Palliativversorgung einen dringenden Handlungsbedarf. Um die palliative und hospizliche Haltung in alle an der Versorgung Sterbender beschäftigten Leistungsbereiche zu integrieren, ist die Verpflichtung aller an der Hospiz- und Palliativversorgung teilnehmenden Einrichtungen zum Vorhalten eines qualitätsgesicherten, transparenten Konzepts zu empfehlen. Darüber hinaus sollten die bereits bestehenden regionalen Netzwerktreffen in alle Regionen des Freistaates übernommen werden, wobei insbesondere auch Leistungserbringer der allgemeinen Palliativversorgung einzubeziehen sind. Hinsichtlich der spezialisierten Versorgung liegt der Handlungsbedarf hingegen im Bereich der Versorgungssteuerung, um zu gewährleisten, dass die richtige Versorgung zum richtigen Zeitpunkt erfolgt. Hierfür sind konsentiertere Kriterien hinsichtlich des Erkrankungsspektrums und Symptomgeschehens notwendig, um Patienten gezielt, in den ihren Bedarfen entsprechenden Versorgungseinrichtungen behandeln zu können. Wenngleich seit Inkrafttreten des Hospiz- und Palliativgesetzes gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf Beratung zur Hospiz- und Palliativversorgung durch die Krankenkassen haben, sollten Aufgaben der Versorgungssteuerung und Koordination durch einzurichtende unabhängige, regional tätige Hospiz- und Palliativbeauftragte übernommen werden, die daneben weitere Aufgaben wie den Ausbau der Vernetzung und der Öffentlichkeitsarbeit zur Gewinnung neuer Ehrenamtlicher übernehmen können.

Die Studie leitete darüber hinaus weitere, einrichtungsspezifische Handlungsempfehlungen ab, wobei in diesem Zusammenhang der größte kurzfristige Handlungsbedarf im weiteren Ausbau der stationären Hospizkapazitäten gesehen wird. Die Landespolitik sollte darauf hinwirken, dass auch die aktuell in Planung befindlichen Hospize zeitnah errichtet werden, um eine bedarfsgerechte hospizliche Versorgung sterbender und schwerstkranker Menschen im Freistaat Sachsen sicherzustellen.

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangssituation und Zielsetzung	19
2	Datengrundlagen.....	21
3	Grundlagen der Hospiz- und Palliativversorgung	23
3.1	Hospizversorgung	24
3.2	Palliativversorgung	25
3.3	Zusammenwirken der Institutionen der Hospiz- und Palliativversorgung	27
3.4	Aktuelle Entwicklungen in der Hospiz- und Palliativversorgung	29
3.5	Benchmarks für die Versorgung	33
3.6	Effektivität verschiedener Versorgungsformen	35
4	Bestandsaufnahme der Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen	38
4.1	Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung	38
4.1.1	Ambulante Hospizdienste	39
4.1.2	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung	43
4.1.3	Allgemeine ambulante Palliativversorgung	45
4.2	Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung	48
4.2.1	Stationäre Hospize	49
4.2.2	Palliativstationen	51
4.2.3	Palliativmedizinische Konsiliardienste in Krankenhäusern	53
4.3	Infrastrukturbewertung	54
4.3.1	Potentieller Zugang	55
4.3.2	Realisierter Zugang	71
4.4	Vergleich präferierter und realisierter Sterbeorte	73
4.5	Morbidität der Verstorbenen	74
5	Bedarfsberechnung und -prognose.....	78
5.1	Bedarfsrechnung im Status quo	78
5.1.1	Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung	79
5.1.2	Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung	85
5.2	Bedarfsprognose auf Kreisebene	90
5.2.1	Bevölkerungsprognose	90
5.2.2	Prognose der Gestorbenen für das Berechnungsmodell des zukünftigen Versorgungsbedarfs	91
5.2.3	Bedarfsprognose ambulante Hospiz- und Palliativversorgung	94
5.2.4	Bedarfsprognose stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen	97
6	Bewertung der hospizlichen und palliativen Versorgungsstrukturen Sachsens	101

6.1	Versorgungsangebote im Ländervergleich	101
6.1.1	Ärzte mit palliativmedizinischer Zusatzweiterbildung	101
6.1.2	Allgemeine ambulante Palliativversorgung	102
6.1.3	Ambulante Hospizdienste	104
6.1.4	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	105
6.1.5	Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene	107
6.1.6	Zwischenfazit	110
6.2	Primärdatenbasierte Bewertung	111
6.2.1	Experteninterviews	111
6.2.1.1	Zum Status quo und zur Entwicklung in der Hospizversorgung seit 2013	113
6.2.1.2	Zum Status quo und zur Entwicklung in der Palliativversorgung seit 2013	117
6.2.1.3	Zur Palliativ- und Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen	121
6.2.1.4	Zur Palliativ- und Hospizversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen	122
6.2.1.5	Zwischenfazit	124
6.2.2	Standardisierte Befragungen der Leistungserbringer	125
6.2.2.1	Ambulante Hospizdienste	125
6.2.2.2	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung	133
6.2.2.3	Stationäre Hospize	135
6.2.2.4	Palliativstationen	138
6.2.2.5	Stationäre Pflegeeinrichtungen	141
6.3	Handlungserfordernisse und -empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung	145
6.3.1	Versorgungsstrukturen-übergreifender Handlungsbedarf	145
6.3.2	Zur Hospizversorgung von Erwachsenen	148
6.3.3	Zur Palliativversorgung von Erwachsenen	154
6.3.4	Zur Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen	157
6.3.5	Zur Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ...	158
7	Fazit	163
8	Anhang	169
8.1	Aktuelle Standorte der Hospiz- und Palliativeinrichtungen	169
8.2	Zentrale Empfehlungen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland	175
8.3	Literaturanalyse zur Effektivität verschiedener Versorgungsformen	178
8.4	Literaturanalyse zu präferierten und realisierten Sterbeorten	182

8.5	Bevölkerungsprognose.....	185
8.6	Interviewleitfäden	185
8.7	Fragebögen.....	192
8.8	Karten	227
8.8.1	Bevölkerung.....	227
8.8.2	Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2017	242
8.8.3	Steckbriefe der Regionen Chemnitz, Dresden und Leipzig	248
8.8.4	Steckbriefe der Landkreise und kreisfreien Städte Sachsens.....	251
Literaturverzeichnis		264

Verzeichnis der Bedarfsberechnungen

Box 1: Methodik zur Berechnung des Bedarfs an Ehrenamtlichen in ambulanten Hospizdiensten.....	80
Box 2: Methodik zur Berechnung des SAPV-Bedarfs	83
Box 3: Methodik zur Berechnung des Bedarfs an Hospiz- und Palliativbetten	86
Box 4: Methodik zur Berechnung des Jugendquotienten	92
Box 5: Methodik zur Berechnung des prognostizierten Bedarfs an ambulanter Hospiz- und Palliativversorgung	94
Box 6: Methodik zur Berechnung des prognostizierten Bedarfs an Hospiz- und Palliativbetten.....	97

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aktuelle Palliativ- und Hospizangebote in Sachsen.....	23
Tabelle 2: Konkrete Änderungen für die Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung infolge der Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes	31
Tabelle 3: Richtwerte zum Bedarf an Hospiz- und Palliativversorgung	34
Tabelle 4: Ambulante Dienste der Palliativ- und Hospizversorgung im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2017	38
Tabelle 5: Ambulante Hospizdienste im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2011 und 2017.....	39
Tabelle 6: Anzahl von Ehrenamtlichen und Sterbebegleitungen in ambulanten Hospizdiensten für Erwachsene im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2016	40
Tabelle 7: Anzahl von Ehrenamtlichen und Sterbebegleitungen in ambulanten Hospizdiensten für Kinder und Jugendliche im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2016	41
Tabelle 8: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2011 und 2017	43
Tabelle 9: Anzahl von spezialisiert ambulant versorgten Verstorbenen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2016	44
Tabelle 10: Erwachsene mit von Hausärzten erbrachter allgemeiner ambulanter Palliativversorgung nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2015 und 2016, absolut und relativ an den gestorbenen Erwachsenen des Jahres 2015.....	46
Tabelle 11: Kinder und Jugendliche mit von Kinderärzten erbrachter allgemeiner ambulanter Palliativversorgung nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2015 und 2016, absolut und relativ an den gestorbenen Kindern und Jugendlichen des Jahres 2015	47
Tabelle 12: Anzahl stationärer Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten	48
Tabelle 13: Stationäre Hospize im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2012 und 2018.....	49

Tabelle 14: Anzahl von im Hospiz verstorbenen Erwachsenen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2016	50
Tabelle 15: Palliativstationen im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2012 und 2017	51
Tabelle 16: Anzahl von auf einer Palliativstation verstorbenen Erwachsenen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2016	52
Tabelle 17: Palliativmedizinische Konsiliardienste in Krankenhäusern des Freistaates Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2017	53
Tabelle 18: Gestorbene im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2015	79
Tabelle 19: Ehrenamtliche in AHD für Erwachsene im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2017	81
Tabelle 20: Ehrenamtliche in AHD für Kinder und Jugendliche im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2017	82
Tabelle 21: SAPV- Dienste im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2017	84
Tabelle 22: Bettenzahlen der stationären Hospize für Erwachsene im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2017	88
Tabelle 23: Bettenzahlen der stationären Hospize für Kinder und Jugendliche im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2017	89
Tabelle 24: Bettenzahlen der Palliativstationen im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2017	90
Tabelle 25: Prognostizierte Anzahl der Gestorbenen im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten für die Jahre 2020 - 2050	91
Tabelle 26: Prognostizierte Anzahl der Gestorbenen im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten für die Jahre 2020 - 2050	93
Tabelle 27: Prognose des Bedarfs an Ehrenamtlichen der ambulanten Hospizdienste in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung	95
Tabelle 28: Prognose des Bedarfs an Ehrenamtlichen der ambulanten Kinderhospizdienste in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung	96
Tabelle 29: Prognose des Bedarfs an SAPV-Teams in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung	97
Tabelle 30: Prognose des Bedarfs an Hospizbetten für Erwachsene in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung	98
Tabelle 31: Prognose des Bedarfs an stationären Palliativbetten in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung	99
Tabelle 32: Prognose des Bedarfs an Hospizbetten für Kinder und Jugendliche in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung	100
Tabelle 33: Ärzte mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin in den Bundesländern, 2016	101

Tabelle 34: Anzahl der AAPV-Verordnungen je 100.000 GKV-Versicherter in den Bundesländern nach Art der Leistungserbringung, 2016	103
Tabelle 35: Anzahl der ambulanten Hospizdienste in den Bundesländern, 2015	104
Tabelle 36: SAPV-Teams und SAPV-Deckungsquote in den Bundesländern, 2018	106
Tabelle 37: Anzahl und Betten in stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen in den Bundesländern	108
Tabelle 38: Experteninterviews auf Landesebene	112
Tabelle 39: Experteninterviews, Leistungserbringer	113
Tabelle 40: Experteninterviews, Ausbilder	113
Tabelle 41: Zentrale, aus der Studie abgeleitete Handlungserfordernisse und -empfehlungen	165
Tabelle 42: Standorte der 48 ambulanten Hospizdienste in Sachsen	169
Tabelle 43: Standorte der 6 ambulanten Kinderhospizdienste in Sachsen	171
Tabelle 44: Standorte der 10 stationären Hospize für Erwachsene in Sachsen	172
Tabelle 45: Standort des stationären Kinderhospizes in Sachsen	172
Tabelle 46: Standorte der 30 Palliativstationen in Sachsen	173
Tabelle 47: Standorte der 16 SAPV-Teams in Sachsen	174
Tabelle 48: Standort des SAPPV-Teams in Sachsen	175
Tabelle 49: Zentrale Empfehlungen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland	175
Tabelle 50: Literaturanalyse in PubMed zur Bewertung der Effektivität von Versorgungsformen	178
Tabelle 51: Studien zur Effektivität von palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsangeboten	180
Tabelle 52: Ausgewählte Studien zu Präferenzen von Menschen hinsichtlich des Sterbeortes und Vergleich zu tatsächlichen Sterbeorten	182
Tabelle 53: Bevölkerungsprognose 2020 bis 2050 nach Landkreisen und kreisfreien Städten (in 1.000)	185
Tabelle 54: Einrichtungen in der Region Chemnitz	248
Tabelle 55: Merkmale der Region Chemnitz	248
Tabelle 56: Einrichtungen in der Region Dresden	249
Tabelle 57: Merkmale der Region Dresden	249
Tabelle 58: Einrichtungen in der Region Leipzig	250
Tabelle 59: Merkmale der Region Leipzig	250
Tabelle 60: Einrichtungen in der kreisfreien Stadt Chemnitz	251
Tabelle 61: Merkmale der kreisfreien Stadt Chemnitz	251
Tabelle 62: Einrichtungen im Landkreis Erzgebirgskreis	252
Tabelle 63: Merkmale des Landkreises Erzgebirgskreis	252

Tabelle 64: Einrichtungen im Landkreis Mittelsachsen	253
Tabelle 65: Merkmale des Landkreises Mittelsachsen.....	253
Tabelle 66: Einrichtungen im Landkreis Vogtlandkreis	254
Tabelle 67: Merkmale des Landkreises Vogtlandkreis	254
Tabelle 68: Einrichtungen im Landkreis Zwickau	255
Tabelle 69: Merkmale des Landkreises Zwickau	255
Tabelle 70: Einrichtungen in der kreisfreien Stadt Dresden	256
Tabelle 71: Merkmale der kreisfreien Stadt Dresden	256
Tabelle 72: Einrichtungen im Landkreis Bautzen	257
Tabelle 73: Merkmale des Landkreises Bautzen	257
Tabelle 74: Einrichtungen im Landkreis Görlitz.....	258
Tabelle 75: Merkmale des Landkreises Görlitz	258
Tabelle 76: Einrichtungen im Landkreis Meißen	259
Tabelle 77: Merkmale des Landkreises Meißen	259
Tabelle 78: Einrichtungen im Landkreis Sächsische Schweiz / Osterzgebirge.....	260
Tabelle 79: Merkmale des Landkreises Sächsische Schweiz / Osterzgebirge	260
Tabelle 80: Einrichtungen in der kreisfreien Stadt Leipzig	261
Tabelle 81: Merkmale der kreisfreien Stadt Leipzig	261
Tabelle 82: Einrichtungen im Landkreis Leipzig.....	262
Tabelle 83: Merkmale des Landkreises Leipzig	262
Tabelle 84: Einrichtungen im Landkreis Nordsachsen	263
Tabelle 85: Merkmale des Landkreises Nordsachsen	263

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ereignisgesteuerte Prozesskette der Hospiz- und Palliativversorgung	28
Abbildung 2: Durch AHD betreute Personen nach Altersgruppen und in stationären Einrichtungen, 2015	42
Abbildung 3: Mietkosten der AHD nach Raumkategorie, 2015	42
Abbildung 4: Entfernung zwischen Standort des AHD und Ort der Sterbebegleitung, 2015	72
Abbildung 5: Fahrtkosten der AHD nach Raumkategorien, 2015.....	72
Abbildung 6: Verteilung tatsächlicher Sterbeorte in der sächsischen Bevölkerung im Jahr 2016 (Erwachsene)	73
Abbildung 7: Häufigste Erkrankungen der im Hospiz im Jahr 2016 Verstorbenen	75
Abbildung 8: Häufigste Erkrankungen der auf einer Palliativstation im Jahr 2016 Verstorbenen.....	76

Abbildung 9: Häufigste Erkrankungen der im Pflegeheim im Jahr 2016 Verstorbenen	76
Abbildung 10: Psychische Erkrankungen von im Jahr 2016 Verstorbenen	77
Abbildung 11: Ärzte mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin je 1 Mio. Einwohner in den Bundesländern, 2016	102
Abbildung 12: Anzahl der AAPV-Verordnungen je 100.000 GKV-Versicherter in den Bundesländern nach Art der Leistungserbringung, 2016	103
Abbildung 13: Einwohner und Sterbefälle je AHD nach Bundesländern	105
Abbildung 14: Ist- und Soll-SAPV-Deckungsgrad in den Bundesländern, 2018	106
Abbildung 15: Rangfolge der Bundesländer nach Betten auf Palliativstationen und in stationären Hospizen je 1 Mio. Einwohner, 2016	109
Abbildung 16: Rangfolge der Bundesländer nach Betten in stationären Hospizen je 1 Mio. Einwohner, 2016	109
Abbildung 17: Rangfolge der Bundesländer nach Betten auf Palliativstationen je 1 Mio. Einwohner, 2016	110
Abbildung 18: Kooperationen der ambulanten Hospizdienste mit anderen Einrichtungen und Diensten	127
Abbildung 19: Kooperationen der ambulanten Kinderhospizdienste mit anderen Einrichtungen und Diensten	128
Abbildung 20: Anteil der ambulanten Hospizdienste für Erwachsene, die Menschen mit besonderem Versorgungsaufwand begleiten	129
Abbildung 21: Anteil der ambulanten Hospizdienste für Kinder und Jugendliche, die Menschen mit besonderem Versorgungsaufwand begleiten	130
Abbildung 22: Trauerangebote der Hospizdienste für Erwachsene	131
Abbildung 23: Trauerangebote der Kinderhospizdienste	132
Abbildung 24: Kooperationen der SAPV-Teams mit anderen Einrichtungen und Diensten	134
Abbildung 25: Altersstruktur der in den stationären Hospizen versorgten Personen	137
Abbildung 26: Kooperationen der Palliativstationen mit anderen Einrichtungen und Diensten	140
Abbildung 27: Palliativmedizinische und hospizliche Versorgungsangebote von Altenpflegeheimen	142
Abbildung 28: Kooperationen der Altenpflegeheime mit anderen Einrichtungen und Diensten	143
Abbildung 29: Trauerangebote der Altenpflegeheime	144

Kartenverzeichnis

Karte 1: Minimale potentielle Wegezeit SAPV	56
Karte 2: Minimale potentielle Wegezeit AHD	57
Karte 3: Minimale potentielle Wegezeit zu stationären Hospizen	58
Karte 4: Minimale potentielle Wegezeit zu stationären Hospizen, inkl. im Bau befindliches Hospiz in Torgau.....	59
Karte 5: Minimale potentielle Wegezeit zu stationären Hospizen, inkl. geplante Hospize	60
Karte 6: Minimale potentielle Wegezeit zu Palliativstationen	61
Karte 7: Anteil der Bevölkerung mit Wegezeit AHD (oben) und SAPV (unten) unter 30 Minuten	62
Karte 8: Anteil der Bevölkerung mit Wegezeit Hospiz unter 60 Minuten (oben) und Palliativstationen unter 30 Minuten (unten).....	63
Karte 9: Verstorbene Erwachsene je Landkreis und kreisfreier Stadt zu der Anzahl an SAPV-Diensten je Landkreis und kreisfreier Stadt.....	64
Karte 10: Verstorbene Erwachsene je Landkreis und kreisfreier Stadt zu der Anzahl an Ehrenamtlichen im AHD je Landkreis und kreisfreier Stadt.....	65
Karte 11: Verstorbene Erwachsene je Landkreis und kreisfreier Stadt zu der Anzahl an Betten im Hospiz je Landkreis und kreisfreier Stadt.....	66
Karte 12: Verfügbarkeit SAPV (verstorbene Erwachsene je SAPV).....	67
Karte 13: Verfügbarkeit AHD (verstorbene Erwachsene je Ehrenamtlichen im AHD)	68
Karte 14: Erreichbarkeitsgewichtete Belastung je Hospizbett	69
Karte 15: Erreichbarkeitsgewichtete Belastung je Hospizbett, inkl. im Bau befindliches Hospiz in Torgau	70
Karte 16: Erreichbarkeitsgewichtete Belastung je Hospizbett, inkl. geplante Hospize.....	71
Karte 17: Einzugsbereiche (Radius 120 km) der SAPPV-Teams in Dresden, Amberg und Jena	85
Karte 18: Bevölkerung in den Gemeinden Sachsens, 2015.....	228
Karte 19: Einwohnerdichte in den Gemeinden Sachsens, 2015	229
Karte 20: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2015	230
Karte 21: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2020	231
Karte 22: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2030	232
Karte 23: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2050	233
Karte 24: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2015	234
Karte 25: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2020	235

Karte 26: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2030	236
Karte 27: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2050	237
Karte 28: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2015	238
Karte 29: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2020	239
Karte 30: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2030	240
Karte 31: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2050	241
Karte 32: Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen, 2017	242
Karte 33: Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen, 2018.....	243
Karte 34: Krankenhäuser in Sachsen, 2016	244
Karte 35: Palliativmedizinische Konsiliardienste in Sachsen, 2017	245
Karte 36: Kinderhospiz- und -palliativversorgung in Sachsen, 2017	246
Karte 37: Geplante Hospize in Sachsen, April 2018	247
Karte 38: Steckbrief der Region Chemnitz.....	248
Karte 39: Steckbrief der Region Dresden	249
Karte 40: Steckbrief der Region Leipzig	250
Karte 41: Steckbrief der kreisfreien Stadt Chemnitz	251
Karte 42: Steckbrief des Landkreises Erzgebirgskreis	252
Karte 43: Steckbrief des Landkreises Mittelsachsen.....	253
Karte 44: Steckbrief des Landkreises Vogtlandkreis	254
Karte 45: Steckbrief des Landkreises Zwickau	255
Karte 46: Steckbrief der kreisfreien Stadt Dresden	256
Karte 47: Steckbrief des Landkreises Bautzen	257
Karte 48: Steckbrief des Landkreises Görlitz	258
Karte 49: Steckbrief des Landkreises Meißen	259
Karte 50: Steckbrief des Landkreises Sächsische Schweiz / Osterzgebirge	260
Karte 51: Steckbrief der kreisfreien Stadt Leipzig	261
Karte 52: Steckbrief des Landkreises Leipzig	262
Karte 53: Steckbrief des Landkreises Nordsachsen	263

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
AHD	Ambulante Hospizdienste
AKHD	Ambulante Kinderhospizdienste
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
aOR	Adjusted Odds Ratio
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag - Ärzte
CI	Confidence Interval / Konfidenzintervall
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups
EAPC	European Association of Palliative Care
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FRL	Förderrichtlinie
GBE-Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HKP	Häusliche Krankenpflege
HPG	Hospiz- und Palliativgesetz
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KV	Kassenärztlichen Vereinigung
LDS	Landesdirektion Sachsen
LVHP	Landesverband Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V.
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MIV	Motorisierter Individualverkehr
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKV	Private Krankenversicherung
SAPPV	Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SB	Sterbebegleitung
SGB	Sozialgesetzbuch
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
VZÄ	Vollzeitäquivalent
ZE	Zusatzentgelt
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

1 Ausgangssituation und Zielsetzung

Das Ziel der Palliativmedizin und Hospizarbeit besteht darin, unheilbar erkrankten Menschen in der letzten Lebensphase ein selbstbestimmtes und würdiges Leben ohne Schmerzen und damit eine bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen (BMG 2016b). Wenngleich sich die meisten Menschen wünschen, in vertrauter Umgebung zu Hause zu sterben (Schindler 2006; Hügler 2011; Escobar Pinzon et al. 2013), verbringt die Mehrheit der Menschen die Zeit kurz vor ihrem Tod in stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern und Pflegeheimen (BMG 2016b). Ein flächendeckendes Angebot an ambulanten Palliativ- und Hospizdiensten kann schwerstkranke Menschen unterstützen, dem Wunsch nach einem selbstbestimmten Sterben zu Hause nachzukommen. Darüber hinaus muss auch im stationären Bereich eine ausreichende, qualitativ hochwertige Palliativmedizin und Hospizarbeit sicherstellen, dass ein Sterben in Würde und ohne Schmerzen möglich ist. Die bis vor wenigen Jahren in Deutschland existierende Versorgungslücke wurde durch den massiven Ausbau der palliativmedizinischen und hospizlichen Infrastruktur in den letzten zehn Jahren stark verringert.

Die „Hospizstudie 2013“ im Auftrag des Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS), die für den Freistaat Sachsen eine Bestandserhebung sowie eine Prognose des Bedarfs für die Palliativmedizin und Hospizversorgung bis zum Jahr 2050 vorlegte, zeigte, dass im Jahr 2012 insbesondere die stationäre Palliativversorgung in Sachsen bereits gut ausgebaut war, da mit Ausnahme des Landkreises Nordsachsen alle Kreise mindestens über eine Palliativstation verfügten. Ausbaubedarf sah die Studie im Bereich der ambulanten Hospizversorgung sowie der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (Karmann et al. 2014). Das im Dezember 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)) soll insbesondere den Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen bewirken. Die Dringlichkeit ist dabei in Sachsen insofern besonders hoch, als dass das Durchschnittsalter mit 46,6 Jahren, der Altenquotient¹ mit 43,0 Prozent und der Anteil der Personen über 80 Jahre an der Gesamtbevölkerung mit 7,2 Prozent im deutschlandweiten Vergleich² besonders hoch liegt (Statistisches Bundesamt 2017c; Statista 2017; Statistisches Bundesamt 2015), und somit auch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten mit überdurchschnittlich vielen Sterbefällen in Sachsen zu rechnen ist.

Mit dem Ziel einer Aktualisierung der Evaluation zu Bestand an Versorgungsangeboten, regionaler Bedarfsdeckung und der Bedarfsprognose für die Palliativ- und Hospizversorgung im Freistaat Sachsen sowie der unter Beachtung des HPG zu berücksichtigenden inhaltlichen und institutionellen Weiterentwicklung der Hospizstudie 2013 hat das SMS die Erstellung der „Zweiten Fortschreibung zur ‚Studie zu Standorten und demografischen Rahmenbedingungen zur Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen‘ (Hospizstudie 2017)“ ausgeschrieben.

¹ Der Altenquotient bezeichnet den Anteil der Über-65-Jährigen an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20 bis unter 65 Jahre). Vergleiche Statistisches Bundesamt 2017e, Statistisches Jahrbuch 2017: Bevölkerung, Familien, Lebensformen, S. 74, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile.

² In Deutschland lag das Durchschnittsalter im Jahr 2015 bei 44,2 Jahre, der Altenquotient bei 34,7 Prozent und der Anteil der Über-80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung bei 5,8 Prozent.

Die Hospizstudie 2017 verfolgt konkret die folgenden Ziele:

- Aktualisierung des Statusberichts zu räumlichen Standorten, demografischen Rahmenbedingungen und auf Kreisebene prognostiziertem Bedarf für Hospiz- und Palliativangebote im Freistaat Sachsen sowie Vergleich der aktuellen mit den in der Hospizstudie 2013 ausgewiesenen Versorgungsstrukturen
- Inhaltliche Weiterentwicklung der Hospizstudie 2013 unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse und Empfehlungen der Fachgesellschaften, neuer Institutionen und Rahmenbedingungen wie der durch das HPG veränderten Finanzierung von ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen sowie unter Berücksichtigung von Erreichbarkeiten der spezialisierten Strukturen, von palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsangeboten in stationären Pflegeeinrichtungen und von Angeboten der Trauerbewältigung
- Vertiefender Fokus auf Aspekte der Fort- und Weiterbildung zur Evaluation der Versorgungsqualität in der allgemeinen Palliativ- und Hospizversorgung und auf Anforderungen und Bedarfe von Ehrenamtlichen und in der Trauerarbeit sowie an die Versorgung, die durch bestimmte Patientengruppen wie Menschen mit Behinderung, gerontopsychiatrischen Erkrankungen sowie Menschen mit Migrationshintergrund entstehen
- Inhaltliche Auseinandersetzung mit präferierten und tatsächlichen Sterbeorten, der Effektivität ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen, der Notwendigkeit der künftigen (investiven) Förderung ambulanter Hospizdienste sowie stationärer Hospize und der Möglichkeit zur stärkeren Einbindung von Trauernden in die Versorgung
- Erhebung von Informationen zum Stand der Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote sowie Ableitung von Handlungserfordernissen und -empfehlungen für die Weiterentwicklung vernetzter Strukturen unter Berücksichtigung der durch das HPG entstandenen Auswirkungen für die Palliativmedizin und Hospizarbeit in Sachsen

2 Datengrundlagen

Da keine valide Datenbasis existiert, die den Status quo der Angebote der Palliativ- und Hospizversorgung in Sachsen zuverlässig abbildet, muss für die Darstellung des Versorgungsangebots auf verschiedene Quellen zurückgegriffen werden. Dafür werden die in der Hospizstudie 2013 dargestellten hospizlichen und palliativmedizinischen ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen auf deren aktuelles Bestehen überprüft und seitdem neu errichtete Dienste und Einrichtungen identifiziert. Für die Identifikation von aktuell tätigen Leistungserbringern werden folgende Quellen herangezogen:

- Karmann, A.; Schneider, M.; Werblow, A.; Hofmann, U. (2014): Hospizstudie: Standorte und demographische Rahmenbedingungen von Hospizangeboten in Sachsen. Gutachten im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz.
- Daten des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz
- Landesdirektion Sachsen (LDS): Berichterstattung zur Verwendungsnachweisprüfung Förderrichtlinie (FRL) Hospiz 2007
- Daten der AOK PLUS
- Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V. (LVHP) (2016), Versorgungskarte SAPV in Sachsen
- Mitglieder des Landesverbands für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V. (<http://hospiz-palliativ-sachsen.de/mitglieder/>)
- Landeskrankenhausplan Sachsen, Stand: 1.7.2016, https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/KHP_ab_2014_Teil_II-Stand_01.07.2016.pdf
- Internetauftritte und telefonische Konsultationen der Leistungserbringer
- Standardisierte Befragungen der Leistungserbringer

Die Darstellung der Inanspruchnahme der verschiedenen Versorgungsangebote (siehe Kapitel 4.1 und 4.2), der tatsächlichen Sterbeorte (siehe Kapitel 4.4) sowie der Morbidität der Sterbenden (siehe Kapitel 4.5) stützt sich auf anonymisierte Abrechnungsdaten der AOK PLUS, die nach der Datenlieferung durch die Autoren dieser Studie auf Basis eines je Landkreis beziehungsweise kreisfreier Stadt ermittelten Anpassungsfaktors auf die sächsische Bevölkerung hochgerechnet werden. Der Anpassungsfaktor ergibt sich – bezogen auf ein Kalenderjahr – aus der Relation der je Landkreis beziehungsweise kreisfreier Stadt insgesamt Verstorbenen und den in diesem Landkreis verstorbenen AOK-Versicherten, wobei ein Anpassungsfaktor für Erwachsene und einer für Kinder und Jugendliche gebildet wird. Die insgesamt je Landkreis beziehungsweise kreisfreier Stadt Gestorbenen werden der Statistik des Statistischen Landesamtes „Eheschließungen, Geborene und Gestorbene im Freistaat Sachsen 2015“ (Statistisches Landesamt Sachsen 2016d) entnommen. Diesem Vorgehen liegt zum einen die Annahme zu Grunde, dass sich die Inanspruchnahme von Versterbenden, die nicht bei der AOK PLUS versichert sind, nicht von der der AOK-Versicherten unterscheidet. Zum anderen wird die Inanspruchnahme des Jahres 2016 dargestellt, jedoch den Gestorbenenzahlen des Jahres 2015 gegenübergestellt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da die Anzahl der je Landkreis beziehungsweise kreisfreier Stadt und Altersklasse Gestorbenen zum Zeitpunkt der Studiererstellung noch nicht veröffentlicht war. Jedoch wird davon ausgegangen, dass im Zeitverlauf die Anzahl der Gestorbenen nach Landkreisen beziehungsweise kreisfreien Städte und Altersklassen sowie die Morbidität der Versterbenden nicht deutlich variieren, sodass hier keine deutlichen Verwerfungen erwartet werden.

Für die Bedarfsberechnung und -prognose werden folgende Quellen verwendet:

- Empfehlungen der Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und European Association of Palliative Care (EAPC))
- Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes et al.
- Demografische Daten des Statistischen Landesamtes Sachsen
- Demografische Daten des Statistischen Bundesamtes
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2016a), 6. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen 2015 bis 2030, online im Internet: https://www.statistik.sachsen.de/download/080_RegBevPrognose_RegEinheiten-PDF/PROG_L_Sachsen_14.pdf.
- Karmann, A.; Schneider, M.; Werblow, A.; Hofmann, U. (2014): Hospizstudie: Standorte und demographische Rahmenbedingungen von Hospizangeboten in Sachsen. Gutachten im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz.

Als Datenbasis für den Vergleich der sächsischen Versorgungsangebote mit denen anderer Bundesländer dienen folgende Quellen:

- Ärzte mit Weiterbildung Palliativmedizin – unterteilt nach ambulant und stationär tätig nach Bundesländern auf Basis von Daten der Ärztekammern, abrufbar über Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE-Bund)
- anonymisierte Daten der AOK PLUS (unveröffentlicht)
- Befragungsdaten des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur Förderung der Hospizarbeit in den Bundesländern
- anonymisierte Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) (unveröffentlicht)
- Demografische Daten des Statistischen Bundesamtes
- Daten der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
- Krankenhauspläne der Bundesländer
- Daten des Hospiz- und Palliativverbandes Baden-Württemberg
- Daten des Robert Koch-Instituts

Daneben dienen leitfadengestützte Experteninterviews zum einen der Validierung der Daten und Richtwerte aus oben genannten Quellen und bieten ferner die Grundlage zur Erfassung von aktuellen Problem- und Handlungsfeldern, besonderen Bedarfen sowie der Qualität von speziellen Fort- und Weiterbildungen für die in der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung beschäftigten Menschen. Darüber hinaus dient eine standardisierte Befragung der Leistungserbringer der Erfassung des Standes der Vernetzung zwischen den Akteuren, der Personalausstattung, von Angeboten der Trauerbewältigung sowie der quantitativen Erfassung von besonderen Bedarfen bei der Hospiz- und Palliativversorgung.

Im Rahmen von Literaturanalysen werden ferner die Präferenzen der Menschen bezüglich des Sterbeortes mit den über die anonymisierten Daten der AOK PLUS ermittelten, tatsächlichen Sterbeorten verglichen sowie die Effektivität verschiedener palliativmedizinischer und hospizlicher Versorgungsformen analysiert. Dabei dienen die PubMed-Datenbank sowie die Datenbank der Deutschen Nationalbibliothek für Online-Dissertationen zur Gewinnung geeigneter Studien.

3 Grundlagen der Hospiz- und Palliativversorgung

Unter *Palliativversorgung* im engeren Sinne beziehungsweise *Palliativmedizin* wird der Teil des Versorgungsgebiets zur Versorgung schwerstkranker Menschen am Lebensende verstanden, der vorrangig auf die Behandlung physischer Symptome mit den Methoden der Medizin ausgerichtet ist. Im Gegensatz dazu steht bei der *Hospizversorgung* die psychosoziale und spirituelle Begleitung im Vordergrund. Weiterhin lässt sich nach dem Spezialisierungsgrad differenzieren: Leistungserbringer, die mit palliativen Methoden arbeiten, sich aber nicht hauptsächlich mit der Palliativversorgung befassen, sind Bestandteil der *allgemeinen Palliativversorgung*. Diese ist im Falle geringer bis mittlerer palliativmedizinischer Komplexität angemessen. Dagegen sind Leistungserbringer, bei denen die Palliativversorgung im Zentrum ihrer Tätigkeit steht, Bestandteil der *spezialisierten Palliativversorgung*. Diese Form der Versorgung ist angemessen im Falle mittlerer bis hoher palliativmedizinischer Komplexität (Watson et al. 2009).

Mit dem palliativen Versorgungsansatz wird in der europäischen Diskussion zudem eine vorgelagerte Stufe diskutiert, wonach die Inhalte der Palliativversorgung in allen medizinischen Teildisziplinen (implizit) Berücksichtigung finden sollten und wofür die Palliativversorgung Teil der Curricula aller im Versorgungsprozess beteiligter Fachrichtungen sein sollte (Radbruch und Payne 2011a, S. 223). In Deutschland wird diesen Forderungen in Teilen Rechnung getragen. So ist eine palliativmedizinische Basisqualifikation bereits Teil sehr vieler Facharztweiterbildungen und auch bei den Ausbildungszielen im Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Paragraf 3 Absatz 1 Nummer 6 Altenpflegegesetz) und im Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Paragraf 3 Absatz 1 Krankenpflegegesetz) wird die Begleitung Sterbender beziehungsweise die Forderung, palliative Maßnahmen einzubeziehen, explizit genannt. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Anzahl der ambulanten und stationären palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsangebote im Freistaat Sachsen.

Tabelle 1: Aktuelle Palliativ- und Hospizangebote in Sachsen

Bereich	Palliativversorgung	Hospizversorgung
Ambulant	• 16 Teams für Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung • 1 Team für Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV)	• 48 Ambulante Hospizdienste (AHD) • 6 Ambulante Kinderhospizdienste (AKHD)
Stationär	• 30 Palliativstationen (243 Betten)³ • 26 palliativmedizinische Konsiliardienste in Krankenhäusern	• 10 Hospize (123 Betten) • 1 Kinderhospiz (10 Betten)

Quelle: Karmann et al. (2014), Statistisches Landesamt Sachsen (2016a), Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte und telefonische Konsultation der Leistungserbringer (Stand stationäre Hospize: April 2018, Palliativstationen: Oktober 2017, palliativmedizinische Konsiliardienste, AHD und SAPV: November 2017).

³ Da für den aktuellen Stand der im Freistaat Sachsen vorgehaltenen Palliativbetten neben dem Landeskrankenhausplan auch die Internetseiten der Krankenhäuser mit Palliativstation konsultiert wurden, kann sich für die ausgewiesene Bettenanzahl eine Abweichung zu den durch den Landeskrankenhausplan ausgewiesenen Betten ergeben.

3.1 Hospizversorgung

Ambulante Hospizdienste befassen sich vorrangig mit der psychosozialen und spirituellen Begleitung von Patienten in der letzten Lebensphase. Aufgaben und Finanzierung der AHD werden in Paragraph 39a Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und einer entsprechenden Rahmenvereinbarung geregelt (GKV-Spitzenverband et al. 2016). Die fachliche Verantwortung eines AHD liegt in der Regel bei einer in Palliative Care weitergebildeten Pflegekraft. Sterbebegleitungen werden dagegen von Ehrenamtlichen geleistet, die vorab durch die AHD zu qualifizieren sind. Um das konstitutive Element der Ehrenamtlichkeit sicherzustellen, gewährt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) keine vollständige Finanzierung, sondern lediglich einen Zuschuss zu den notwendigen Sach- und Personalkosten. Dieser Zuschuss wird anhand spezieller Leistungseinheiten ermittelt, die sich aus dem Verhältnis der Anzahl der qualifizierten Ehrenamtlichen und der Anzahl der Sterbebegleitungen des Dienstes ergeben. Darüber hinaus erhalten diese in manchen Bundesländern eine Förderung aus Landesmitteln. Im Freistaat Sachsen ist dies durch die Förderrichtlinie (FRL) Hospiz vom 17. April 2007 geregelt. Demnach können AHD eine Anschubfinanzierung erhalten und der Neu-, Um- und Ausbau sowie die Sanierung von stationären Hospizen gefördert werden. Die Kreise/Gemeinden beteiligen sich mit einer kommunalen Förderung von mindestens 10 Prozent bei ambulanten Angeboten an den Aufwendungen. Konkret betragen die Zuschüsse für AHD:

- als Anschubfinanzierung im ersten Jahr des Bestehens bis zu EUR 16.000 für eine Vollzeitkraft beziehungsweise eine anteilige Förderung für eine Teilzeitkraft, wenn diese im Umfang von mindestens einer halben Vollzeitarbeitskraft Leistungen erbringt,
- bis zu EUR 10.000 pro Jahr für Sachausgaben bei AHD mit mindestens 10 bis 15 ehrenamtlichen Hospizhelfern beziehungsweise,
- bis zu EUR 14.000 pro Jahr für Sachausgaben bei AHD mit mehr als 15 ehrenamtlichen Hospizhelfern.

Die Aufgaben der *stationären Hospize* sind in Paragraph 39a Absatz 1 SGB V und einer entsprechenden Rahmenvereinbarung geregelt (GKV-Spitzenverband et al. 2017c). Demnach haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, einen Anspruch auf Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, wenn eine ambulante Versorgung im häuslichen Umfeld nicht erbracht werden kann. Über 90 Prozent der Hospizbewohner versterben auch dort (DGP 2009). Der Schwerpunkt der hospizlichen Tätigkeit liegt auf der palliativ-pflegerischen Versorgung sowie der psychosozialen und spirituellen Begleitung der Bewohner und ihrer Angehörigen. Stationäre Hospize verfügen gemäß Rahmenvereinbarung in der Regel über mindestens acht und höchstens 16 Betten. Wie die AHD werden auch stationäre Hospize *nicht vollständig* von der GKV finanziert. Stattdessen bekommen sie seit Inkrafttreten des HPG 95 Prozent (vorher 90 Prozent) der zuschussfähigen Kosten erstattet. So soll auch hier das Element der Ehrenamtlichkeit erhalten bleiben. Darüber hinausgehende Kosten werden durch Spenden finanziert, sodass Bewohner keinen Eigenanteil zu leisten haben. Im Jahr 2015 betrug der durchschnittliche Tagesbedarfssatz eines stationären Hospizes für Erwachsene in Sachsen circa EUR 230 und war damit im bundesweiten Vergleich am geringsten (Bundesdurchschnitt: EUR 280, DHPV 2016). Mit Inkrafttreten des HPG wurde der Mindesttagessatz jedoch erhöht und beträgt 2017 nun circa EUR 268 (BMG 2017). Eine investive Landesförderung für stationäre Hospize besteht aktuell nur in den Freistaaten Bayern und Sachsen. In Sachsen sieht die FRL Hospiz (2007) folgende Zuschüsse vor:

- bis zu EUR 37.000 pro Hospizplatz bei Neubau und
- bis zu EUR 28.000 pro Hospizplatz bei Um- oder Ausbau sowie Sanierung.

Für die speziellen Belange von Kindern existieren eigene *stationäre Kinderhospize*, deren Aufgaben in einer gesonderten Rahmenvereinbarung geregelt sind (GKV-Spitzenverband et al. 2017b).

3.2 Palliativversorgung

Die *allgemeine ambulante Palliativversorgung* (AAPV) entspricht der palliativmedizinischen Basisversorgung in Deutschland (AOK-Bundesverband 2017). Sie wird in erster Linie von niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie von ambulanten Pflegediensten erbracht (DGP und DHPV 2009, S. 2). Die Abrechnung der vertragsärztlichen AAPV erfolgt seit dem 4. Quartal 2013 über die Gebührenordnungspositionen (GOP) 03370-03373 (Erwachsene) beziehungsweise 04370-04373 (Kinder und Jugendliche) im Katalog des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Diese GOP decken die palliativmedizinische Ersterhebung (Endziffer 0) sowie die palliativmedizinische Betreuung in der Praxis (Endziffer 1) und in der eigenen Häuslichkeit im Rahmen eines (dringenden) Hausbesuches (Endziffern 2 und 3) ab und verlangen nicht nach einer besonderen Zusatzqualifikation. Darüber hinaus existieren zur Förderung der koordinierten Versorgung mit den hausärztlichen GOP 37300-37320 seit dem 4. Quartal 2017 eigene Abrechnungsmöglichkeiten für Leistungen, die im Rahmen der koordinierten Versorgung erbracht werden, z. B. für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen (Endziffern 14) oder eine Fallkonferenz (Endziffern 20) gemäß Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) (KBV und GKV-Spitzenverband 2018). Um die GOP 37300-37320 abrechnen zu können, ist die Erfüllung eines umfassenden Kataloges von praktischen Erfahrungen, Weiter- und Fortbildungen notwendig, der sich aus Anlage 30 BMV-Ä ergibt. Hierunter zählen beispielsweise eine zweiwöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder die Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der letzten drei Jahre, die Teilnahme an einer 40-stündigen Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin und die regelmäßige palliativmedizinische Fortbildung im Umfang von 8 Fortbildungspunkten pro Jahr. Für die Abrechnung der GOP 37314 ist darüber hinaus die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erforderlich. Im Bereich der ambulanten Pflege ist seit November 2017 die palliative Pflege als anerkannter Ordnungsgrund in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) hinterlegt, wofür unter anderem die neue Leistungsnummer 24a eingefügt wurde, die die pflegerischen Maßnahmen zur Symptomkontrolle, Wundkontrolle und Krisenintervention bei Palliativpatienten regelt. Erst- und Folgeverordnungen hierfür können jeweils bis zu 14 Tage umfassen. Die meisten Palliativpatienten können im Rahmen der AAPV ausreichend versorgt werden (Ballsieper et al. 2012, S. 67).

Wenn eine AAPV für eine wirksame Symptomkontrolle nicht mehr ausreichend ist, kann eine *spezialisierte ambulante Palliativversorgung* gemäß Paragraf 37b SGB V verordnet werden. Diese richtet sich an Patienten, die eine besonders aufwändige Versorgung zuhause benötigen. Im Vordergrund stehen ärztliche und pflegerische Leistungen zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle mit dem Ziel, den Verbleib im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, sodass optimalerweise die Einweisung in eine stationäre Einrichtung bis zum Tod vermieden werden kann. Bei einer Verbesserung beziehungsweise einer Stabilisierung sollte die SAPV so weit wie möglich reduziert werden, das heißt im günstigsten Falle kann ein Wechsel ins AAPV-Setting erfolgen (GKV-Spitzenverband et al. 2012). Die SAPV-Leistungserbringer sind als multiprofessionelle Teams organisiert, die 24-stündig erreichbar sein müssen, und werden im Rahmen eines speziellen Vergütungs- und Abrechnungssystems finanziert. Dabei schließen Kostenträger und Leistungserbringer Verträge mit individuellen Vergütungs- und Leistungsvereinbarungen, die auf regionalen Musterverträgen basieren (beispielsweise existiert ein gemeinsamer Mustervertrag für Sachsen und Thüringen). Eine gleichzeitige Abrechnung der SAPV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung als vertragsärztliche Leistung des EBM ist ausgeschlossen (keine Doppelabrechnung). SAPV-Leistungen können nur bei

Vorliegen einer genehmigten Verordnung abgerechnet werden. An eine Erstverordnung können sich weitere Folgeverordnungen anschließen. Zeiten, in denen die Verordnung ruht (z. B. Krankenhausaufenthalt), werden dabei nicht auf die Betreuungsdauer angerechnet. Für die speziellen Belange von Kindern existiert zudem die *spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung*.

Palliativstationen in Krankenhäusern sollen Patienten stabilisieren, die aufgrund einer akuten Krise (z. B. plötzliche Atemnot oder starke Übelkeit) eingewiesen wurden. Das Ziel besteht jedoch nicht in einer Betreuung bis zum Versterben, sondern dem Patienten soll die Rückkehr ins häusliche Umfeld ermöglicht werden (Kränzle et al. 2010, S. 166). Palliativstationen sollen demnach „Durchgangsstationen“ sein. Tatsächlich werden nach dem Erreichen eines stabilen Zustandes etwa 65 Prozent der Patienten wieder nach Hause entlassen (Husebø und Klaschik 2009, S. 34). Durchschnittlich werden Patienten zwischen 12 und 14 Tagen auf einer Palliativstation versorgt (DGP 2009). Krankenhäuser können Fälle auf Palliativstationen außerhalb oder innerhalb des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems nach Diagnosis Related Groups (DRG) abrechnen (DGP 2011). Im ersten Fall werden individuelle Verträge mit den Kostenträgern ausgehandelt, im zweiten Fall erfolgt eine Vergütung über festgelegte Zusatzentgelte (ZE).⁴ Voraussetzung ist die Durchführung einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung gemäß Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-982 oder einer spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung gemäß OPS 8-98e (InEK 2017).

Die *palliativmedizinischen Konsiliardienste* im Krankenhaus kommen vor allem an solchen Krankenhäusern zum Einsatz, die nicht über eine eigenständige Palliativstation verfügen (DGP 2009). Palliativmedizinische Konsiliardienste sollen für eine Symptom- und Leidenslinderung sorgen beziehungsweise – wo dies nicht mehr möglich ist – ein würdevolles Sterben garantieren. Sie arbeiten multidisziplinär und bestehen aus professionellen und – nach Möglichkeit – auch ehrenamtlichen Helfern. Diese Konsiliardienste können rein beratend im Sinne eines klinisch bekannten Konsils wirken oder eine Komplexbehandlung am Patienten durchführen. Der 2017 eingeführte OPS-Code 8-98h ermöglicht die Abrechnung von Leistungen, die durch interne sowie externe Palliativdienste im Rahmen einer spezialisierten palliativmedizinischen Komplexbehandlung erbracht werden (InEK 2017). Durch ihr Wirken in medizinischen Bereichen, die ansonsten nicht mit den Prinzipien der Palliativversorgung vertraut sind, kommt ihnen ein wertvoller Informations- und Multiplikatoreffekt zu (Husebø und Klaschik 2009, S. 35 ff.). Die European Association of Palliative Care empfiehlt, dass Krankenhäuser mit 250 Betten über mindestens einen palliativmedizinischen Konsiliardienst verfügen sollten, sofern sie keine Palliativstation haben (Radbruch und Payne 2011b, S. 266). Einer gemeinsamen Stellungnahme der DGP und des DHPV zufolge sollten Palliativdienste in Krankenhäusern zum Einsatz kommen, „in denen regelmäßig unheilbar kranke und sterbende Patienten behandelt werden, z. B. ab einer Größe von 200 Betten“ (DGP und DHPV 2015). Die Abrechnung der palliativmedizinischen Konsiliardienste erfolgt im Rahmen des DRG-Systems über spezielle ZE.⁵

⁴ ZE60, ZE145 oder ZE2017-133 beziehungsweise ZE2017-134, siehe Zusatzentgelte-Katalog zum InEK-Fallpauschalenkatalog InEK 2017).

⁵ ZE2017-133 für interne Dienste beziehungsweise ZE2017-134 für externe Dienste, siehe Zusatzentgelte-Katalog zum InEK (2017) Fallpauschalenkatalog.

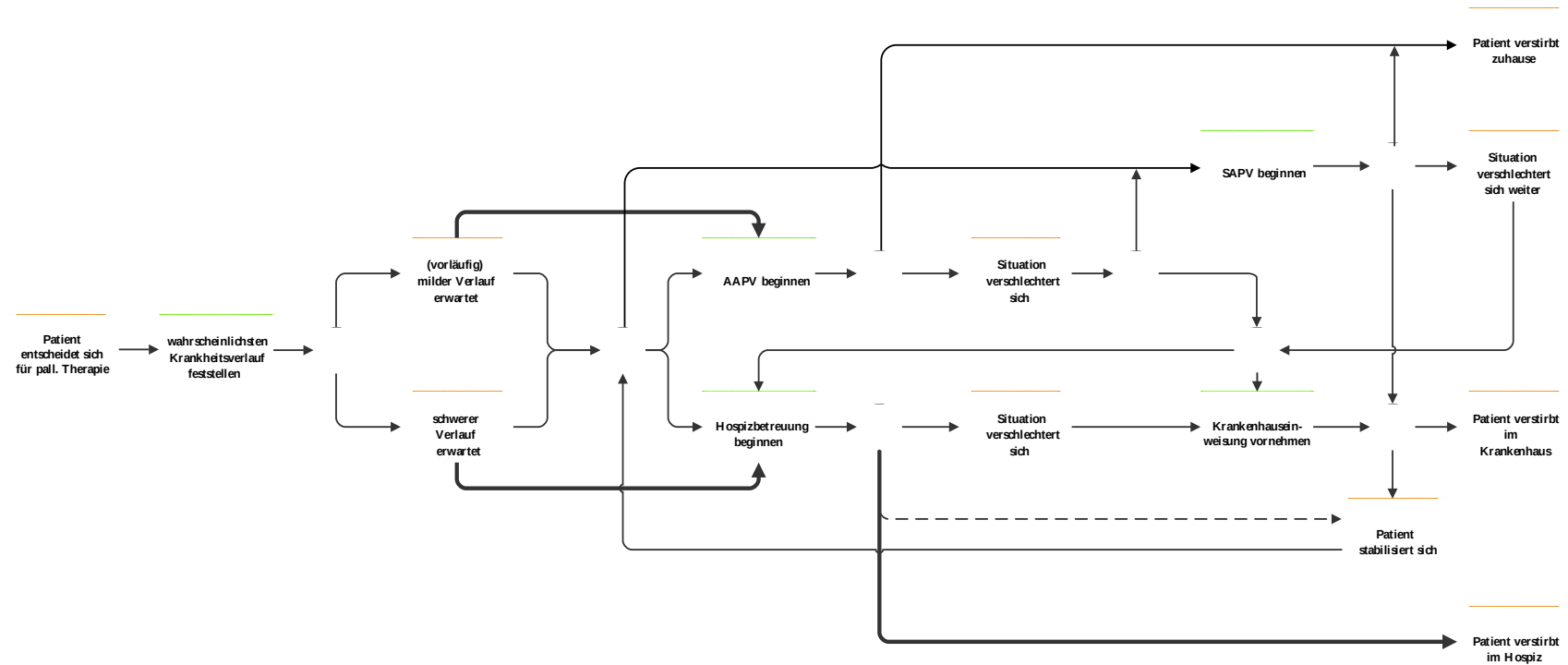
3.3 Zusammenwirken der Institutionen der Hospiz- und Palliativversorgung

Die Institutionen der Hospiz- und Palliativversorgung können gemäß der ihnen zugewiesenen Aufgaben in einen gemeinsamen Versorgungspfad überführt werden. Dieser ist in Abbildung 1 mithilfe einer ereignisgesteuerten Prozesskette dargestellt, wobei ein Ereignis (orange) solange eine Aktivität (grün) auslöst, bis ein Endpunkt (wiederum ein Ereignis) erreicht ist. Anhand dieser Prozesskette wird verdeutlicht, dass:

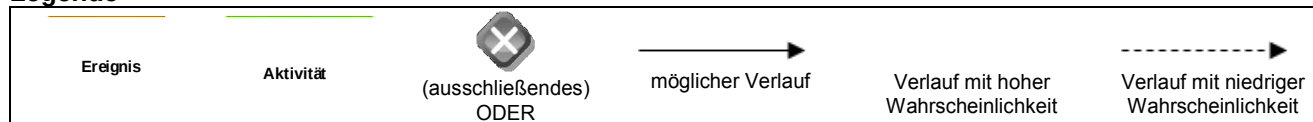
- die Institutionen der Hospiz- und Palliativversorgung eng miteinander verknüpft sind und ein in sich geschlossenes Versorgungssystem bilden sollten,
- eine gestufte Inanspruchnahme existiert, die durch die Schwere der Symptome bestimmt wird (z. B. ist mit zunehmender Symptomschwere folgendes Inanspruchnahmeprofil denkbar: AAPV → SAPV → stationäres Hospiz) und dabei

wahrscheinlichere (z. B. Eintritt ins stationäre Hospiz und Versterben ebendort) und unwahrscheinlichere Inanspruchnahmeprofile (z. B. Eintritt ins stationäre Hospiz und starke Verbesserung des Zustandes, sodass Übergang in eine andere, niedrigrschwelligere Institution möglich wird) existieren.

Abbildung 1: Ereignisgesteuerte Prozesskette der Hospiz- und Palliativversorgung



Legende



Quelle: Plaul und Karmann (2017) .

3.4 Aktuelle Entwicklungen in der Hospiz- und Palliativversorgung

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

In der 2010 verabschiedeten „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ wurden die Empfehlungen auf dem Gebiet der Hospiz- und Palliativversorgung zu fünf Leitsätzen zusammengefasst (DGP et al. 2016). Zur Überführung dieser Leitsätze in die Praxis wurden über einen Zeitraum von drei Jahren von über 200 Experten jeweils drei Handlungsfelder definiert, in deren Kontext die Leitsätze interpretiert und Handlungsempfehlungen ausgegeben werden.⁶ Diese Handlungsfelder beinhalten dabei die Themen:

- Zugang,
- Finanzierung und
- Qualitätssicherung

einer hochwertigen Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Die Charta hat das Ziel, ein öffentliches Bewusstsein für die besonderen Belange und Anforderungen der Hospiz- und Palliativversorgung auf allen administrativen (Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik, Kostenträger, Leistungserbringer et cetera) und fachlichen Ebenen (Berufsverbände der Ärzteschaft, der Pfleger et cetera) zu schaffen. Sie wurde bislang (Stand: Dezember 2017) von 1.711 Institutionen und 21.169 Einzelpersonen unterzeichnet. In Sachsen sind es aktuell 27 institutionelle und 879 persönliche Unterzeichner, darunter auch das SMS (Koordinierungsstelle für Hospiz- u. Palliativversorgung in Deutschland 2017). Die Landespolitik ist daher zu einer Vielzahl von Maßnahmen aufgerufen (Auswahl):

- Moderation und Koordinierung im ambulanten Bereich bei Einbindung aller Akteure (insbesondere aller AHD und SAPV-Teams) und Förderung der regionalen Vernetzung,
- Gewährleisten einer ausreichenden Finanzierung des Ausbaus der stationären Palliativversorgung und regelmäßige Überprüfung des Bedarfs,
- Unterstützung bei der Entwicklung von Hospiz- und Palliativkompetenz,
- Förderung der Vernetzung von stationären Hospiz-, Palliativ- und Pflegeeinrichtungen,
- Entwickeln, Fördern und Unterstützen eines gerechten Zugangs, insbesondere für spezielle Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund, Demenzkranke, Kinder und Jugendliche, Menschen mit geistiger Behinderung, Wohnungslose und Menschen im Justizvollzug,
- Klärung der Finanzierungsverantwortung, insbesondere an Schnittstellen der Versorgung,
- Unterstützung von Forschungs- und Evaluationsprojekten zur Hospiz- und Palliativversorgung,
- Integration hospizlicher und palliativmedizinischer Grundsätze in die Curricula von Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens,
- Integration ethischer und existenzieller Fragestellungen in die Bildungspläne,
- Förderung der nationalen und internationalen Vernetzung der Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung.

Der Fokus der Charta liegt somit vor allem auf qualitativen Zielen, von denen einige kurzfristig (z. B. Entwicklung von Informationsmaterial) und die meisten anderen mittelfristig umsetzbar

⁶ Ein Exzerpt der Handlungsempfehlungen sortiert nach Leitsatz, Handlungsfeld und Adressat findet sich im Anhang (siehe Tabelle 49).

sind, da sie Daueraufgaben darstellen, für die gewachsene Strukturen nötig sind wie Koordinierungsstellen, Arbeitskreise et cetera. Langfristig soll dabei erreicht werden, dass auch auf individueller Ebene ein Verständnis für die Themen Sterblichkeit, Tod und Lebensende existiert und sich die Menschen über ihre Gestaltungsmöglichkeiten dieser Prozesse im Klaren sind.

Neuerungen in Folge des Hospiz- und Palliativgesetzes

Am 5. November 2015 verabschiedete der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Mit dem HPG wurden wichtige Anliegen der Palliativversorgung gesetzlich festgeschrieben, z. B.:

- die Aufnahme eines **Anspruchs der Versicherten auf Palliativversorgung** als obligaten Teil der Krankenbehandlung (Artikel 1 Nummer 1 HPG betreffend Paragraph 27 Absatz 1 Satz 3 SGB V) und der häuslichen Krankenpflege (Artikel 1 Nummer 2 HPG betreffend Paragraph 37 Absatz 2a SGB V),
- der Anspruch auf **Beratung zu Hospiz- und Palliativangeboten** durch die Krankenkassen (Artikel 1 Nummer 4 HPG betreffend Paragraph 39b SGB V),
- die Möglichkeit für Pflegeeinrichtungen, ihren Bewohnern eine **gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase** anzubieten (Artikel 1 Nummer 10 HPG betreffend Paragraph 132g SGB V)
- regelmäßige Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit über die **Entwicklung der SAPV** und die Umsetzung der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses im Abstand von maximal drei Jahren (Artikel 1 Nummer 2a HPG betreffend Paragraph 37b SGB V),
- das Schließen einer Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag über die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (Artikel 1 Nummer 6a HPG betreffend Paragraph 87 SGB V).

Tabelle 2 listet die konkreten Änderungen für die Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung auf, die sich aus dem HPG ergeben. Die meisten Veränderungen betreffen die AHD sowie die stationären Hospize, die finanziell bessergestellt wurden. Außerdem erweiterte sich für AHD die Reichweite hinsichtlich der Versorgung von Menschen im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen und es wurde eine Rechtsgrundlage für die Vergütung palliativmedizinischer Konsiliardienste geschaffen.

Tabelle 2: Konkrete Änderungen für die Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung infolge der Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes

Sektor	Einrichtung	Änderungen	Position HPG	Betreff
ambulant	AHD	• Möglichkeit zur Begleitung von Patienten während Krankenhaus-aufenthalt	Art. 1 Nr. 3 b) aa)	§ 39a Abs. 2 Satz 2 SGB V
		• Ausweitung der Finanzierung durch die Krankenkassen auf Sachkosten (zuvor nur Personal-kosten)	Art. 1 Nr. 3 b) bb)	§ 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V
		• Erhöhung der Förderquote je Lei-stungseinheit von 11 % auf 13 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV	Art. 1 Nr. 3 b) cc)	§ 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V
		• Berücksichtigung der speziellen Belange von Bewohnern von Pfl-egeeinrichtungen	Art. 1 Nr. 3 b) dd)	§ 39a Abs. 2 Satz 9 SGB V
		• Sicherstellung eines bedarfsge-rechten Verhältnisses von Ehren- und Hauptamtlichen • Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Vereinbarungen mindestens alle vier Jahre • Kooperationsgebot zwischen AHD und Pflegeeinrichtungen	Art. 1 Nr. 3 b) ee)	§ 39a Abs. 2 Satz 10 bis 12 SGB V
stationär	Hospize	• Erhöhung der von der Kranken-kasse zu erstattenden Kosten von 90 % auf 95 %	Art. 1 Nr. 3 a) aa)	§ 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V
		• Erhöhung des kalendertäglichen Zuschusses	Art. 1 Nr. 3 a) bb)	§ 39a Abs. 1 Satz 3 SGB V
		• Spezifizierung der zwischen GKV-Spitzenverband und Spitzenorga-nisationen der Hospize zu schlie-ßenden Vereinbarungen	Art. 1 Nr. 3 a) cc) und dd)	§ 39a Abs. 1 Satz 5 SGB V
	Palliativstati-onen	• Veränderung bei der Möglichkeit für Palliativstationen, außerhalb des pauschalierten Entgeltsys-tems abzurechnen	Art. 4 Nr. 1	§ 17b Abs. 1 Satz 15 Kranken-hausfinanzie-rungsgesetz (KHG)
	Palliativ-me-dizinische Konsiliar-dienste	• Einführung eines Zusatzentgeltes für palliativmedizinische Konsiliar-dienste	Art. 4 Nr. 2	§ 17b Abs. 1 Satz 12 KHG

Quelle: Eigene Darstellung.

Pflegestärkungsgesetze

Im Zuge der Pflegestärkungsgesetze I-III (Erstes Pflegestärkungsgesetz, Zweites Pflegestärkungsgesetz, Drittes Pflegestärkungsgesetz) wurde unter anderem ein differenzierterer Pflegebedürftigkeitsbegriff mit einem neuen System von fünf Pflegegraden anstelle der bisherigen drei Pflegestufen eingeführt, was vor allem die Folgen von Demenzerkrankungen besser berücksichtigen soll (BMG 2016a). Dabei wird allerdings an keiner Stelle auf die besonderen Belange bei der Begleitung sterbender Menschen Bezug genommen. Auch auf die Rolle der Institutionen der Hospiz- und Palliativversorgung wurde nicht eingegangen. Dies stieß bereits während des Gesetzgebungsprozesses auf Kritik des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes (DHPV 2015), blieb jedoch folgenlos.

Sächsischer Landesentwicklungsplan 2013

Gesundheits-, Sozial- und Pflegedienstleistungen gehören zum Kernbereich der öffentlichen Daseinsvorsorge. Deren Aufbau soll nach den Vorstellungen des Gesetzgebers in zentralen Orten gebündelt werden. Zentrale Orte bilden das siedlungsstrukturelle Gerüst für die Infrastrukturversorgung und räumliche Daseinsvorsorgeplanung. In ihnen konzentrieren sich soziale, kulturelle und wirtschaftliche Einrichtungen, die neben der eigenen Bevölkerung auch den umgebenden Nah-, Mittel- oder Oberbereich mitversorgen (Greiving et al. 2015; Zarth 2018).

Aktuelle Raumabgrenzungskriterien für Funktionsräume der Länder und speziell auch die sächsische Landesentwicklungsplanung sind dementsprechend ebenfalls von Relevanz für die Bewertung bestehender Versorgungsstrukturen in der sächsischen Hospiz- und Palliativversorgung sowie für Empfehlungen für deren künftige Entwicklung. Eine nachhaltige räumliche Planung von Versorgungsstrukturen muss die unterschiedlichen Blickwinkel einer Standortperspektive, das heißt einer optimalen Lokation unter dem Gesichtspunkt einer flächendeckenden Erreichbarkeit für die Bevölkerung, sowie des einem Standort zugewiesenen Potentials, im Sinne einer langfristig wirtschaftlichen Tragfähigkeit, berücksichtigen.

Als Tragfähigkeitskriterien für die zentralörtlichen Bereiche wird in der sächsischen Landesentwicklungsplanung zum Stand 2013 ein Bevölkerungspotential von

- mindestens 50.000 Einwohnern in Oberzentren
- mindestens 15.000 Einwohnern in Mittelzentren und mindestens 45.000 Einwohnern im mittelzentralen Verflechtungsbereich
- mindestens 7.000 (im ländlichen Raum) beziehungsweise 15.000 Einwohner (im Verdichtungsraum) im Verflechtungsbereich von Grundzentren

festgelegt. Daran anknüpfend gelten für die Erreichbarkeit ausgehend von allen sächsischen Gemeinden Richtwerte – angegeben in Fahrtzeitminuten und differenziert nach motorisiertem Individualverkehr (MIV) und öffentlichem Personennahverkehr (ÖPNV) von

- 45 Minuten (ÖPNV / MIV) im mittelzentralen Bereich
- 45 Minuten (MIV) beziehungsweise 90 Minuten (ÖPNV) im oberzentralen Bereich

Die Raumordnungsplanung der Länder sieht im Allgemeinen vor, dass Grundzentren eine überörtliche Grundversorgung, dazu gehören unter anderem Arztpraxen und Apotheken, erfüllen sollen. Mittelzentren sollen eine gehobene Funktion in der regionalen Versorgung einnehmen, wozu unter anderem hochwertige Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zählen. Auf der oberzentralen Ebene werden spezialisierte Einrichtungen der Gesundheitsversorgung verortet (Ministerkonferenz für Raumordnung 2016). Im Detail richten sich die räumliche Verortung und damit einhergehende Einzugsbereiche für differenzierte medizinische und soziale

Einrichtungen und Dienste nach der Intensität der Inanspruchnahme durch die Bevölkerung sowie den technisch-medizinischen und organisatorischen Anforderungen der Anbieter (Sächsische Staatsregierung 2013).

Im Bereich der stationären Versorgung gilt es, die Standortplanung am Zentrale-Orte-System auszurichten. Neue Standorte sind bis auf fachspezifisch begründbare Ausnahmen nur in Ober- und Mittelzentren und unter Berücksichtigung von Erreichbarkeiten zu planen (Sächsische Staatsregierung 2013). In Hinblick auf die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung ist unter Berücksichtigung der von den Fachgesellschaften empfohlenen Richtwerte für den geschätzten Bedarf und das damit zu beplanende Bevölkerungspotenzial (nachfolgendes Kapitel 3.5) – je nach Spezialisierungstiefe – eine Verortung auf mindestens mittelmittler Ebene planerisch ebenfalls sinnvoll⁷. Tragende Gründe für eine am System der Zentralen-Orte ausgerichtete Krankenhausstandortplanung, wie logistische und personelle Aufwände für den 24-Stunden Betrieb, die Versorgung von Notfällen sowie Bereitschaftsdienste und die Relevanz der Erreichbarkeit für Patienten und Besucher (Sächsische Staatsregierung 2013), gelten insbesondere für die auf Hospiz- und Palliativversorgung spezialisierten Einrichtungen gleichermaßen. Neben quantitativen Richtwerten ist es für eine Standortplanung darüber hinaus sinnvoll, auf eine gute Erreichbarkeit – und dies gleichermaßen in Hinblick auf den motorisierten Individualverkehr und den öffentlichen Personennahverkehr – hinzuwirken, indem beispielsweise zentrale Standorte, Verkehrsknotenpunkte beziehungsweise Standorte entlang von Verkehrsachsen gewählt werden.

Das entsprechend der Landesentwicklungsplanung in allen Landesteilen anzustrebende, an regionalen Anforderungen orientierte, breite, gleichwertige und bedarfsgerechte Angebot in zumutbarer Entfernung (Sächsische Staatsregierung 2013, S. 162) impliziert neben den Überlegungen zur Tragfähigkeit auch die Planung auf einer administrativen Ebene, auf der eine zumutbare Entfernung gewährleistet werden kann. Da diese auch von bereits bestehenden Strukturen und Verflechtungen beeinflusst wird, muss eine Bewertung der Versorgungsstrukturen im Status quo vorangestellt werden (siehe Kapitel 4.3).

Aus der angestrebten Gleichwertigkeit der Versorgung ist darüber hinaus eine Bevorzugung von Regionen im Planungsprozess zu rechtfertigen, die besonders weit von der Soll-Versorgung entfernt sind (z. B. spezielle Förderung im ländlichen Raum). Trotz der Ausrichtung an landesentwicklungsplanerischen Vorgaben sollte eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung regionale Handlungsspielräume erlauben, indem spezielle Charakteristika der Regionen, z. B. Altersstruktur, Morbidität und Mortalität der Bevölkerung oder die Verfügbarkeit ambulanter und stationärer Versorgungsangebote, berücksichtigt werden.

3.5 Benchmarks für die Versorgung

Tabelle 3 fasst den geschätzten Bedarf an Hospiz- und Palliativversorgungsangeboten zusammen. Dieser beruht auf Empfehlungen der maßgeblichen Organisationen (DGP, DHPV, EAPC). Teilweise wurden die Bedarfsanforderungen in gemeinsamen Empfehlungen der Fachverbände und der Kostenträger übernommen (z. B. im Bereich SAPV/SAPPV) und in den letzten Jahren modifiziert. So wurden insbesondere die Richtwerte zur bedarfsgerechten Versorgung mit Palliativ- und Hospizbetten durch die EAPC mit der Begründung einer Zunahme des Bedarfs nicht onkologischer Patienten und steigender Prävalenzen chronischer Erkrankungen von 50 Hospiz- und Palliativbetten je 1 Million Einwohner auf 80-100 Betten korrigiert

⁷ Dies impliziert planungstechnisch jedoch nicht, dass alle Dienste und Einrichtungen in komplettem Umfang in jedem Mittelzentrum vorhanden sind.

(Radbruch und Payne 2011b). Auch von der DGP werden 80-100 Betten je 1 Million Einwohner empfohlen (DGP 2015).

Bei den Empfehlungen der Fachverbände handelt es sich nicht um verbindliche Vorgaben. Lediglich die Vorgaben der Kostenträger zur Personalausstattung der ambulanten Hospizdienste sind für die Finanzierung durch die Krankenkassen verbindlich. So dienen beispielsweise die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur bedarfsgerechten Versorgung mit SAPV-Leistungen als Richtwert, wobei der regionale Bedarf anhand verschiedener Faktoren (z. B. Altersstruktur, demografische Entwicklung, Epidemiologie relevanter Erkrankungen, Siedlungsstruktur) zu prüfen ist (GKV-Spitzenverband et al. 2012). Auch bei den gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, der DGP und des DHPV zur Ausgestaltung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen handelt es sich um Orientierungswerte, die in den Verhandlungen zu konkretisieren sind (GKV-Spitzenverband et al. 2013). Die Angaben zur Personalausstattung von stationären Hospizen beziehen sich auf ein solitäres Hospiz mit 8 Betten und dienen als Orientierungswert für regionale Verhandlungen, wobei diese keine lineare Anpassung bewirken sollen.

Tabelle 3: Richtwerte zum Bedarf an Hospiz- und Palliativversorgung

Versorgungsbereich	Bedarfsschätzung
Ambulante Hospizdienste	1 AHD je 40.000 Einwohner, in manchen Regionen auch 1 AHD je 80.000 Einwohner ausreichend mit mindestens einem hauptamtlichen, in Palliativversorgung geschulten Koordinator und 10-12 Ehrenamtlichen (Radbruch und Payne 2011b) Personalausstattung: min. eine hauptamtliche, speziell weitergebildete Fachkraft sowie 15 (im Jahr der Gründung: 12) qualifizierte, einsatzbereite Ehrenamtliche (GKV-Spitzenverband et al. 2016)
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	1 SAPV-Team mit 8 Vollzeitstellen zur Versorgung von 250.000 Einwohnern als Richtwert (GKV-Spitzenverband et al. 2012) neuere Empfehlungen: 10 Teams je 1 Million Einwohner, wobei von der DGP hier die Empfehlung der EAPC für ambulante Palliativdienste auf SAPV übertragen wurde (DGP 2015) 10 % aller Versterbenden benötigen SAPV (GKV-Spitzenverband et al. 2013; DGP 2017b) Der gemeinsame Vorschlag der DGP und des DHPV zu den Rahmenempfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung enthält auch eine Empfehlung zur Erreichbarkeit der SAPV. Demnach „sollte ein Radius von 30 km beziehungsweise eine Anfahrtszeit von über 30 Minuten, ausgehend vom Sitz des PCT [Palliative-Care-Teams], nur im Ausnahmefall überschritten werden“ § 6 Abs. 4 (DGP und DHPV 2009)
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche	1 Team je betroffene 40-50 Kinder und Jugendliche in einem Umkreis von circa 120 km (GKV-Spitzenverband et al. 2013) personelle Ausstattung: 1,5-1,9 Vollzeitäquivalente (VZÄ) Ärzte, 3,5-4 VZÄ Pflegekräfte (GKV-Spitzenverband et al. 2013)
Palliativstationen / stationäre Hospize	50 Betten je 1 Million Einwohner (DHPV o. J.)

Versorgungsbereich	Bedarfsschätzung
	neueren Schätzungen zu Folge 80-100 Betten je 1 Million Einwohner für Palliativ- und Hospizbetten zusammen (Radbruch und Payne 2011b und DGP 2015) Personalausstattung auf Palliativstationen: Verhältnis von Pflegefachkräften pro Bett min. 1:1, Verhältnis von spezialisierten Ärzten pro Bett min. 0,15:1 (Radbruch und Payne 2011b) laut Deutschem Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) mindestens 5 Betten je Palliativstation (DIMDI 2017) beziehungsweise 8-15 Betten (Radbruch und Payne 2011b) 8-16 Betten je Hospiz (GKV-Spitzenverband et al. 2017c) Personalausstattung in Hospizen: Verhältnis von Pflegefachkräften pro Bett min. 1:1, 24-stündige Erreichbarkeit eines in Palliativmedizin weitergebildeten Arztes, Vorhaltung von speziell ausgebildeten Mitarbeitern für psychosoziale und spirituelle Betreuung, Einbezug Ehrenamtlicher (Radbruch und Payne 2011b) Orientierungswerte für ein solitäres Hospiz⁸ mit 8 Betten: Pflegekräfte: 12,35 VZÄ, davon min. 2 speziell weitergebildete Fachkräfte; psychosoziale Fachkräfte: 0,75 VZÄ; Leitung/Verwaltung: 2,4 VZÄ; Hauswirtschaft: 2,7 VZÄ (GKV-Spitzenverband et al. 2017c)
Palliativmedizinische Konsiliardienste	je Krankenhaus ab 200 (DGP und DHPV 2015) beziehungsweise 250 Betten (Radbruch und Payne 2011b) 1 Konsiliardienst beziehungsweise Palliativbeauftragter

Quelle: Eigene Darstellung.

3.6 Effektivität verschiedener Versorgungsformen

Für eine umfassende Bewertung der palliativen und hospizlichen Versorgung soll neben der quantitativen und räumlichen Erfassung von Leistungserbringern zusätzlich die Effektivität der ambulanten Palliativ- und Hospizversorgung berücksichtigt werden. Ferner wird ein Vergleich der Effektivität von stationären und ambulanten Versorgungsformen sowie kleinen und größeren ambulanten Diensten angestrebt. Für die Bewertung der Effektivität wird eine Recherche nationaler und internationaler Literatur in der Publikationsdatenbank PubMed durchgeführt. Zusätzlich werden in Deutschland veröffentlichte Dissertationen zum Thema einbezogen.

Die Wirksamkeit der Versorgungsformen kann anhand patientenbezogener oder angehörigenbezogener Endpunkte beurteilt werden, wobei als Parameter die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität und die Schmerz- und Symptomkontrolle der Patienten, die Anzahl (vermeidbarer) Krankenhausaufenthalte sowie die Lebensqualität und die Belastung pflegender Angehöriger herangezogen werden können. Zudem kann der Einfluss einzelner Versorgungsformen auf den tatsächlichen Sterbeort eine Möglichkeit zur Bewertung der Effektivität darstellen, indem der tatsächliche Sterbeort mit dem präferierten der versorgten beziehungsweise begleiteten Patienten verglichen wird.

⁸ Bei einem solitären Hospiz handelt es sich um ein stationäres Hospiz, welches die Versorgungs- und Begleitungsleistungen ausschließlich durch eigenes Personal erbringt. Grundsätzlich können jedoch psychosoziale Leistungen, Verwaltungsleistungen sowie hauswirtschaftliche und Leistungen des Funktionsdienstes auch durch Externe erbracht werden (GKV-Spitzenverband et al. 2017c).

Die für die Literaturdatenbank PubMed angewendete Suchstrategie ist im Anhang (siehe Tabelle 50) detailliert dargestellt. Die anhand dieser Suchstrategie identifizierten Studien wurden in eine Volltextsuche eingeschlossen, wenn sie anhand des Titels und der Zusammenfassung als für die Fragestellung relevant eingestuft und zwischen Januar 2007 und Oktober 2017 veröffentlicht wurden. Diese zeitliche Einschränkung wurde gewählt, um möglichst aktuelle Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Auf Basis einer Sichtung der Volltexte der so ausgewählten Studien können diejenigen Publikationen identifiziert werden, die eine oder mehrere Fragestellungen des Literaturreviews adressieren. Studien, die lediglich einen deskriptiven Vergleich zwischen Versorgungsformen hinsichtlich patienten- oder angehörigenrelevanter Endpunkte vornehmen, ohne für mögliche Störgrößen zu korrigieren, wurden ausgeschlossen.

Die Suche in der Datenbank PubMed ergab nach Ausschluss der vor 2007 veröffentlichten Studien 119 Treffer. In die Volltextsuche wurden 20 Studien einbezogen, von denen nach Ausschluss aufgrund der oben definierten Ausschlusskriterien drei zur Effektivitätsbewertung herangezogen werden können (siehe Tabelle 51 im Anhang). Während sich keine der identifizierten Studien mit der Effektivität ambulanter Hospizdienste beschäftigt, konnte eine Studie zur Effektivität der SAPV sowie zwei Studien identifiziert werden, die sich mit der Effektivität von Versorgungsformen im Vergleich beschäftigen.

Die Studie von Groh et al. (2014) analysiert den Einfluss der SAPV auf die Lebensqualität von erwachsenen und pädiatrischen Patienten sowie die Lebensqualität und Belastung von ihren pflegenden Angehörigen. Für beide Parameter wurde während der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung eine Verbesserung festgestellt. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass der durch ein SAPV-Team versorgten Patienten keine geeignete Kontrollgruppe gegenübergestellt wurde, sondern lediglich eine Analyse im Zeitverlauf erfolgte. Ob die festgestellte Verbesserung der Lebensqualität und der Angehörigenbelastung somit ausschließlich auf die SAPV zurückzuführen ist, kann nicht zweifelsfrei beurteilt werden.

Die Untersuchung von Gaertner et al. (2013) bietet Anhaltspunkte zur Effektivitätsbewertung der stationären Palliativversorgung. In dieser erfolgte anhand von GKV-Routinedaten ein Vergleich von mindestens einmal innerhalb der letzten 6 Lebensmonate auf einer Palliativstation versorgten Krebspatienten mit auf Basis eines Propensity Scores Matchings ausgewählten Kontrollpatienten, die während ihrer letzten 6 Lebensmonate nicht auf einer Palliativstation versorgt wurden. Diese Gruppen wurden hinsichtlich Sterbeort, für die Krankenkasse entstehenden Behandlungskosten und Surrogaten für die Qualität der Symptomkontrolle, Umfang der medizinischen Behandlung und Entscheidungen am Lebensende verglichen. Wenngleich die Gruppe der palliativ versorgten Patienten signifikant häufiger Opioide erhielt, wodurch von den Autoren ein adäquates Schmerzmanagement vermutet wird, wurden bei diesen Patienten mehr Chemotherapien durchgeführt, höhere Versorgungskosten verursacht und sie wiesen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, im Krankenhaus zu versterben. Die Bewertung der Effektivität auf Basis dieser Studie ist somit abhängig vom gewählten Effektivitätsparameter.

In der Studie von Pinzon et al. (2012) wurde der Zusammenhang zwischen der Symptomprävalenz von Versterbenden und dem Ort ihres Versterbens analysiert. Dafür wurden Hinterbliebene von im Jahr 2008 Verstorbenen schriftlich zu der Symptomlast ihres verstorbenen Angehörigen innerhalb der letzten zwei Lebenstage befragt. Der Einfluss des Sterbeortes auf die Symptomlast wurde durch multiple logistische Regressionen analysiert, in denen für Alter, Geschlecht, Familienstand sowie Krankheit (Krebserkrankung / keine Krebserkrankung) kontrolliert wurde. Insgesamt konnten die Antworten von 990 Hinterbliebenen herangezogen werden, deren Angehörige zu Hause (n = 393), im Krankenhaus (n = 377), im Pflegeheim (n = 125) oder auf einer Palliativstation oder im Hospiz (n = 95) verstarben. Während die Symptome Schmerzen, Atemnot und Nervosität unter den im Krankenhaus Verstorbenen am stärksten ausgeprägt waren, wiesen die in einer palliativmedizinischen Einrichtung (Palliativstation oder

Hospiz) Verstorbenen ein geringeres Risiko für Probleme mit der Wundversorgung als zu Hause Verstorbene auf. Hinsichtlich der berücksichtigten Symptome wurden jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den im Krankenhaus oder im Pflegeheim und den in einer spezialisierten palliativmedizinischen Einrichtung gefunden. Wenngleich diese Studie über einige Einflussfaktoren kontrolliert, können die Ergebnisse – wie auch von den Autoren der Studie skizziert – durch weitere Größen, wie z. B. die Krankheitsschwere der Patienten, beeinflusst sein. Zusammen mit einer geringen Fallzahl lässt auch diese Studie nur eine eingeschränkte Beurteilung der Effektivität der betrachteten Versorgungsformen zu.

Neben der Literaturanalyse in der PubMed-Datenbank wurde über den online zugänglichen Katalog der Deutschen Nationalbibliothek⁹ eine weitere Suche nach geeigneten Dissertationen durchgeführt. Jedoch konnten auf Basis dieser Suche keine weiteren, die Einschlusskriterien erfüllenden Studien identifiziert werden.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass zwar bereits Studien existieren, die sich mit der Wirksamkeit der palliativmedizinischen Versorgungsangebote beschäftigen und dabei insbesondere patientenrelevante Endpunkte wie die Lebensqualität und die Symptomkontrolle oder angehörigenbezogene Endpunkte wie beispielsweise die Entlastung der Angehörigen berücksichtigen. Dennoch ist auf Basis der durch die Literaturanalysen identifizierten Studien eine vollumfängliche Bewertung der Effektivität der verschiedenen Versorgungsformen bislang kaum möglich, da die existierenden Studien aufgrund nicht ausreichend großer Fallzahlen nur in geringem Maße für die Endpunkte beeinflussende Störgrößen kontrollieren. Darüber hinaus fehlen geeignete Studien, die den Einfluss der ambulanten Hospizarbeit auf die Lebensqualität Sterbender und deren Angehöriger analysieren.

⁹ Siehe <https://portal.dnb.de/opac.htm?method=checkCategory&categoryId=onlinefree>.

4 Bestandsaufnahme der Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen

4.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Im Vergleich zu den im Jahr 2012 im Freistaat Sachsen vorgehaltenen ambulanten Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung besteht im Jahr 2017 ein umfangreicheres Angebot an ambulanten Diensten, sodass Sachsen ohne Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte auch im Jahr 2017, wie bereits in der Hospizstudie 2013 konstatiert (Karmann et al. 2014), über eine flächendeckende ambulante Palliativ- und Hospizversorgung verfügt. Tabelle 4 fasst das ambulante Versorgungsangebot zusammen, indem sowohl die Anzahl der Dienste als auch die Bevölkerung und Sterbefälle je ambulantem Dienst dargestellt sind. Bei dieser Darstellung bleibt die personelle Ausstattung der Dienste jedoch unberücksichtigt, die – bezogen auf die ambulanten Hospizdienste – zwischen den Diensten mitunter deutlich variiert (siehe Tabelle 6).

Tabelle 4: Ambulante Dienste der Palliativ- und Hospizversorgung im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2017

Landkreis	Anzahl Dienste			Bevölkerung (in 1.000) je Dienst			Sterbefälle je Dienst		
	AHD	SAPV	allg. Pflege- dienste	AHD	SAPV	allg. Pflege- dienste	AHD	SAPV	allg. Pflege- dienste
Chemnitz, Stadt	3	1	57	83	249	4	1.131	3.392	60
Erzgebirgskreis	9	1	113	35	348	3	566	5.092	45
Mittelsachsen	6	2	95	52	156	3	749	2.248	47
Vogtlandkreis	3	1	80	77	232	3	1.214	3.643	46
Zwickau	4	1	101	81	325	3	1.295	5.179	51
Dresden, Stadt	5	3	107	109	181	5	1.097	1.828	51
Bautzen	5	2	76	61	153	4	832	2.079	55
Görlitz	5	2	81	52	130	3	813	2.032	50
Meißen	2	1	66	123	245	4	1.610	3.220	49
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	3	1	56	82	247	4	1.161	3.482	62
Leipzig, Stadt	2	2	112	280	280	5	3.068	3.068	55
Landkreis Leipzig	3	2	69	86	129	4	1.158	1.738	50
Nordsachsen	4	1	55	49	198	4	662	2.646	48
Sachsen	54	17*	1.068	76	255	4	1.009	3.404	51

* Als Summe über die Landkreise ergeben sich insgesamt 20 SAPV-Teams (davon 1 SAPPV-Team). Jedoch existieren im Freistaat Sachsen nur 17 Leistungserbringer, wobei von den 16 SAPV-Teams für Erwachsene drei Teams jeweils zwei Landkreise versorgen. Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen nach Statistisches Landesamt Sachsen (2016a), Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer (Stand SAPV und AHD: November 2017).

4.1.1 Ambulante Hospizdienste

Im Jahr 2017 existieren in Sachsen 54 ambulante Hospizdienste (siehe Tabelle 5), von denen sich 48 der Begleitung von Erwachsenen und 6 der von Kindern und Jugendlichen widmen.¹⁰ Während der Erzgebirgskreis mit 9 Hospizdiensten über die meisten AHD verfügt, sind im Kreis Meißen und der kreisfreien Stadt Leipzig lediglich 2 ambulante Hospizdienste ansässig.

Auch schon im Jahr 2011 verfügte der Freistaat Sachsen insgesamt über 48 AHD zur Begleitung Erwachsener, wobei diese eine andere regionale Verteilung als im Jahr 2017 aufwiesen. So waren im Jahr 2011 in der kreisfreien Stadt Dresden und dem Vogtlandkreis jeweils ein AHD weniger ansässig als im Jahr 2017, während die kreisfreie Stadt Chemnitz sowie der Landkreis Meißen jeweils über einen AHD mehr als im Jahr 2017 verfügten. Bezogen auf den Landkreis Meißen wird für das Jahr 2017 der in der Hospizstudie 2013 ausgewiesene AHD in Radebeul dem aktuellen Versorgungsangebot nicht zugerechnet, da dieser nach eigener Aussage aktuell keine ambulanten Begleitungen durchführt.¹¹ Das Angebot ambulanter Kinderhospizdienste in Sachsen ist im Vergleich zu 2011 um einen Dienst höher. Dieser begleitet Kinder und Jugendliche im Landkreis Görlitz.

Tabelle 5: Ambulante Hospizdienste im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2011 und 2017

Landkreis	Ambulante Hospizdienste		Ambulante Kinderhospizdienste	
	2011	2017	2011	2017
Chemnitz, Stadt	3	2	1	1
Erzgebirgskreis	7	7	2	2
Mittelsachsen	6	6	0	0
Vogtlandkreis	2	3	0	0
Zwickau	4	4	0	0
Dresden, Stadt	3	4	1	1
Bautzen	5	5	0	0
Görlitz	4	4	0	1
Meißen	3	2	0	0
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	3	3	0	0
Leipzig, Stadt	2	2	0	0
Landkreis Leipzig	2	2	1	1
Nordsachsen	4	4	0	0
Sachsen	48	48	5	6

Quelle: Karmann et al. (2014), Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer (Stand: November 2017).

Wie in Tabelle 6 dargestellt, waren im Jahr 2016 in den 48 ambulanten Hospizdiensten zur Begleitung sterbender Erwachsener insgesamt 1.918 Ehrenamtliche tätig, wodurch sich auf

¹⁰ Zudem existiert ein weiterer, an einen Hospizdienst für Erwachsene angegliederter Kinderhospizdienst im Erzgebirgskreis, der nach eigener Aussage nicht mit den Krankenkassen abrechnet und nicht über Ehrenamtliche verfügt, die ausschließlich Sterbebegleitungen bei Kindern und Jugendlichen durchführen. Aus diesem Grund wird dieser im Versorgungsangebot nicht berücksichtigt.

¹¹ Telefonische Auskunft vom November 2017.

Ebene des Freistaates im Mittel eine Relation von 40,0 Ehrenamtlichen je AHD (Median: 38,5) ergibt. Absolut verfügt der Erzgebirgskreis über die höchste Zahl an Ehrenamtlichen, die absolut auch die meisten Sterbebegleitungen durchführten, wodurch der Erzgebirgskreis auch den höchsten Anteil der gestorbenen Erwachsenen mit ambulanter Hospizversorgung aufweist. Der Anteil von Sterbebegleitungen je ehrenamtlich Tätigem liegt in der kreisfreien Stadt Chemnitz und dem Landkreis Leipzig etwas höher als in den anderen Landkreisen, sodass hier eine Unterkapazität an Ehrenamtlichen vermutet werden kann.

Tabelle 6: Anzahl von Ehrenamtlichen und Sterbebegleitungen in ambulanten Hospizdiensten für Erwachsene im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2016

Landkreis	Anzahl AHD 2017	Ehrenamtliche		Sterbebegleitungen (SB)		Anteil der gestorbenen Erwachsenen mit AHD Begleitung an gestorbenen Erwachsenen insg. (%)
		absolut	je AHD	Anzahl abgeschlossener SB ¹	je Ehrenamtlichen	
Chemnitz, Stadt	2	82	41,0	181	2,2	5,4
Erzgebirgskreis	7	323	46,1	413	1,3	8,1
Mittelsachsen	6	172	28,7	319	1,9	7,1
Vogtlandkreis	3	135	45,0	196	1,5	5,4
Zwickau	4	182	45,5	329	1,8	6,4
Dresden, Stadt	4	237	59,3	285	1,2	5,2
Bautzen	5	161	32,2	242	1,5	5,8
Görlitz	4	152	38,0	243	1,6	6,0
Meißen	2	85	42,5	93	1,1	2,9
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	3	72	24,0	53	0,7	1,5
Leipzig, Stadt	2	98	49,0	185	1,9	3,0
Landkreis Leipzig	2	83	41,5	180	2,2	5,2
Nordsachsen	4	136	34,0	140	1,0	5,3
Sachsen	48	1.918	40,0	2.859	1,5	5,3

Anmerkung: Sterbebegleitungen werden jeweils dem Landkreis zugeordnet, in dem sich der Sitz des AHD befindet, der die Sterbebegleitung durchgeführt hat. Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, Daten Statistisches Landesamt Sachsen (2016a) und Befragungen der Leistungserbringer (Stand: Januar 2018).

In den 6 Kinderhospizdiensten des Freistaates Sachsen sind 214 Ehrenamtliche tätig, die im Jahr 2016 insgesamt 94 Sterbebegleitungen durchgeführt haben.¹² Durchschnittlich verfügt ein sächsischer Kinderhospizdienst über 35,7 Ehrenamtliche (Median: 37). Tabelle 7 stellt die Aufteilung der Ehrenamtlichen und Sterbebegleitungen auf die Landkreise beziehungsweise kreisfreien Städte dar.

Tabelle 7: Anzahl von Ehrenamtlichen und Sterbebegleitungen in ambulanten Hospizdiensten für Kinder und Jugendliche im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2016

Landkreis	Anzahl AKHD 2017	Ehrenamtliche		Sterbebegleitungen	
		absolut	je AKHD	absolut ¹	je Ehrenamtlichen
Chemnitz, Stadt	1	37	37	22	0,6
Erzgebirgskreis	2	54	27	21	0,4
Mittelsachsen	0	0			
Vogtlandkreis	0	0			
Zwickau	0	0			
Dresden, Stadt	1	42	42	18	0,4
Bautzen	0	0			
Görlitz	1	21	21	7	0,3
Meißen	0	0			
Sächs. Schweiz/Osterggeb.	0	0			
Leipzig, Stadt	0	0			
Landkreis Leipzig	1	60	60	26	0,4
Nordsachsen	0	0			
Sachsen	6	214	35,7	94	0,4

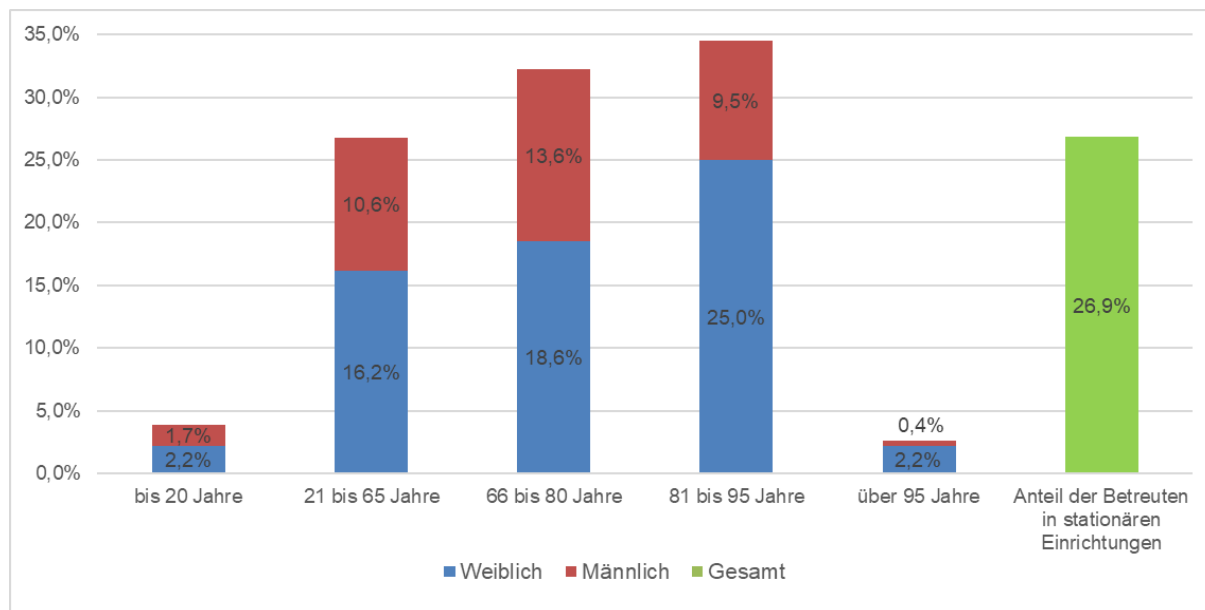
Anmerkung: Sterbebegleitungen werden jeweils dem Landkreis zugeordnet, in dem sich der Sitz des AHD befindet, der die Sterbebegleitung durchgeführt hat. Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, Daten Statistisches Landesamt Sachsen (2016a) und Befragungen der Leistungserbringer (Stand: Januar 2018).

Im Jahr 2015 nahmen 49 ambulante Hospizdienste die Landesförderung des SMS nach der Förderrichtlinie Hospiz in Anspruch. Diese leisten im Rahmen der jährlichen Verwendungsnachweisprüfung eine Berichterstattung an das SMS (SMS 2016a, 2016b). Nachdem die in der Auswertung zu dieser Berichterstattung angegebene Anzahl der Ehrenamtlichen und der abgeschlossenen Sterbebegleitungen bereits in die Darstellungen in Tabelle 6 und Tabelle 7 eingingen, wird in nachfolgender Abbildung 2 die Alters- und Geschlechtsverteilung der durch die 45 AHD für Erwachsene betreuten Personen dargestellt. Dabei waren erwartungsgemäß zwei Drittel der Betreuten zwischen 66 und 95 Jahre alt, während die Altersgruppen der unter 20-Jährigen mit 3,9 Prozent und der über 95-Jährigen mit 2,6 Prozent nur sehr geringe Anteile an allen betreuten Personen aufwiesen. In allen Altersgruppen überwiegt der Anteil von betreuten Frauen, in der Altersgruppe der 81- bis 95-Jährigen jedoch deutlich stärker als in den

¹² Im Gegensatz zu den für die Erwachsenen in Tabelle 6 dargestellten Sterbebegleitungen werden hier nicht nur die abgeschlossenen, sondern auch die noch nicht abgeschlossenen Sterbebegleitungen einbezogen.

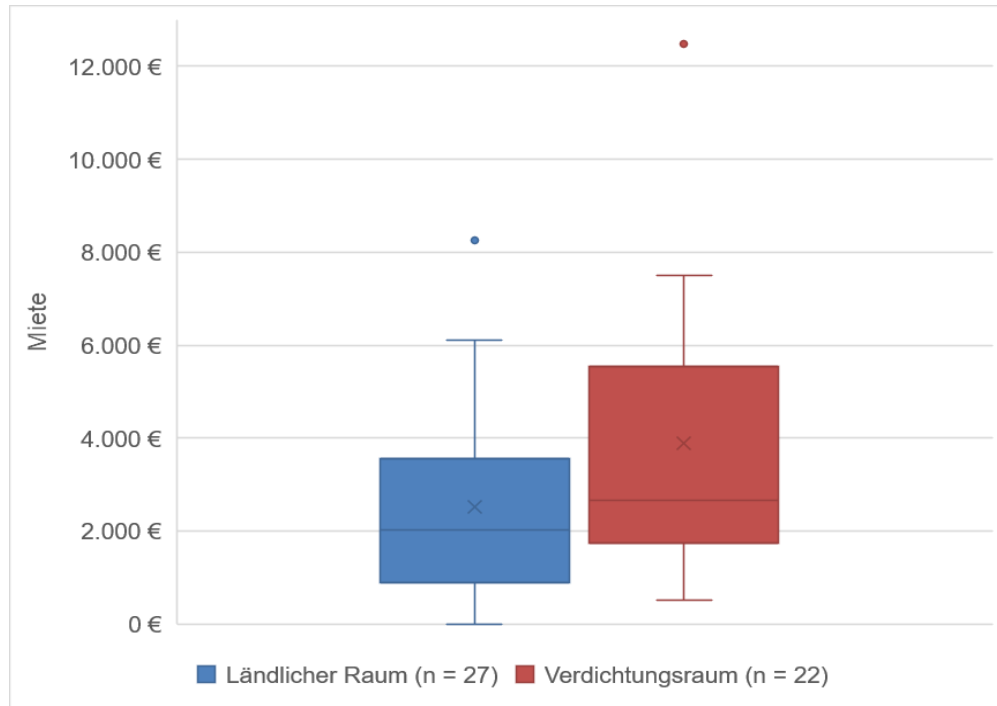
jüngeren Altersgruppen. Darüber hinaus wird dargestellt, dass etwa 26,9 Prozent der Betreuungen in stationären Einrichtungen stattfanden.

Abbildung 2: Durch AHD betreute Personen nach Altersgruppen und in stationären Einrichtungen, 2015



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der LDS-Berichterstattung zur Verwendungsnachweisprüfung FRL Hospiz.

Abbildung 3: Mietkosten der AHD nach Raumkategorie, 2015



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der LDS-Berichterstattung zur Verwendungsnachweisprüfung FRL Hospiz.

Abbildung 3 zeigt die Aufwendungen für Miete der nach FRL Hospiz im Jahr 2015 geförderten Hospizdienste. Dabei zeigt sich, dass in Verdichtungsräumen angesiedelte Hospizdienste im Median höhere Mietkosten aufbringen als Hospizdienste, die ihren Sitz in ländlichen Räumen haben.

4.1.2 Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung

Tabelle 8 zeigt die Situation der SAPV auf Ebene der sächsischen Landkreise. Demnach gibt es im Jahr 2017 auf Ebene des Freistaat Sachsens 16 SAPV-Teams, wobei drei Teams jeweils zwei Kreise versorgen. Zudem existiert ein Team der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung, welches sich den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen widmet.

Im Vergleich zur Situation 2011 hat sich das Angebot der SAPV auf Landesebene von 12 Teams auf 16 erhöht. Während im Jahr 2011 vier Landkreise nicht durch SAPV-Teams versorgt waren, ist aktuell in jedem Landkreis mindestens ein SAPV-Team tätig. So ist in den Landkreisen Mittelsachsen, dem Vogtlandkreis, Görlitz, Nordsachsen jeweils ein zusätzliches Team, im Landkreis Leipzig sind im Vergleich zu 2011 sogar zwei zusätzliche Teams an der Versorgung beteiligt.

Tabelle 8: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2011 und 2017

Landkreis	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung		Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung	
	2011	2017	2011	2017
Chemnitz, Stadt	1	1	0	0
Erzgebirgskreis	1	1	0	0
Mittelsachsen	1	2	0	0
Vogtlandkreis	0	1	0	0
Zwickau	1	1	0	0
Dresden, Stadt	2	2	1	1
Bautzen	2	2	0	0
Görlitz	1	2	0	0
Meißen	1	1	0	0
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	0	1	0	0
Leipzig, Stadt	2	2	0	0
Landkreis Leipzig	0	2	0	0
Nordsachsen	0	1	0	0
Sachsen	12	16*	1	1

* Als Summe über die Landkreise und kreisfreien Städte ergeben sich 19 Leistungserbringer. Auf Landesebene existieren jedoch nur 16 SAPV-Teams, da drei Teams jeweils zwei Landkreise versorgen. Quelle: Karmann et al. (2014), Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer (Stand: November 2017).

Die nachfolgende Tabelle 9 zeigt die Anzahl der je Landkreis beziehungsweise kreisfreien Stadt durch SAPV-Teams betreuten, verstorbenen Erwachsenen sowie den Anteil dieser an den insgesamt je Landkreis Gestorbenen. Die Anzahl der je Landkreis durch SAPV-Teams versorgten Verstorbenen wurde auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK PLUS und einem Anpassungsfaktor ermittelt, der sich – jeweils unterteilt nach Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen – aus der Relation zwischen den je Landkreis verstorbenen AOK-Versicherten und allen in diesem Landkreis Verstorbenen berechnet. Diese Darstellung ordnet die abgeschlossenen Versorgungen nicht dem Landkreis zu, in dem das behandelnde SAPV-Team seinen Sitz hat, sondern dem Landkreis, in dem der Verstorbene seinen Wohnsitz hatte.

Auf Ebene des Freistaates Sachsen erhielten im Jahr 2016 etwa 10 Prozent aller Verstorbenen eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Bezogen auf die einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte streut dieser Wert jedoch zwischen 6,7 Prozent im Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge und 15,2 Prozent im Landkreis Nordsachsen. Während in Sachsen insgesamt etwa die von der DGP empfohlene Versorgungsquote von 10 Prozent erfüllt ist (siehe Kapitel 3.5), zeigen sich in den Landkreisen Sächsische Schweiz/Osterzgebirge, Zwickau, Bautzen, Meißen sowie in der kreisfreien Stadt Leipzig Versorgungsquoten von unter 10 Prozent, die in diesen Regionen auf einen ungedeckten Bedarf hindeuten.

Tabelle 9: Anzahl von spezialisiert ambulant versorgten Verstorbenen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2016

Landkreis	abgeschlossene Versorgungen	Anteil der gestorbenen Erwachsenen mit SAPV an gestorbenen Erwachsenen insg. (%)
Chemnitz, Stadt	389	11,5
Erzgebirgskreis	588	11,6
Mittelsachsen	449	10,0
Vogtlandkreis	512	14,1
Zwickau	359	7,0
Dresden, Stadt	617	11,3
Bautzen	294	7,1
Görlitz	426	10,5
Meißen	295	9,2
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	232	6,7
Leipzig, Stadt	533	8,7
Landkreis Leipzig	435	12,6
Nordsachsen	400	15,2
Sachsen	5.530	10,2

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS und Daten Statistisches Landesamt Sachsen (2016a).

4.1.3 Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Auf Basis der Abrechnungsdaten der AOK PLUS aus den Jahren 2015 und 2016 sowie des in Kapitel 2 beschriebenen Anpassungsfaktors wurde die Häufigkeit abgerechneter palliativmedizinischer Gebührenordnungspositionen ermittelt. Tabelle 10 stellt je Landkreis beziehungsweise kreisfreier Stadt die Anzahl der Erwachsenen mit abgerechneter palliativmedizinischer GOP sowie den Anteil der Erwachsenen mit einer AAPV-Leistung an den im Jahr 2015 Verstorbenen dar. Dabei erfolgte die Zuordnung zu einem Landkreis beziehungsweise einer kreisfreien Stadt anhand des Sitzes des Leistungserbringers. Diese wurden zu den Gestorbenen eines Landkreises in Relation gesetzt. Unter der Annahme, dass Menschen die hausärztliche Versorgung wohnortnah und damit innerhalb des eigenen Landkreises in Anspruch nehmen, werden durch diese Methodik keine wesentlichen Verwerfungen erwartet.

Insgesamt wurde im Jahr 2015 bei 15.371 Erwachsenen eine palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus (GOP 03370) durchgeführt, wodurch sich ein Anteil von 28 Prozent aller 2015 Verstorbenen ergibt, bei denen diese Leistung abgerechnet wurde. Dieser Anteil differiert jedoch zwischen 17 Prozent in der kreisfreien Stadt Chemnitz und 47 Prozent im Landkreis Leipzig. Da auch der Anteil der Verstorbenen mit abgerechneter GOP 03371 (Zuschlag zur Versichertenpauschale für die palliativmedizinische Betreuung in der Arztpraxis) zwischen den Regionen mit 7,4 Prozent in Chemnitz und 36,4 Prozent im Landkreis Leipzig deutlich schwankt, lässt sich eine unterschiedlich starke Durchdringung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in den sächsischen Landkreisen konstatieren. Darüber hinaus zeigt die Auswertung, dass in der Mehrheit der Landkreise beziehungsweise kreisfreien Städte etwas mehr Erwachsene eine allgemeine ambulante Palliativversorgung in der Häuslichkeit als in der Arztpraxis erhalten haben.

Im Vergleich zwischen 2015 und 2016 werden keine wesentlichen Unterschiede deutlich: Erhielten 2015 auf Ebene des Freistaates etwas mehr Erwachsene eine palliativmedizinische Ersterhebung und Betreuung in der Häuslichkeit als im Jahr 2016, wurden im Jahr 2016 etwas mehr Erwachsene in der Arztpraxis betreut. Auch auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte zeigen sich keine deutlichen Unterschiede zwischen den beiden Jahren.

Abrechnungsdaten zur AAPV gemäß GOP 37300-37320 liegen derzeit noch nicht vor. Die Verordnungshäufigkeiten dürften aber aufgrund der hohen fachlichen Anforderungen an Weiter- und Fortbildung der Ärzte (siehe Kapitel 3.2) sehr deutlich unter denen gemäß GOP 03370-03373 beziehungsweise 04370-04373 liegen.

Tabelle 10: Erwachsene mit von Hausärzten erbrachter allgemeiner ambulanter Palliativversorgung nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2015 und 2016, absolut und relativ an den gestorbenen Erwachsenen des Jahres 2015

Landkreis	Hausärzte zum 31.12.2015		Ersterhebung (GOP 03370)		Betreuung in der Arztpraxis (GOP 03371)		Betreuung in der Häuslichkeit (GOP 03372/03373)	
	absolut	je 1.000 Verstorbene	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Chemnitz, Stadt	109	3,2	562 (16,6 %)	640 (18,9 %)	249 (7,4 %)	245 (7,2 %)	476 (14,1 %)	444 (13,1 %)
Erzgebirgskreis	160	3,1	1.093 (21,5 %)	1.093 (21,5 %)	734 (14,4 %)	733 (14,4 %)	866 (17,0 %)	785 (15,4 %)
Mittelsachsen	137	3,1	965 (21,5 %)	931 (20,7 %)	595 (13,3 %)	631 (14,1 %)	817 (18,2 %)	803 (17,9 %)
Vogtlandkreis	114	3,1	885 (24,4 %)	977 (26,9 %)	630 (17,3 %)	749 (20,6 %)	683 (18,8 %)	717 (19,7 %)
Zwickau	154	3,0	959 (18,6 %)	951 (18,4 %)	522 (10,1 %)	598 (11,6 %)	697 (13,5 %)	757 (14,7 %)
Dresden, Stadt	208	3,8	1.261 (23,1 %)	1.299 (23,8 %)	946 (17,4 %)	1.086 (19,9 %)	950 (17,4 %)	991 (18,2 %)
Bautzen	154	3,7	1.205 (29,1 %)	1.000 (24,1 %)	1.018 (24,6 %)	892 (21,5 %)	1.122 (27,1 %)	906 (21,9 %)
Görlitz	127	3,1	1.062 (26,2 %)	1.036 (25,5 %)	632 (15,6 %)	771 (19,0 %)	794 (19,6 %)	751 (18,5 %)
Meißen	107	3,3	1.332 (41,5 %)	1.195 (37,3 %)	759 (23,7 %)	892 (27,8 %)	1.011 (31,5 %)	958 (29,9 %)
Sächs. Schweiz/ Osterzgeb.	106	3,1	1.146 (33,0 %)	1.181 (34,1 %)	794 (22,9 %)	857 (24,7 %)	905 (26,1 %)	952 (27,4 %)
Leipzig, Stadt	266	4,4	2.583 (42,3 %)	2.086 (34,1 %)	1.337 (21,9 %)	1.164 (19,0 %)	1.796 (29,4 %)	1.622 (26,6 %)
Landkreis Leipzig	132	3,8	1.631 (47,1 %)	1.389 (40,1 %)	1.263 (36,4 %)	1.283 (37,0 %)	1.034 (29,8 %)	1.110 (32,0 %)
Nordsachsen	100	3,8	688 (26,1 %)	658 (25,0 %)	517 (19,6 %)	519 (19,7 %)	490 (18,6 %)	459 (17,4 %)
Sachsen*	1.874	3,5	15.371 (28,3 %)	14.436 (26,6 %)	9.996 (18,4 %)	10.421 (19,2 %)	11.639 (21,4 %)	11.256 (20,7 %)

* Abweichungen in den Summen rundungsbedingt. Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS und Daten Statistisches Landesamt Sachsen (2016a, 2016b).

In nachfolgender

Tabelle 11 ist die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, bei denen Kinderärzte in den Jahren 2015 und 2016 allgemeine ambulante Palliativleistungen abrechneten, sowie der Anteil dieser an den im Jahr 2015 gestorbenen Kindern und Jugendlichen angegeben. Auch wenn ein Vergleich zwischen den Landkreisen beziehungsweise kreisfreien Städten und den Jahren aufgrund der geringen Anzahl schwierig ist, zeigt sich, dass die allgemeine palliativmedizinische Betreuung der Kinder und Jugendlichen tendenziell eher in der Arztpraxis stattfindet als in der Häuslichkeit. Zudem zeigt sich, dass palliativmedizinische Leistungen für Kinder tendenziell in den urbanen Zentren des Freistaates erbracht werden. Im Gegensatz zur hausärztlichen Ver-

sorgung ist bei der stärker spezialisierten pädiatrischen Versorgung eine landkreisgrenzen-überschreitende Inanspruchnahme zu erwarten, sodass die Relativangaben unter der Berücksichtigung potentieller Mitversorgungseffekte zu interpretieren sind.¹³

Tabelle 11: Kinder und Jugendliche mit von Kinderärzten erbrachter allgemeiner ambulanter Palliativversorgung nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2015 und 2016, absolut und relativ an den gestorbenen Kindern und Jugendlichen des Jahres 2015

Landkreis	Kinderärzte zum 31.12.2015		Ersterhebung (GOP 04370)		Betreuung in der Arztpraxis (GOP 04371)		Betreuung in der Häuslichkeit (GOP 04372/04373)	
	absolut	je Verstorbenem	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Chemnitz, Stadt	24	2,4	15 (150,0 %)	5 (48,5 %)	10 (100,0 %)	7 (72,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Erzgebirgskreis	27	3,4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mittelsachsen	24	3,0	5 (66,7 %)	2 (19,4 %)	3 (33,3 %)	2 (19,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Vogtlandkreis	15	1,4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Zwickau	22	1,6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (12,4 %)	2 (12,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Dresden, Stadt	62	1,9	15 (45,5 %)	0 (0,0 %)	15 (47,0 %)	6 (17,6 %)	6 (19,7 %)	0 (0,0 %)
Bautzen	23	1,6	0 (0,0 %)	2 (12,1 %)	4 (25,0 %)	5 (36,4 %)	2 (12,5 %)	2 (12,1 %)
Görlitz	18	2,6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Meißen	23	1,5	4 (25,0 %)	2 (13,9 %)	6 (37,5 %)	4 (27,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sächs. Schweiz/ Osterzgeb.	22	1,6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Leipzig, Stadt	65	2,5	7 (27,3 %)	2 (8,1 %)	9 (36,4 %)	2 (8,1 %)	5 (18,2 %)	2 (8,1 %)
Landkreis Leipzig	23	2,3	8 (75,0 %)	7 (72,8 %)	10 (100,0 %)	16 (158,4 %)	0 (0,0 %)	5 (48,5 %)
Nordsachsen	16	1,5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen*	364	2,0	55 (30,5 %)	22 (12,1 %)	77 (43,0 %)	58 (32,1 %)	14 (8,0 %)	11 (6,0 %)

* Abweichungen in den Summen rundungsbedingt. Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS und Daten Statistisches Landesamt Sachsen (2016a, 2016b).

¹³ Aus diesem Grund sowie wegen der abweichenden Jahre kann es zu Relationen von über 100 Prozent kommen (so erhielten rechnerisch in der kreisfreien Stadt Chemnitz 150 Prozent der Verstorbenen eine Ersterhebung).

4.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

Wie Tabelle 12 zeigt, verfügt der Freistaat Sachsen im Jahr 2017 über 30 Palliativstationen und über elf stationäre Hospize im Jahr 2018, von denen sich eines der speziellen Versorgung von Kindern und Jugendlichen widmet. Im Gegensatz zur Versorgungssituation im Jahr 2012¹⁴ verfügen aktuell alle Landkreise über mindestens eine Einrichtung der stationären Hospiz- oder Palliativversorgung.

Tabelle 12: Anzahl stationärer Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten

Landkreis	Anzahl stationärer Einrichtungen			Bevölkerung je Einrichtung (in 1.000)		
	Hospize	Palliativstationen	Krankenhäuser mit palliativ. Konsiliar-dienst	Hospize	Palliativstationen	Krankenhäuser mit palliativ. Konsiliar-dienst
Chemnitz, Stadt	1	2	1	249	124	249
Erzgebirgskreis	1	2	3	348	174	116
Mittelsachsen	2	2	3	156	156	104
Vogtlandkreis	1	2	1	232	116	232
Zwickau	1	2	3	325	162	108
Dresden, Stadt	0	4	3	-	136	181
Bautzen	0	3	0	-	102	-
Görlitz	1	3	2	260	87	130
Meißen	1	2	1	245	123	260
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	0	2	2	-	124	-
Leipzig, Stadt	2	3	4	280	187	140
Landkreis Leipzig	1	2	1	258	129	-
Nordsachsen	0	1	2	-	198	99
Sachsen	11	30	26	371	136	157

Quelle: Eigene Berechnungen nach Statistisches Landesamt Sachsen (2016a), Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte und telefonische Konsultation der Leistungserbringer (Stand stationäre Hospize und Palliativstationen: Oktober 2017, palliativmedizinische Konsiliardienste: Dezember 2017).

¹⁴ Die stationäre Versorgung wird mit 2012 verglichen, da die stationären Strukturen in der Hospizstudie 2013 (Karmann et al. 2014) mit Stand 2012 ausgewiesen werden.

4.2.1 Stationäre Hospize

Wie Tabelle 13 zeigt, wurden seit dem Jahr 2012 drei weitere stationäre Hospize zur Versorgung Erwachsener errichtet, wobei sich dieser Ausbau ausschließlich auf die Region Chemnitz konzentrierte. Sachsen verfügt derzeit über insgesamt elf stationäre Hospize mit 133 Betten, von denen das Kinderhospiz Bärenherz im Landkreis Leipzig (10 Betten) die Versorgung von Kindern und Jugendlichen übernimmt. Dabei weist die Stadt Leipzig mit zwei Hospizen, in denen 28 Plätze vorgehalten werden, ohne Berücksichtigung der Bevölkerungszahlen das höchste Versorgungsangebot auf (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Stationäre Hospize im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2012 und 2018

Landkreis	Hospize 2012		Kinderhospize 2012		Hospize 2018		Kinderhospize 2018	
	Anzahl	Betten	Anzahl	Betten	Anzahl	Betten	Anzahl	Betten
Chemnitz, Stadt	1	16	0	0	1	16	0	0
Erzgebirgskreis	1	8	0	0	1	8	0	0
Mittelsachsen	1	10	0	0	2	22	0	0
Vogtlandkreis	0	0	0	0	1	12	0	0
Zwickau	0	0	0	0	1	9	0	0
Dresden, Stadt	0	0	0	0	0	0	0	0
Bautzen	0	0	0	0	0	0	0	0
Görlitz	1	12	0	0	1	12	0	0
Meißen	1	16	0	0	1	16	0	0
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	0	0	0	0	0	0	0	0
Leipzig, Stadt	2	28	0	0	2	28	0	0
Landkreis Leipzig	0	0	1	12	0	0	1	10
Nordsachsen	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	7	90	1	12	10	123	1	10

Quelle: Karmann et al. (2014), Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V., Internetauftritte der Leistungserbringer (Stand: April 2018).

In der sich anschließenden Tabelle 14 sind die absolut je Landkreis im Hospiz verstorbenen Erwachsenen sowie der Anteil dieser an den insgesamt je Landkreis verstorbenen Erwachsenen dargestellt. Erstere Zahl wurde wiederum auf Basis der Abrechnungsdaten der AOK PLUS und einem Anpassungsfaktor berechnet. Auch hier werden die Angaben dem Landkreis zugeordnet, in dem der Verstorbene seinen Wohnsitz hatte. Insgesamt verstarben im Jahr 2016 im Freistaat Sachsen 848 Menschen und damit 1,6 Prozent aller Gestorbenen im Hospiz. Dabei wies der Vogtlandkreis im Jahr 2016 den geringsten Anteil von im Hospiz Verstorbenen an allen Verstorbenen auf. In diesem Landkreis wurde jedoch ein Hospiz mit 12 Betten in Falkenstein neu errichtet, welches seit Mai 2017 die stationäre Hospizversorgung Erwachsener im Vogtlandkreis übernimmt. Aktuell verfügen die Landkreise Bautzen, Nordsachsen, Sächsische Schweiz/Osterzgebirge, der Landkreis Leipzig sowie die kreisfreie Stadt Dresden über keine eigene stationäre Hospizversorgung für Erwachsene, was sich größtenteils auch in einem geringen Anteil der im Hospiz Verstorbenen an allen Verstorbenen widerspiegelt (siehe Tabelle

14). Überdies wurden die Hospize in Werdau (Landkreis Zwickau) und Leisnig (Landkreis Mittelsachsen) erst im Jahr 2018 eröffnet. In Torgau (Landkreis Nordsachsen) befindet sich aktuell ein stationäres Hospiz im Bau. Zudem bestehen Pläne zur Errichtung weiterer stationärer Hospize in den Landkreisen Bautzen und Görlitz sowie der kreisfreien Stadt Dresden (interne Übersicht des SMS). Das Hospiz ADVENA in Leipzig plant ferner einen Neubau, der auch über einen Bereich für schwerkranke junge Erwachsene verfügen soll (Hospizium Leipzig gGmbH 2017).

Tabelle 14: Anzahl von im Hospiz verstorbenen Erwachsenen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2016

Landkreis	Anzahl der im Hospiz verstorbenen Erwachsenen	Anteil der im Hospiz Gestorbenen an gestorbenen Erwachsenen insg. (%)
Chemnitz, Stadt	83	2,5
Erzgebirgskreis	67	1,3
Mittelsachsen	109	2,4
Vogtlandkreis	3	0,1
Zwickau	47	0,9
Dresden, Stadt	63	1,2
Bautzen	43	1,0
Görlitz	72	1,8
Meißen	13	0,4
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	18	0,5
Leipzig, Stadt	187	3,1
Landkreis Leipzig	102	2,9
Nordsachsen	43	1,6
Sachsen	848	1,6

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS und Daten Statistisches Landesamt Sachsen (2016a).

4.2.2 Palliativstationen

Auch die stationäre Palliativversorgung wurde im Freistaat Sachsen im Vergleich zum Jahr 2012 weiter ausgebaut: Verfügte Sachsen 2012 noch über 24 Palliativstationen, die 188 Betten vorhielten, sind es aktuell insgesamt 30 Palliativstationen mit 243 Betten, wobei inzwischen jeder Landkreis über mindestens eine Palliativstation verfügt. Das größte Angebot besteht in den kreisfreien Städten Dresden mit vier Palliativstationen und 41 Betten sowie Leipzig mit drei Palliativstationen und 32 Betten (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Palliativstationen im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2012 und 2017

Landkreis	Palliativstationen 2012		Palliativstationen 2017	
	Anzahl	Betten	Anzahl	Betten
Chemnitz, Stadt	2	16	2	23
Erzgebirgskreis	2	12	2	14
Mittelsachsen	2	12	2	12
Vogtlandkreis	2	14	2	14
Zwickau	1	10	2	16
Dresden, Stadt	4	40	4	41
Bautzen	1	8	3	22
Görlitz	2	12	3	21
Meißen	2	12	2	15
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	2	12	2	13
Leipzig, Stadt	3	32	3	32
Landkreis Leipzig	1	8	2	14
Nordsachsen	0	0	1	6
Sachsen	24	188	30	243*

* Zur Erfassung der tatsächlichen Versorgungssituation wurden die auf den Internetseiten der Krankenhäuser angegebenen Bettenzahlen herangezogen, weswegen die hier dargestellten Zahlen möglicherweise zu anderen Statistiken differieren. Quelle: Karmann et al. (2014), Krankenhausplan Sachsen (Stand: 01.07.2016), Internetauftritte der Krankenhäuser.

Tabelle 16 zeigt die Anzahl der auf einer Palliativstation verstorbenen Erwachsenen, absolut und im Verhältnis zu allen Gestorbenen auf Landkreisebene. Diese wurden auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK PLUS und einem Anpassungsfaktor je Landkreis beziehungsweise kreisfreier Stadt ermittelt, wobei die Zuordnung zu einem Landkreis wiederum auf Basis des Wohnsitzes des Verstorbenen erfolgte. Insgesamt verstarben im Jahr 2016 im Freistaat Sachsen 1.329 Menschen und damit 2,4 Prozent aller Gestorbenen auf einer Palliativstation (siehe Tabelle 16). Dabei weisen die kreisfreien Städte Dresden und Leipzig jeweils deutlich höhere Anteile und der Vogtlandkreis einen deutlich geringeren Anteil der auf einer Palliativstation Verstorbenen unter allen Verstorbenen als die anderen Landkreise des Freistaates Sachsens auf.

Tabelle 16: Anzahl von auf einer Palliativstation verstorbenen Erwachsenen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2016

Landkreis	Anzahl der auf einer Palliativstation verstorbenen Erwachsenen	Anteil der auf einer Palliativstation Gestorbenen an gestorbenen Erwachsenen insg. (%)
Chemnitz, Stadt	93	2,7
Erzgebirgskreis	30	0,6
Mittelsachsen	34	0,8
Vogtlandkreis	1	0,0
Zwickau	12	0,2
Dresden, Stadt	330	6,1
Bautzen	110	2,7
Görlitz	93	2,3
Meißen	24	0,7
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	92	2,7
Leipzig, Stadt	368	6,0
Landkreis Leipzig	98	2,8
Nordsachsen	43	1,6
Sachsen	1.329	2,4

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS und Daten Statistisches Landesamt Sachsen (2016a).

4.2.3 Palliativmedizinische Konsiliardienste in Krankenhäusern

Es existiert auf Landesebene bis dato keine Übersicht der in Krankenhäusern tätigen palliativmedizinischen Konsiliardienste. Aus diesem Grund wurden diese über eine eigene Erhebung im Zeitraum vom 3. November bis 5. Dezember 2017 erfasst. Die Recherche erfolgte über die Internetauftritte der sächsischen Krankenhäuser gemäß Landeskrankenhausplan sowie eine telefonische Konsultation, wobei primär angegebene Kontakte der Pflegedirektionen konsultiert wurden. Es wurden 63 Kliniken kontaktiert, wobei psychiatrische und orthopädische Fachkliniken sowie Rehabilitationskliniken nicht berücksichtigt wurden. Ein Konsiliardienst war dabei in 26 Kliniken tätig. Acht Kliniken gaben an, dass dieser ausschließlich beratend tätig sei. Tabelle 17 zeigt die Aufteilung der in Sachsen tätigen Konsiliardienste auf die Landkreise und kreisfreien Städte.

Tabelle 17: Palliativmedizinische Konsiliardienste in Krankenhäusern des Freistaates Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2017

Landkreis	Krankenhäuser		
	Anzahl gesamt	mit palliativ. Konsiliardienst	Anteil mit palliativ. Konsiliardienst in %
Chemnitz, Stadt	3	1	33,3
Erzgebirgskreis	6	3	50,0
Mittelsachsen	7	3	42,9
Vogtlandkreis	7	1	14,3
Zwickau	6	3	50,0
Dresden, Stadt	6	3	50,0
Bautzen	8	0	0,0
Görlitz	7	2	28,6
Meißen	6	1	16,7
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	6	2	33,3
Leipzig, Stadt	6	4	66,7
Landkreis Leipzig	4	1	25,0
Nordsachsen	7	2	28,6
Sachsen	79	26	32,9

Quelle: Eigene Berechnung nach Krankenhausplan Sachsen und telefonische Konsultation der sächsischen Krankenhäuser (Stand: November 2017).

4.3 Infrastrukturbewertung

Für die Infrastrukturbewertung werden Indikatoren des potentiellen Zugangs zu verschiedenen Versorgungsarten herangezogen. Der potentielle Zugang beschreibt die räumliche Wirksamkeitsvoraussetzung für die Versorgung und im engeren Sinne das räumliche Zusammentreffen von potentielltem Bedarf und Angebot. Der realisierte Zugang beschreibt demgegenüber die tatsächliche Inanspruchnahme der Versorgungslandschaft in einem räumlichen Kontext. Der Zugang setzt sich in beiden Fällen aus Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der Versorgung zusammen. Hierbei ist die Erreichbarkeit der Versorgung ein Zustand, indem die physische Distanz zwischen den Patienten und Angehörigen und die Versorgungseinrichtung mit zumutbarem Aufwand überwunden wird (realisiert) oder überwunden werden kann (potentiell). Verfügbar ist die Versorgung hingegen, wenn freie Kapazitäten zur Versorgung zur Verfügung stehen.

Für die Bewertung werden

- i. die *potentielle Erreichbarkeit*, erfasst als minimale potentielle Wegzeit zur jeweils nächstgelegenen Versorgungseinrichtung in PKW-Fahrzeit in Minuten sowie daraus aggregiert als Bevölkerungsanteil innerhalb definierter Mindesterreichbarkeitsschwellen auf Landkreisebene,
- ii. die *potentielle Verfügbarkeit* (Relation von Versorgern zur relevanten Bevölkerung auf Landkreisebene) sowie
- iii. die *potentielle erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit* des Angebotes unterschieden.

Die potentielle Erreichbarkeit (i) misst die Distanz beziehungsweise den Weg, der zu überbrücken ist, um eine Versorgung zu erhalten. Man unterscheidet hierbei die räumliche Distanz, z. B. in Kilometern, und die Wegzeit, z. B. in Minuten, wobei letztere aus Patientenperspektive die relevantere Größe darstellt. Eine deutliche Einschränkung dieses Indikators ist jedoch, dass jeder Leistungserbringer als gleichermaßen verfügbar angenommen wird, da keinerlei Berücksichtigung des zu versorgenden Bevölkerungspotentials erfolgt. Der Zugang kann demnach bei hohem regionalem Bedarf trotz kurzer Wege zum nächstgelegenen Anbieter vergleichsweise schlecht sein (keine freien Plätze, lange Wartezeiten), sodass auf weiter entfernte Alternativen ausgewichen werden muss. Die potentielle Verfügbarkeit (ii) berücksichtigt demgegenüber regionale Kapazitäten als Verhältnis von angebotener Leistung zu potentielltem Bedarf (z. B. SAPV-Teams je Einwohner). Eine übliche Darstellung ist das Verhältnis von Versorgungseinrichtungen zu Verstorbenen bezogen auf eine räumliche Einheit (beispielsweise Landkreise). Ein Schwachpunkt dieser einfachen Verhältnisangabe ist, dass innerhalb eines Raumes keine Berücksichtigung der Verteilung der Leistungserbringer erfolgt. Diese gelten durch die Durchschnittsbildung als von jedem Standort gleichmäßig erreichbar, was keinesfalls der Realität entspricht. Gleichermaßen verzerrend wirkt die Tatsache, dass durch die fixe Aggregation auf Landkreise jegliche Überschreitung von Landkreisgrenzen und damit regionale Mitversorgung unberücksichtigt bleibt. Die potentielle erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit (iii) berücksichtigt Kapazitäts- und Erreichbarkeitsaspekte und korrigiert somit die wesentlichen Schwachpunkte der vorherigen Indikatoren. Um die Erreichbarkeit bei der Bildung regionaler Angebots-Einwohner-Relationen zu berücksichtigen, erfolgt eine Distanzgewichtung des potentiell verfügbaren Angebots. Anstelle einer Aggregation von Bevölkerung und Angebot innerhalb fixer Landkreisgrenzen werden dabei von jedem Bevölkerungsstandort aus erreichbare Versorgungseinrichtungen in einem maximalen Distanzradius einbezogen. Das Ergebnis ist eine erreichbarkeitsgewichtete Angebotsrelation, die auf jeder räumlichen Einheit zurückaggregiert dargestellt werden kann.

Die Messung der potentiellen Erreichbarkeit erfolgt über die potentiellen minimalen Wegzeiten zwischen den Wohnorten der Einwohner und dem jeweils nächsten Versorgungsdienst. Hierüber werden beide Richtungen, sowohl die Fahrzeit zu einer Versorgungseinrichtung als auch von einer Versorgungseinrichtung zum Patienten, abgebildet. Darauf aufbauend wird der Anteil der Bevölkerung innerhalb einer relevanten Erreichbarkeitsgrenze ermittelt. Für die Berechnungen müssen zunächst der Wohnort der potentiellen Patienten und der Ort der Versorger geografisch bestimmt werden. Während der Wohnort bereits statistisch im Zensus von 2011 für 1x1 Kilometer große Zellenblöcke erfasst ist, wird der Leistungsort durch eine Georeferenzierung der Versorger bestimmt. Das heißt, es wurde anhand von Adressdaten eine dem Zensus entsprechende Lokalisation für jeden Versorger ermittelt. Anhand der openstreet-map-Straßenkarte, einer Informationsbasis, die alle sächsischen Straßen inklusive Maximal- und Durchschnittsgeschwindigkeit enthält, wurden die theoretischen Fahrzeiten zwischen den verschiedenen Orten in Sachsen über einen Fahrzeitalgorithmus bestimmt (Dijkstra-Algorithmus des Pakets igraph in R-3.4).

Die erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit des Angebots wird mit dem mathematischen Verfahren der zweistufig gleitenden Einzugsbereiche (Luo und Qi 2009) berechnet. Bei diesem Verfahren wird zunächst ein Versorgungspotential für jede spezifische Versorgungseinrichtung berechnet. Dies geschieht, indem die verstorbenen Kinder und Jugendlichen beziehungsweise Erwachsenen innerhalb der Einzugsgebiete der individuellen Versorgungseinrichtungen aggregiert werden. Diese Aggregation erfolgt distanzgewichtet, die (verstorbene) Bevölkerung geht also mit zunehmender Distanz schwächer in das Verhältnis ein, bis die Grenzen eines Einzugsgebietes erreicht sind. Da sich die Grenzen ausschließlich auf Basis von Distanzen und nicht in Abhängigkeit von Landkreisgrenzen ergeben, überlappen sich die Einzugsbereiche der Versorger, was sich in der Versorgungsrealität als räumliche Mitversorgung widerspiegelt. Als Grenzen der Einzugsgebiete wurden 30 Minuten bei SAPV, AHD und Palliativstationen und 60 Minuten bei stationären Hospizen gewählt. In einem zweiten Schritt werden die mit dem Versorgungspotential „belasteten“ Einrichtungen zurück auf die Bevölkerung verteilt. Dies geschieht, indem die gewichteten Versorgungseinrichtungen innerhalb der Einzugsgebiete der Wohnorte der Bevölkerung aggregiert werden. Als Berechnungsgrundlage dienen die Fahrzeiten der Erreichbarkeitsanalyse sowie die Bevölkerungsverteilung des Zensus, ergänzt um die Verstorbenenanzahlen des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen. Aus diesem Verfahren ergibt sich das erreichbarkeitsgewichtete Verhältnis von Verstorbenen zu Versorgungseinrichtungen, das heißt eine potentielle Kapazität an jedem Patientenwohnort, die von der Erreichbarkeit verschiedener Anbieter und dem regionalen Bedarf inklusive potentieller Mitversorgung bestimmt wird.

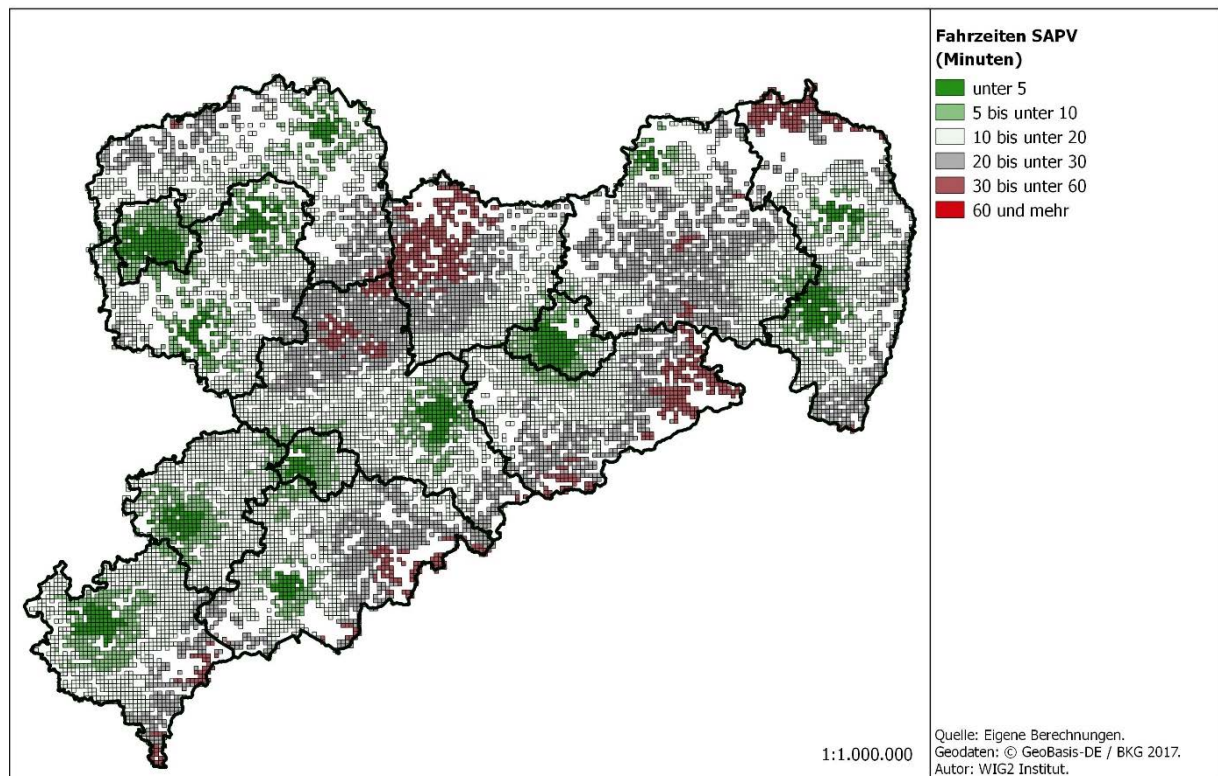
4.3.1 Potentieller Zugang

Karte 1 stellt die Ergebnisse der Erreichbarkeitsanalyse für die SAPV kartografisch dar. Insgesamt wird ein Richtwert von maximal 30 Minuten Wegezeit in vielen Regionen Sachsen erreicht. Wegezeiten jenseits dieses Richtwertes bestehen aktuell in den nördlichen Regionen des Landkreises Mittelsachsen sowie im angrenzenden Landkreis Meißen, die beide von einem SAPV-Team mit Sitz in Dresden versorgt werden.¹⁵ Durchgängig längere Wege bestehen zudem für Menschen in den Grenzregionen zur Tschechischen Republik sowie in Nordostsachsen an der Grenze zu Brandenburg. Eine Mitversorgung durch die beiden brandenburgischen SAPV-Teams in Cottbus und Elsterwerda (Interessengemeinschaft SAPV im Land Brandenburg) findet laut telefonischer Auskunft dieser beiden Teams nicht beziehungsweise nur in sehr geringem Umfang statt.¹⁶

¹⁵ Team II des Home Care Sachsen e. V.

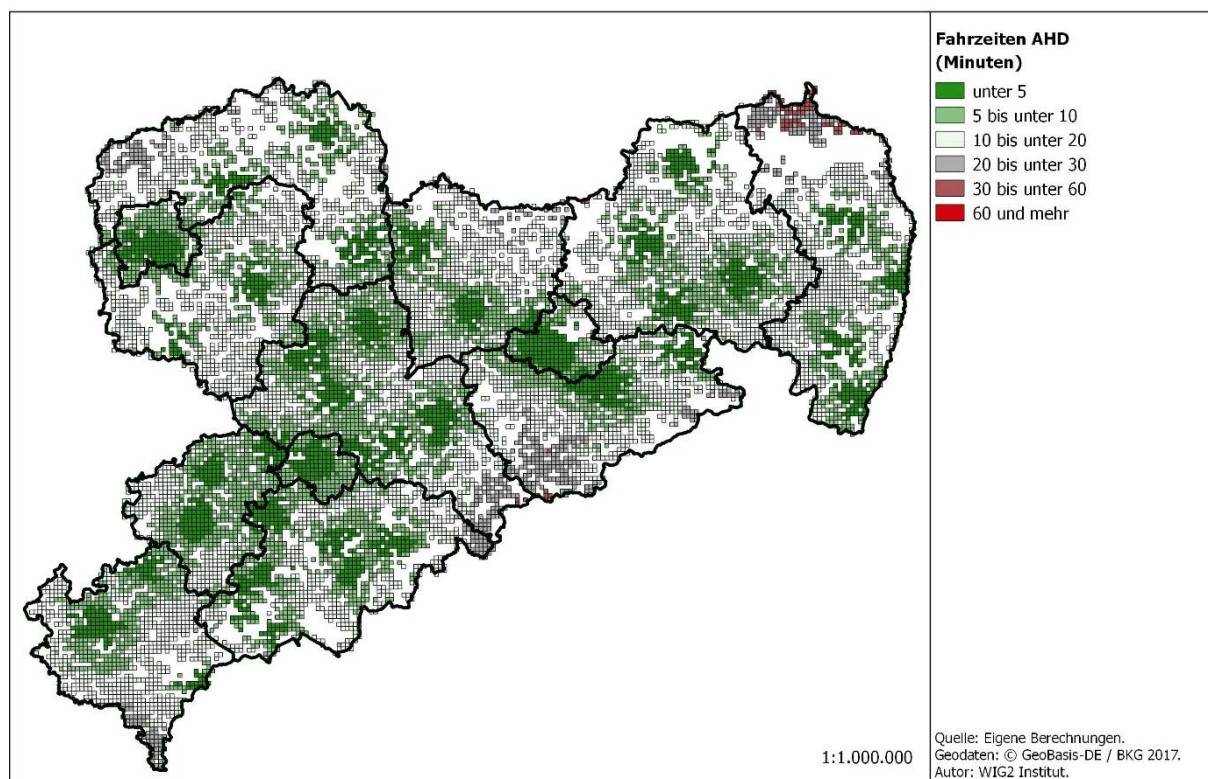
¹⁶ Telefonische Auskunft vom 05. Januar 2018.

Karte 1: Minimale potentielle Wegezeit SAPV



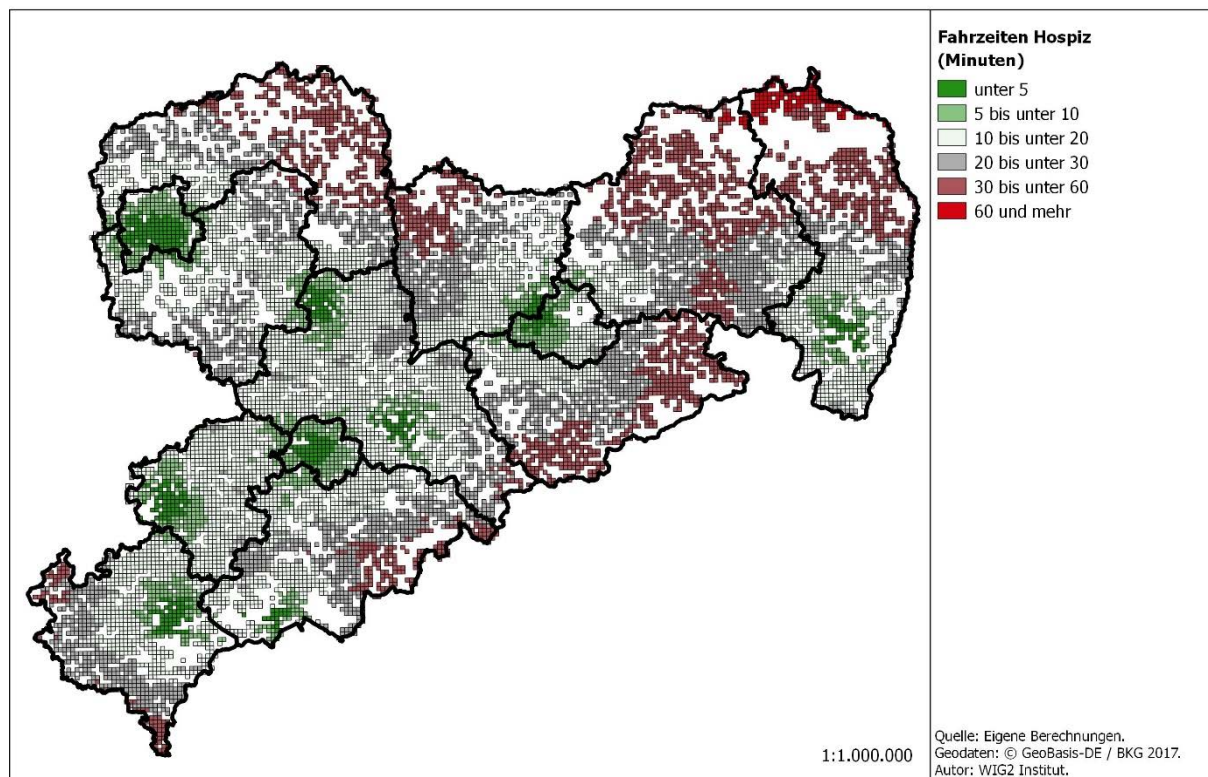
Legt man die gleichen Erreichbarkeitsrichtwerte für die ambulanten Hospizdienste zu Grunde, zeigt sich eine weitestgehend ausgeglichene flächenmäßige Erreichbarkeit in ganz Sachsen (siehe Karte 2). Lediglich im nördlichen Teil des Landkreises Görlitz wird der Richtwert von 30 Minuten Wegezeit überschritten. Jedoch spiegeln diese Daten nur die potentiellen Wegezeiten wider, wodurch Mitversorgungseffekte durch weiter entfernte Dienste nicht berücksichtigt werden.

Karte 2: Minimale potentielle Wegezeit AHD



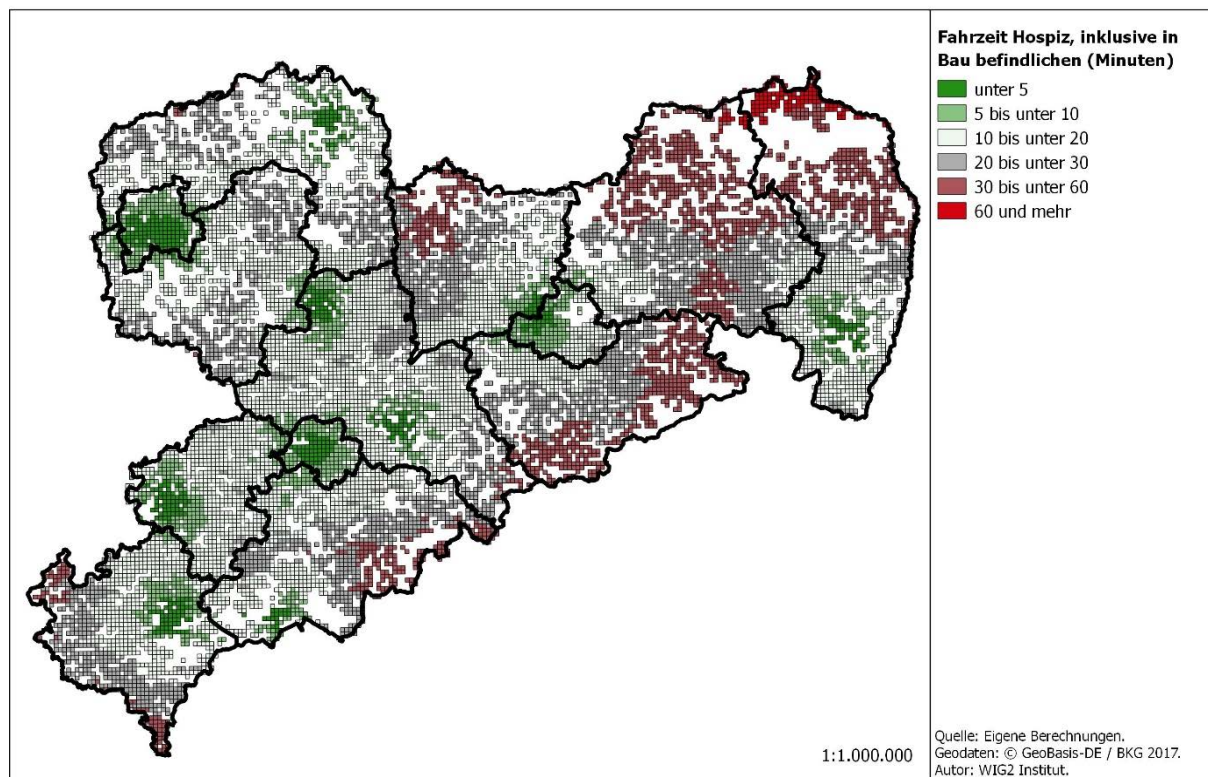
Die Erreichbarkeit von stationären Hospizen in Karte 3 zeigt eine schwierige Erreichbarkeits-situation im Landkreis Görlitz an der Grenze zu Brandenburg und in Nordsachsen. Ebenfalls erschwert ist die Erreichbarkeit in vereinzelten Gebieten des Erzgebirges und der sächsischen Schweiz. In Nordgörlitz, in den Gemeinden Schleife, Groß-Drüben, Gablenz und Bad-Muskau kann eine Grenze von 60 Minuten zum nächsten stationären Hospiz nicht eingehalten werden.

Karte 3: Minimale potentielle Wegezeit zu stationären Hospizen



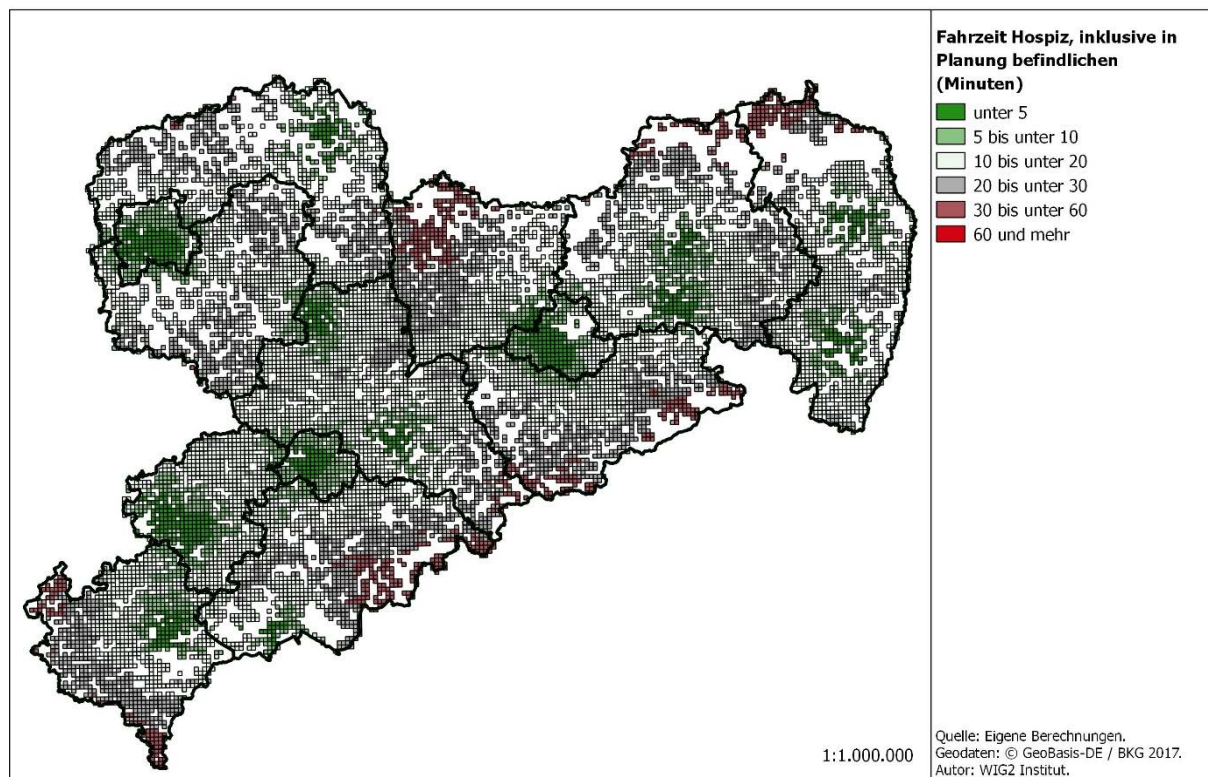
In die folgende Darstellung wird zudem das in Torgau im Landkreis Nordsachsen im Bau befindliche Hospiz einbezogen (siehe Karte 4).

Karte 4: Minimale potentielle Wegezeit zu stationären Hospizen, inkl. im Bau befindliches Hospiz in Torgau



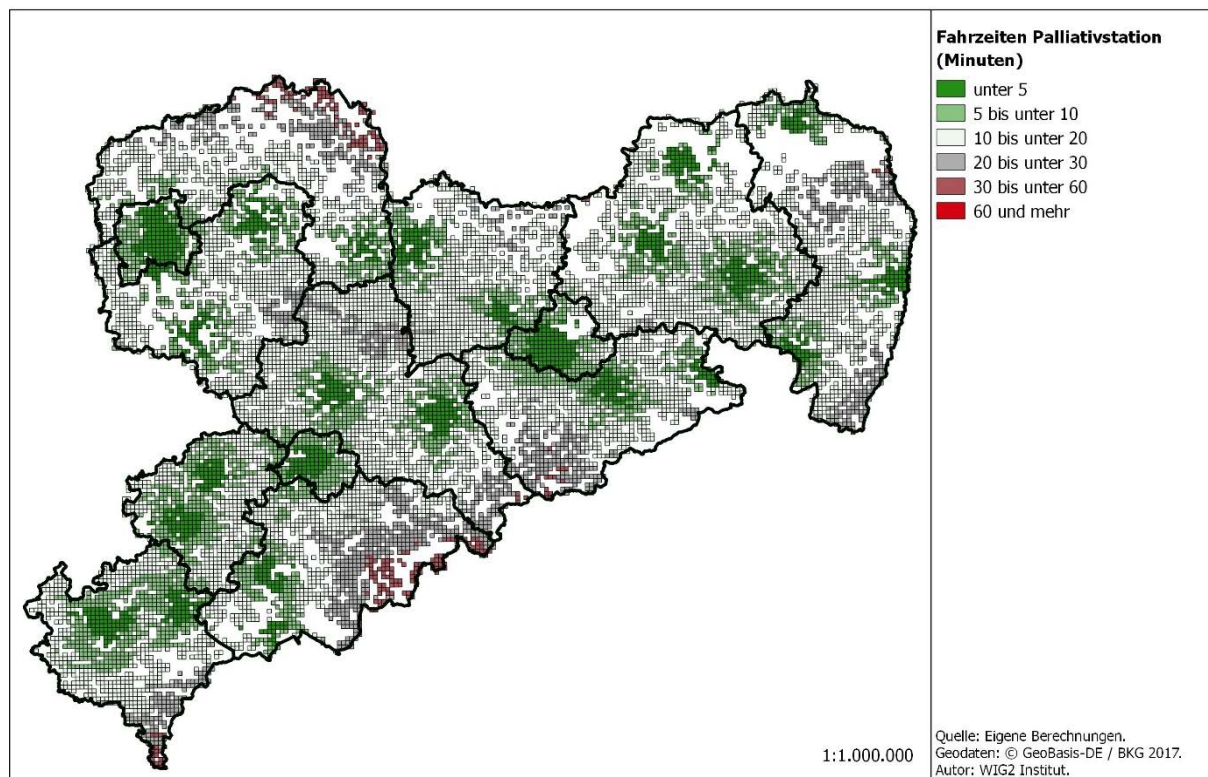
Zusätzlich können neben dem im Bau befindlichen Hospiz auch die aktuell in Planung befindlichen Hospize (Bischofswerda im Landkreis Bautzen, Niesky im Landkreis Görlitz sowie in Dresden) angesetzt werden, um ein Bild der zukünftigen Entwicklung zu erhalten (siehe Karte 5). Damit zeigt sich eine deutlich ausgeglichene Erreichbarkeitssituation im gesamten Bundesland Sachsen, ein Richtwert von 60 Minuten wird in keiner Region mehr überschritten.

Karte 5: Minimale potentielle Wegezeit zu stationären Hospizen, inkl. geplante Hospize



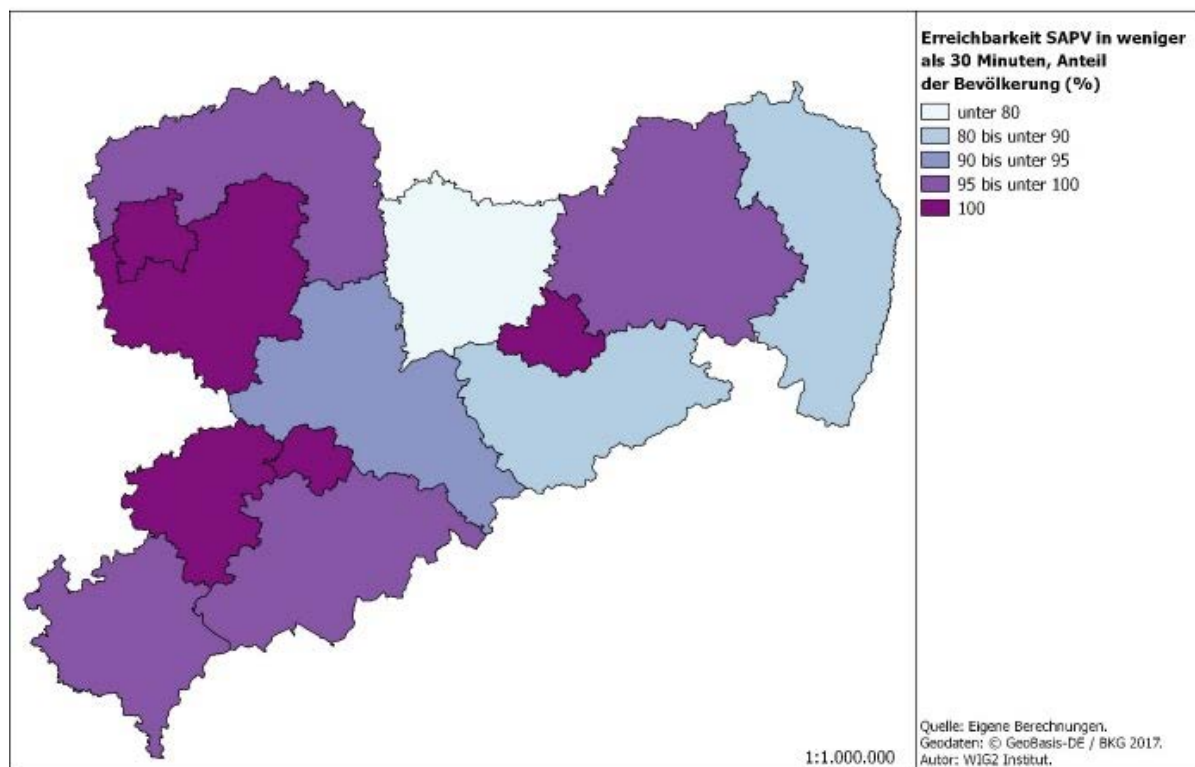
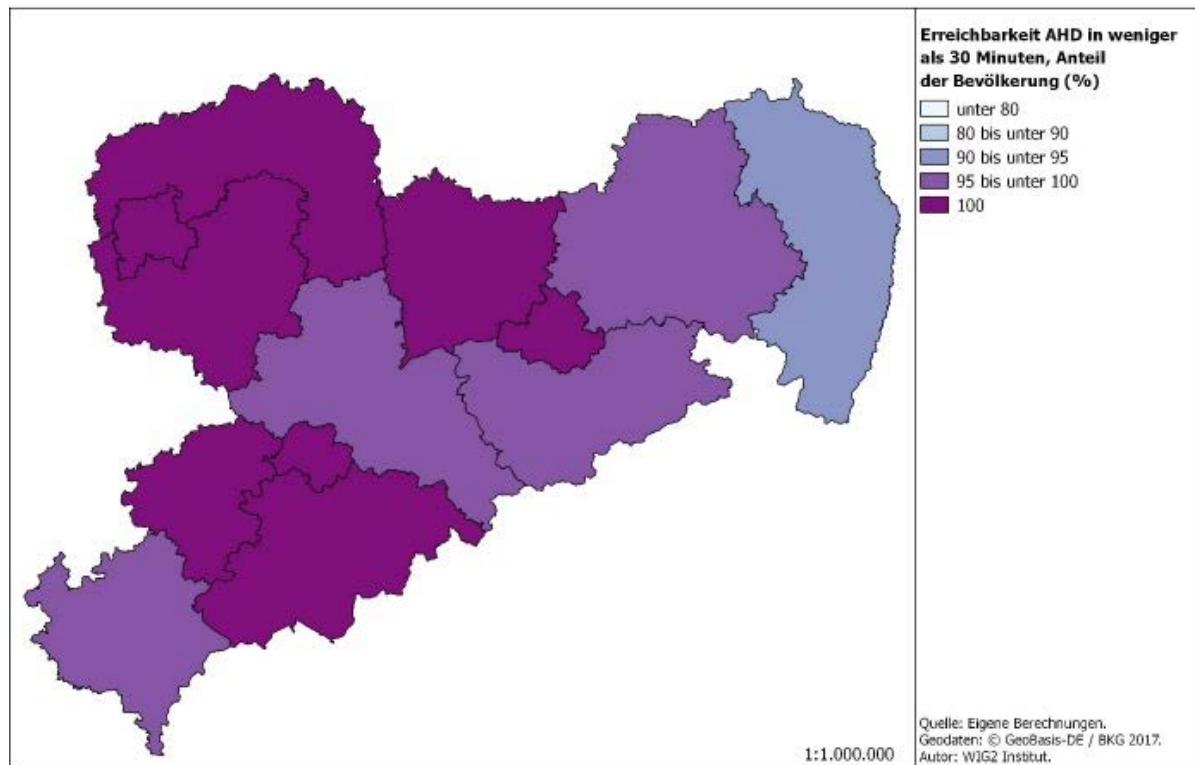
Im Bereich der Palliativversorgung ergibt sich aus der Erreichbarkeitsanalyse ein sachsenweit gutes Bild (siehe Karte 6).

Karte 6: Minimale potentielle Wegezeit zu Palliativstationen

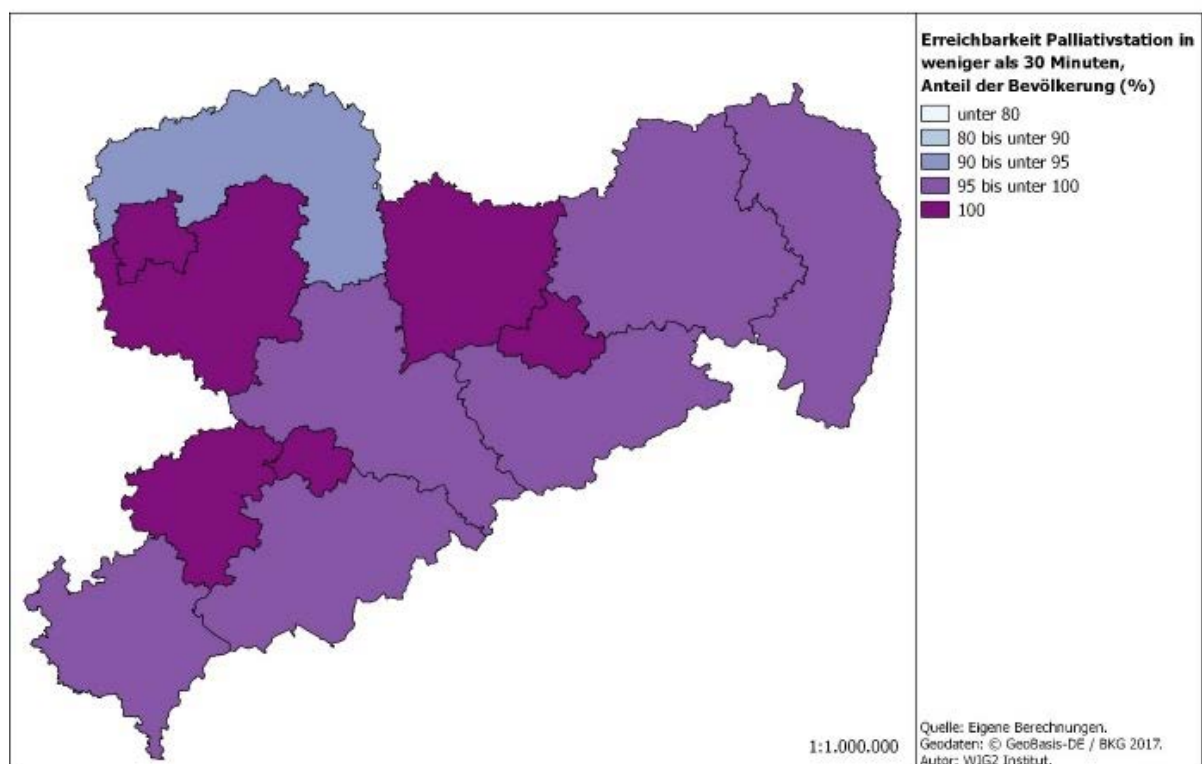
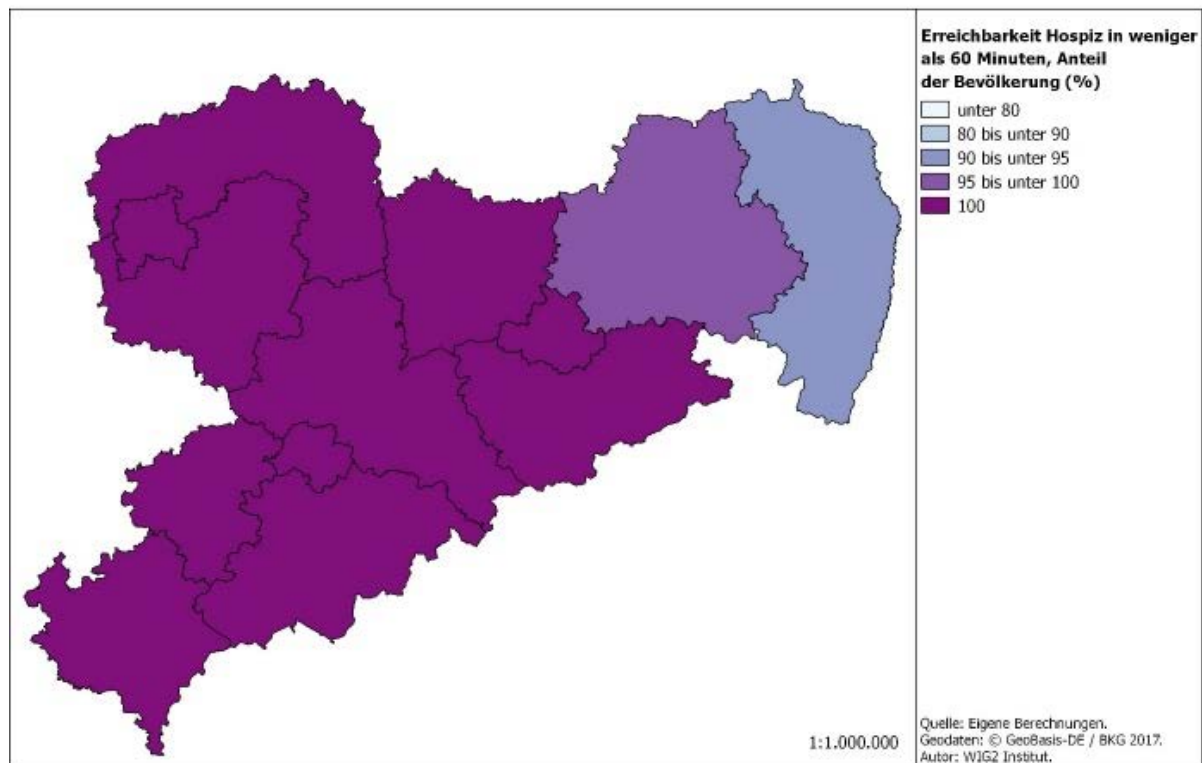


Der Nachteil der Darstellung potentieller Wegezeiten liegt in der fehlenden Berücksichtigung der Relevanz für die Bevölkerung. So können lange Wegezeiten z. B. in sehr dünn besiedelten Regionen ausgewiesen werden, ohne dass ein relevanter Bevölkerungsanteil davon betroffen ist. Zur Bewertung sollte deshalb die regionale Population mitberücksichtigt werden. Zu diesem Zweck wurde die Bevölkerung gemäß Zensus über ihre Fahrzeitenwerte aufsummiert und auf Landkreisebene aggregiert. Die Bevölkerungsanteile innerhalb und jenseits der definierten Erreichbarkeitsschwelle von 30 beziehungsweise 60 Minuten Fahrtzeit sind für die ambulanten Dienste in Karte 7 und für die stationären Einrichtungen in Karte 8 dargestellt.

Karte 7: Anteil der Bevölkerung mit Wegezeit AHD (oben) und SAPV (unten) unter 30 Minuten



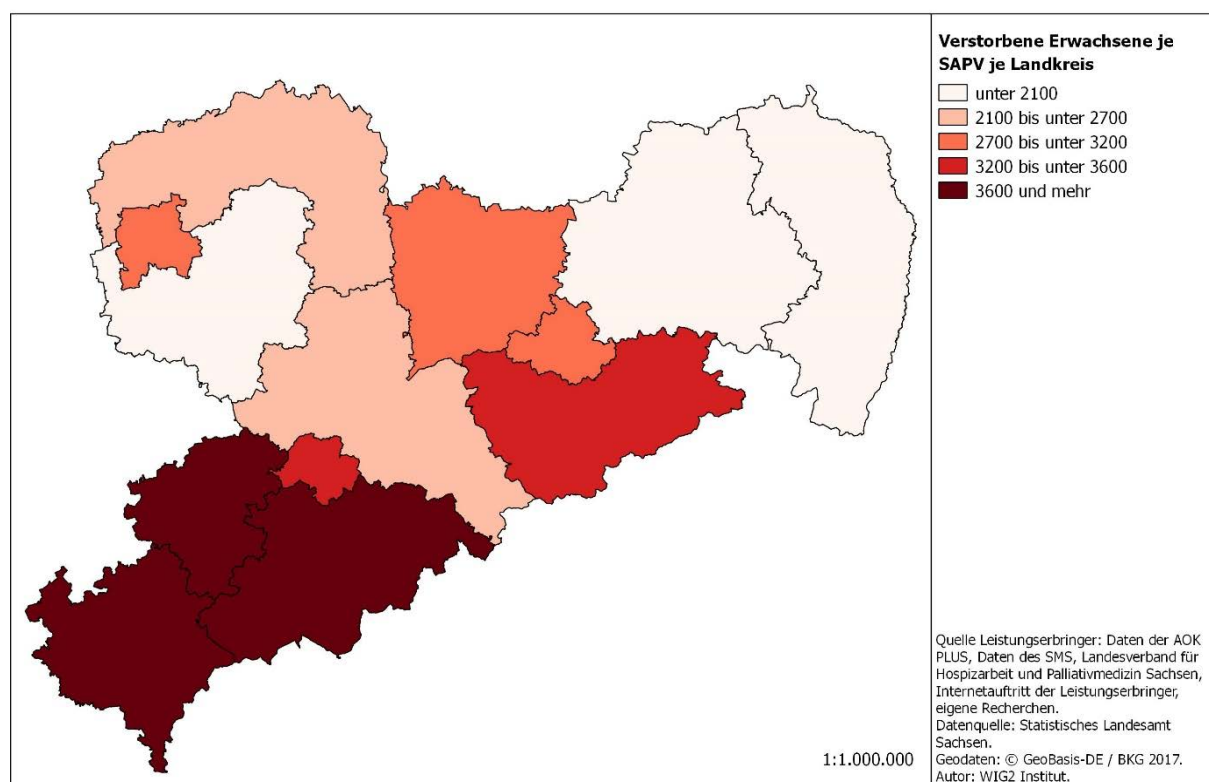
Karte 8: Anteil der Bevölkerung mit Wegezeit Hospiz unter 60 Minuten (oben) und Palliativstationen unter 30 Minuten (unten)



Insgesamt erreichen über 95 Prozent der Bevölkerung alle Versorgungseinrichtungen beziehungsweise alle Dienste innerhalb der Grenzwerte. Größere Bevölkerungsanteile oberhalb der Schwelle wurden nur in Meißen, in der sächsischen Schweiz und in Görlitz im Hinblick auf die SAPV gefunden. Die geringen Erreichbarkeiten in Meißen und der Sächsischen Schweiz lassen sich jedoch damit erklären, dass eins der diese Landkreise versorgenden Teams jeweils seinen Hauptsitz in Dresden hat.

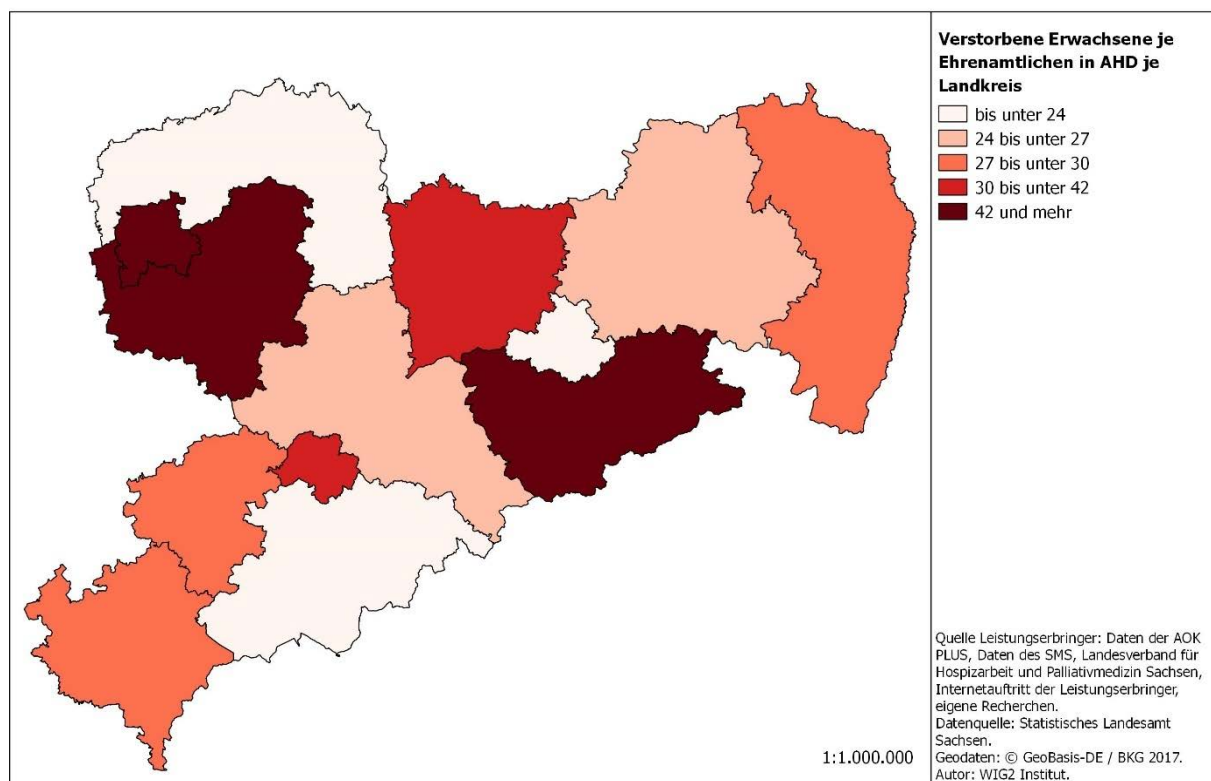
Die potentielle Verfügbarkeit wird als das Verhältnis von Verstorbenen je Kreis zu der Anzahl der Ehrenamtlichen beziehungsweise Dienste oder Betten je Kreis für alle Kreise Sachsens dargestellt (siehe Karte 9, Karte 10 und Karte 11).

Karte 9: Verstorbene Erwachsene je Landkreis und kreisfreier Stadt zu der Anzahl an SAPV-Diensten je Landkreis und kreisfreier Stadt



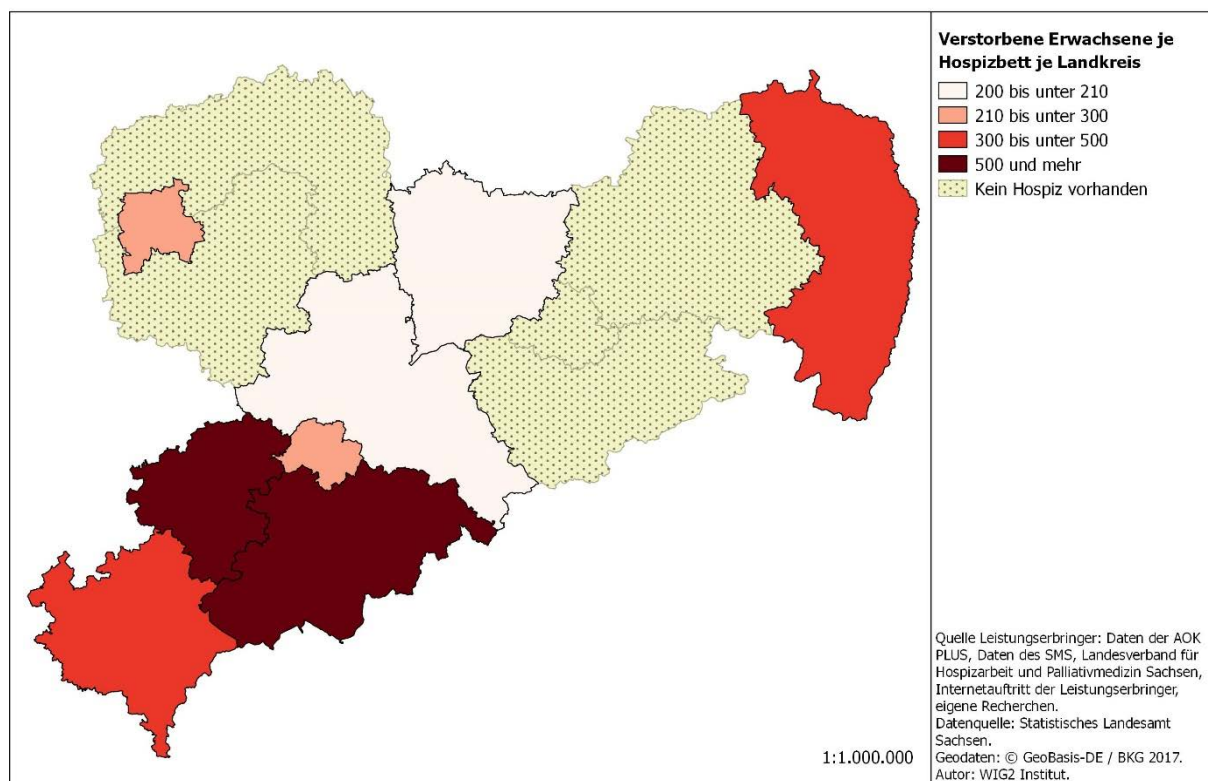
In der Versorgung mit SAPV haben die Kreise in Südwestsachsen das schlechteste Verhältnis von verstorbenen Erwachsenen je Landkreis zu der Anzahl an Diensten. Diese Situation liegt zum einen an einer etwas höheren Morbidität in der Region und zum anderen an einer dennoch relativ geringen Anzahl an Diensten (je einer pro Landkreis).

Karte 10: Verstorbene Erwachsene je Landkreis und kreisfreier Stadt zu der Anzahl an Ehrenamtlichen im AHD je Landkreis und kreisfreier Stadt



In der Versorgung mit AHD sind der Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge (48 Verstorbene je Ehrenamtlichen), der Landkreis Leipzig (42 Verstorbene je Ehrenamtlichen) sowie die kreisfreie Stadt Leipzig auffällig, die mit 62 Verstorbenen je Ehrenamtlichen eine zum sächsischen Mittelwert (28) weit überdurchschnittliche Rate aufweist. Die Bedarfe werden jedoch in allen Landkreisen, mit Ausnahme der kreisfreien Stadt Leipzig, gedeckt (siehe Kapitel 5.1.1).

Karte 11: Verstorbene Erwachsene je Landkreis und kreisfreier Stadt zu der Anzahl an Betten im Hospiz je Landkreis und kreisfreier Stadt



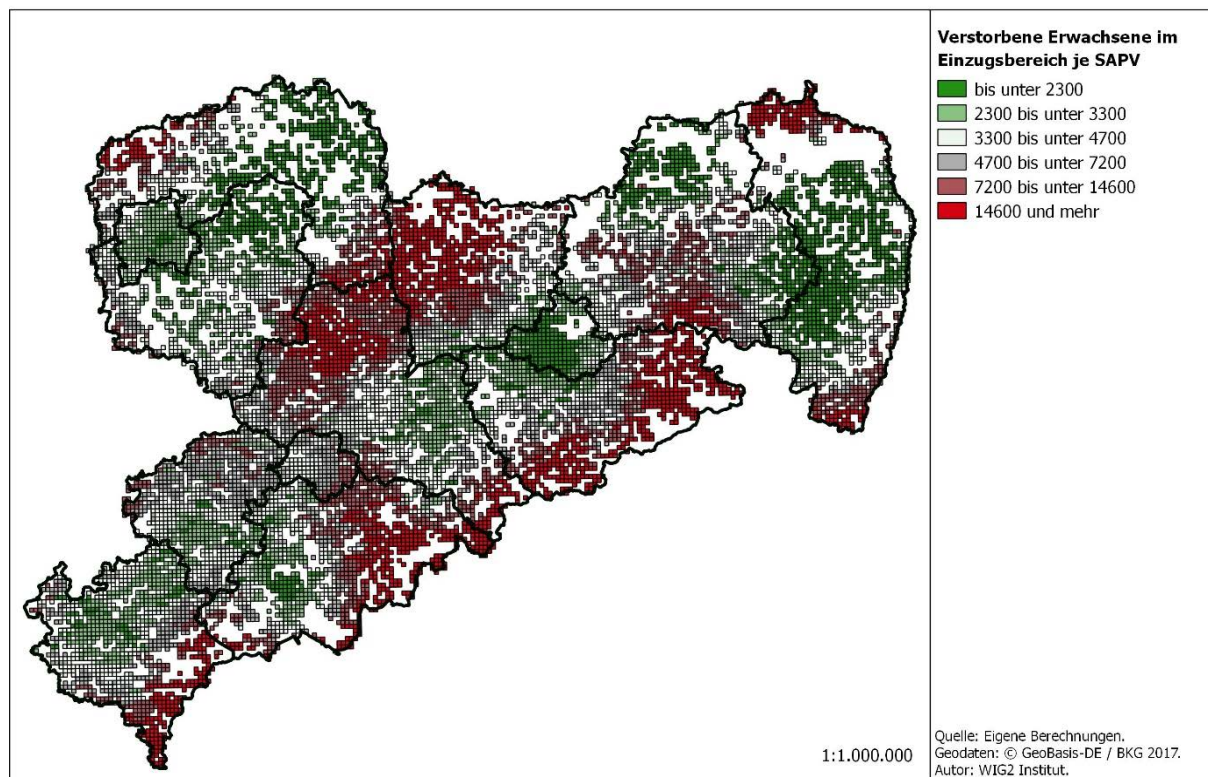
Karte 11 zeigt das Verhältnis von verstorbenen Erwachsenen zu Betten im Hospiz je Kreis. Da die Hospizbetten relativ zentral verteilt sind und mit hoher Wahrscheinlichkeit hohe Mitversorgungsbeziehungen vorliegen, wird für eine Interpretation der Hospizversorgung auf Karte 14 verwiesen.

Die potentielle erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit des Angebotes ist eine Kombination der vergangenen Indikatoren der potentiellen Verfügbarkeit mit der Erreichbarkeit. Aus Karte 12 geht das Verhältnis von verstorbenen Erwachsenen pro SAPV und je Region hervor, wenn man einen Einzugsbereich von maximal 30 Minuten Wegezeit zugrunde legt. Für jeden dargestellten Punkt bedeutet dies, dass eine oder mehrere SAPV-Teams innerhalb von 30 Minuten erreichbar sind, die wiederum eine spezifische potentielle Verfügbarkeit, in Abhängigkeit des Versorgungspotentials (Anzahl Verstorbener), aufweisen. Regionen mit einem niedrigen Verhältnis an verstorbenen Erwachsenen (hohe Verfügbarkeit) und guter Erreichbarkeit in einem Einzugsbereich von 30 Minuten werden grün dargestellt. Diese Regionen zeichnen sich durch besonders kurze Wegezeiten zu verschiedenen Anbietern und einem günstigen Verhältnis von Leistungsbedarf je SAPV-Team aus (z. B. Dresden). Daher bedeuten diese grünen Regionen aus geografischer Sicht eine geringe Belastung je SAPV-Team. Sind Regionen rot gekennzeichnet, weisen diese ein hohes Verhältnis von verstorbenen Erwachsenen je SAPV-Team auf. Die Gründe hierfür sind hohe Fahrzeiten und in der Folge ein relativ hoher Bedarf je SAPV (beispielsweise nördlicher Teil von Mittelsachsen). Diese Regionen zeugen von einer hohen Belastung.

Im Vergleich zu den reinen, auf Landkreisebene aggregierten Relationen zeigt sich bei der grenzfreien Betrachtung ein guter Zugang in den südwestsächsischen Regionen. Der Indikator ist zudem besonders gut in Dresden, in der Region um Löbau, Reichenbach im Vogtlandkreis

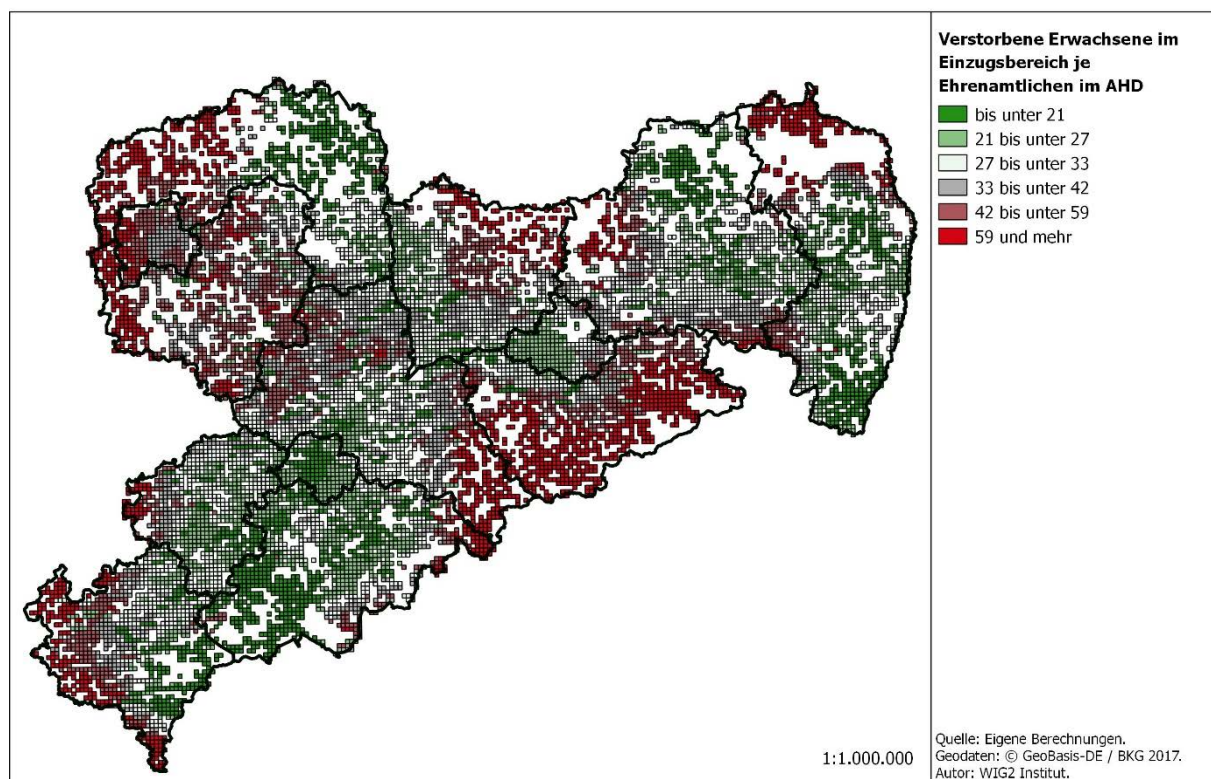
rund um die Region Plauen, in Leipzig und im Leipziger Umland um Wurzen bis nach Nord-sachsen. Defizite können in den Regionen Erzgebirge und Sächsische Schweiz sowie in Teilen von Mittelsachsen und Meißen beobachtet werden. Die Ursache hierfür liegt vor allem in den hohen Wegezeiten in den benannten Regionen (alternative Anbieter sind schwerer erreichbar). Durch einen optimierten Fahrbetrieb kann die negative Darstellung, die aus dieser Abbildung hervorgeht, in der Realität deutlich abgemildert sein. So wird bereits der Landkreis Meißen in der Realität von einem SAPV-Team mit Hauptsitz in Dresden versorgt.

Karte 12: Verfügbarkeit SAPV (verstorbene Erwachsene je SAPV)



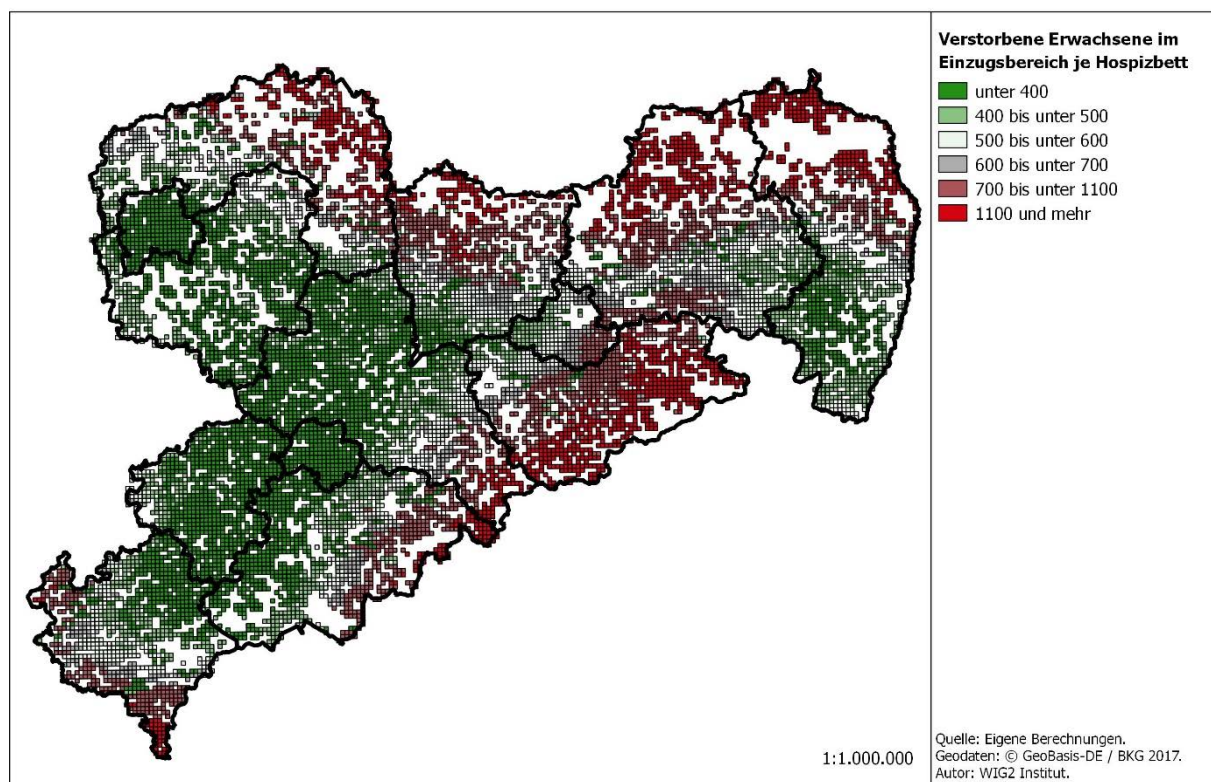
Karte 13 zeigt den Verfügbarkeitsindikator für die Versorgung durch AHD. Im Kontrast zu den SAPV werden die verstorbenen Erwachsenen auf die Anzahl der Ehrenamtlichen im AHD bezogen. Es zeigen sich in diesem Fall in den Regionen Leipzig, Nordsachsen, im südlichen Mittelsachsen und dem Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge niedrige Werte. Die Ursache hierfür ist eine relativ geringe Ausstattung mit Ehrenamtlichen in AHD bei gegebenem Versorgungspotential und im Fall des Landkreises Sächsische Schweiz-Osterzgebirge eine zusätzlich schlechtere Verfügbarkeit als im übrigen Bundesland.

Karte 13: Verfügbarkeit AHD (verstorbene Erwachsene je Ehrenamtlichen im AHD)



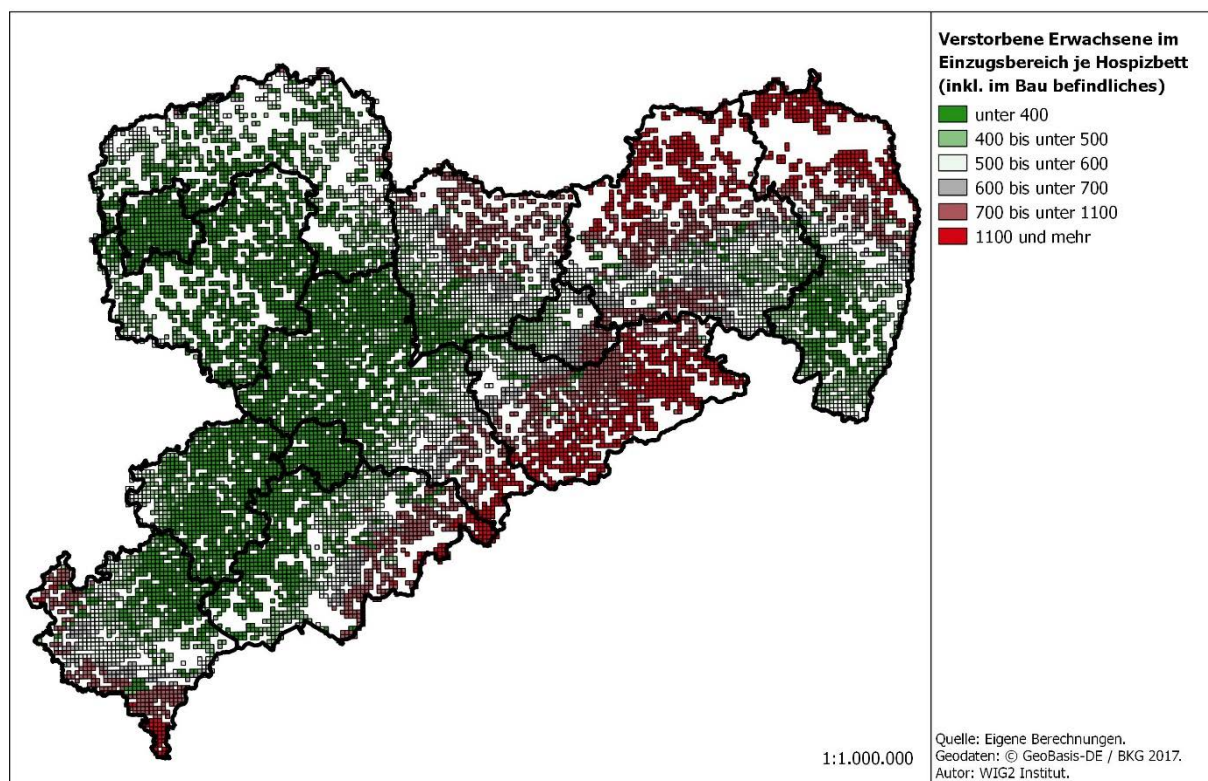
Karte 14 stellt den Verfügbarkeitsindikator für die Versorgung durch stationäre Hospize – bezogen auf Hospizbetten – dar. Dabei zeigt sich, dass stationäre Hospizkapazitäten in Dresden bei gegebenem Versorgungspotential inklusive regionaler Mitversorgung vergleichsweise gering sind. Zu diesem Bestand kommen die Regionen im Erzgebirge sowie an der Nordgrenze Sachsens mit schlechteren Werten in der Erreichbarkeit und folglich auch im Schnitt schlechterem Zugang zu Hospizen.

Karte 14: Erreichbarkeitsgewichtete Belastung je Hospizbett



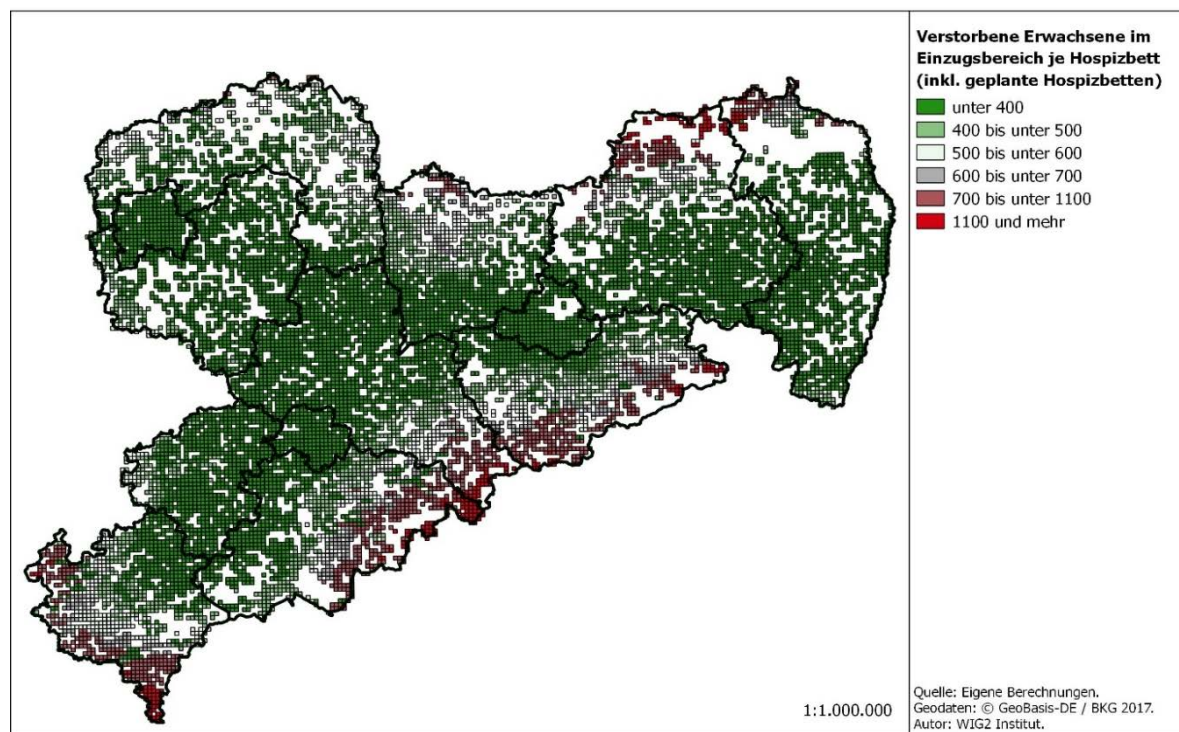
In Ergänzung kann die zukünftige Versorgungslage mit Hospizbetten durch das zusätzlich im Bau befindliche Hospiz abgeschätzt werden. Karte 15 stellt die aktuelle Situation inklusive des zurzeit im Bau befindlichen Hospizes im Landkreis Nordsachsen dar. Hierin ist erkennbar, dass sich die Versorgungslage in diesem Landkreis zukünftig deutlich verbessert.

Karte 15: Erreichbarkeitsgewichtete Belastung je Hospizbett, inkl. im Bau befindliches Hospiz in Torgau



Darüber hinaus sind weitere Hospize geplant. Ergänzt man auch diese in der Abbildung, zeigt sich eine deutlich verbesserte Situation durch die Berücksichtigung der geplanten Standorte (siehe Karte 16). Es zeigt sich, dass anschließend fast ganz Sachsen eine gute Versorgungslage aufweist.

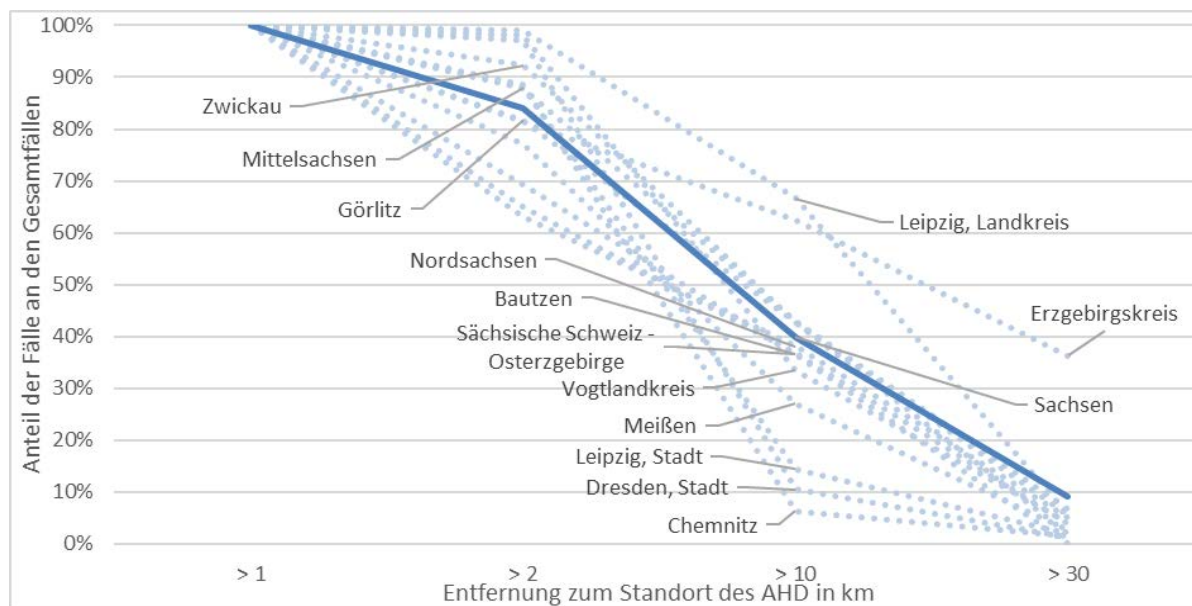
Karte 16: Erreichbarkeitsgewichtete Belastung je Hospizbett, inkl. geplante Hospize



4.3.2 Realisierter Zugang

Abbildung 4 zeigt die Entfernung zwischen Standort des AHD und dem Ort der Sterbebegleitung, angegeben über die Berichterstattung gemäß FRL Hospiz für 2015 (49 AHD). Die Grafik zeigt die relative Verteilung der Fälle für Sachsen (dicke Linie) und für die Landkreise/kreisfreien Städte (gepunktete Linien) gegenüber den zurückgelegten Wegen. Der Anstieg der Linie gibt einen Aufschluss über die Verteilung der zurückgelegten Wege. Je steiler die Linie ist, desto stärker dominieren die kurzen Wege in der Versorgung. Bei einer horizontalen Linie herrscht eine Gleichverteilung, das heißt, es wird weitestgehend entfernungsunabhängig versorgt. Erwartungsgemäß konzentrieren sich die Dienste auf kurze Entfernungen beziehungsweise betreiben Wegeoptimierung. Dies zeigt der abfallende Verlauf der Sachsen-Linie. Dennoch ist der Verlauf in der Abbildung relativ flach, das heißt, dass zu einem größeren Teil auch weite Wege bestritten werden. Circa 40 Prozent der Fälle sind über 10 Kilometer entfernt und noch immer 10 Prozent der Fälle sind über 30 Kilometer entfernt. Kalkuliert man den abgebildeten Verlauf weiter, so erhält man einen theoretisch realisierten Einzugsbereich von 42 Kilometern je AHD in Sachsen. Deutlich kleinere Einzugsbereiche haben im Schnitt die AHD in den Städten Leipzig, Dresden und Chemnitz. In diesen werden oberhalb von 10 Kilometern nur noch 15 Prozent oder weniger Fälle versorgt. Damit ergibt sich ein theoretischer Einzugsbereich von 31 Kilometern. Deutlich größere Einzugsbereiche gibt es im Landkreis Leipzig und dem Erzgebirgskreis. Insgesamt verkennt jedoch auch diese Auswertung die tatsächlich zurückgelegten Distanzen, wenn Ehrenamtliche den Patienten nicht vom Sitz des AHD, sondern von ihrem Wohnort aufsuchen.

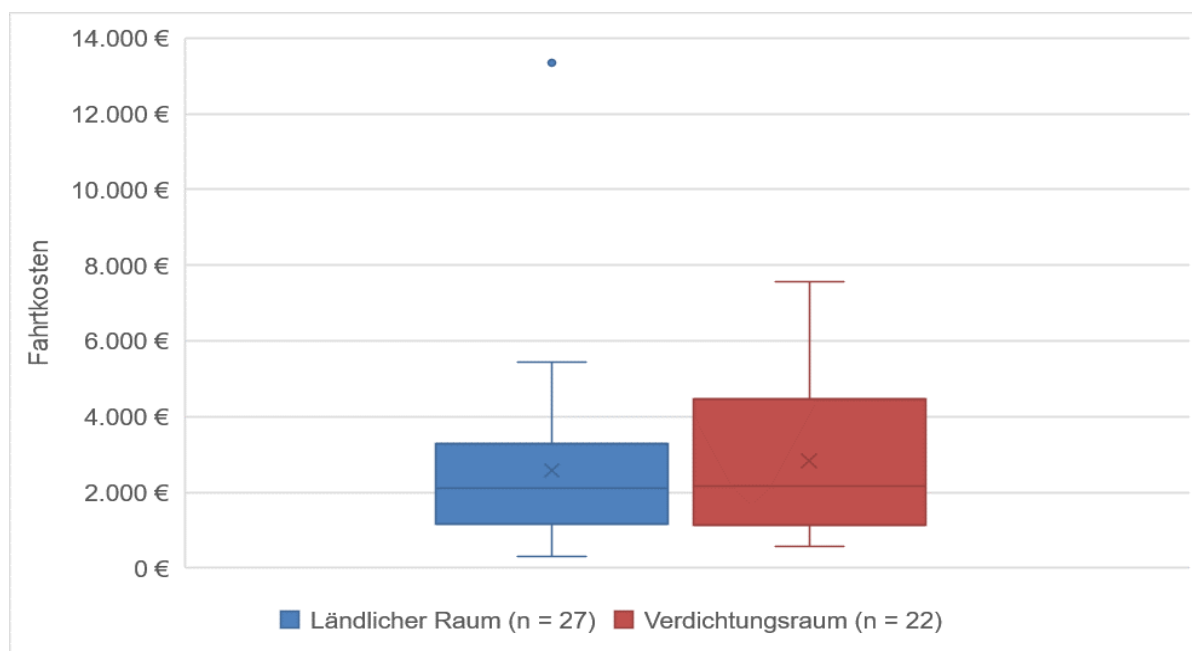
Abbildung 4: Entfernung zwischen Standort des AHD und Ort der Sterbebegleitung, 2015



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der LDS-Berichterstattung zur Verwendungsnachweisprüfung FRL Hospiz.

Bezogen auf die Fahrtkosten zeigen sich zwischen den AHD in ländlichen Regionen und denen in Verdichtungsräumen jedoch keine signifikanten Unterschiede (siehe Abbildung 5). So wiesen im Jahr 2015 AHD in ländlichen Gebieten mediane Fahrtkosten von EUR 2.120 auf, während die von AHD in Verdichtungsräumen im Median EUR 2.178 betrugen.

Abbildung 5: Fahrtkosten der AHD nach Raumkategorien, 2015

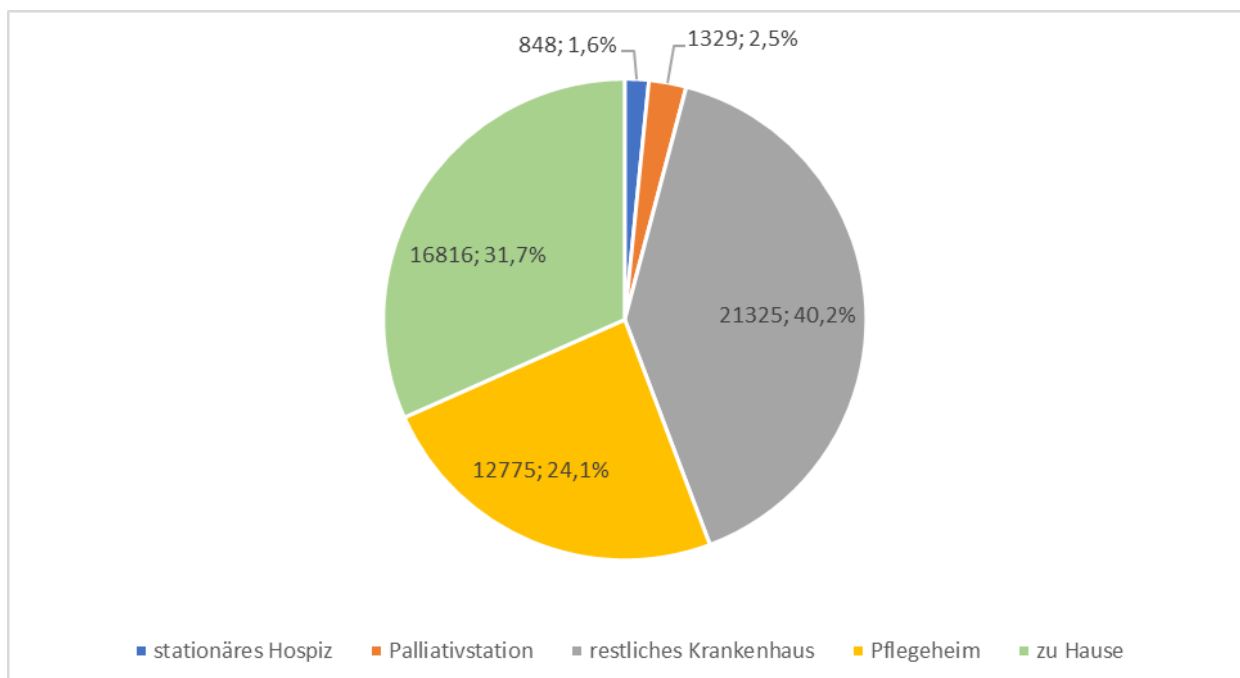


Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der LDS-Berichterstattung zur Verwendungsnachweisprüfung FRL Hospiz.

4.4 Vergleich präferierter und realisierter Sterbeorte

Auf Basis der durch die AOK PLUS zur Verfügung gestellten, anonymisierten Daten zu den in den Jahren 2015 und 2016 verstorbenen AOK-Versicherten und regionalen Anpassungsfaktoren (siehe Kapitel 2) wurden die tatsächlichen Sterbeorte der im Freistaat Sachsen Verstorbenen ermittelt. Wie Abbildung 6 zeigt, verstarben im Jahr 2016 die meisten Erwachsenen (40,2 Prozent) auf einer nicht palliativmedizinisch spezialisierten Krankenhausstation, 24,1 Prozent verstarben in einem Pflegeheim und nur jeweils etwa 2 Prozent verstarben im Hospiz oder auf einer Palliativstation. Nur weniger als jeder Dritte (31,7 Prozent) der im Freistaat Sachsen im Jahr 2016 insgesamt verstorbenen Erwachsenen verstarb zu Hause, wobei auf Basis der zur Verfügung stehenden Daten keine Unterscheidung getroffen werden kann, wie viele von den zu Hause Verstorbenen durch einen AHD begleitet oder durch ein SAPV-Team versorgt wurden. Für die Anzahl der abgeschlossenen Sterbebegleitungen von AHD und der durch SAPV-Teams versorgten Patienten sei auf Tabelle 6 sowie Tabelle 9 verwiesen, wobei sich diese Angaben nicht ausschließlich auf die in der eigenen Häuslichkeit, sondern auch auf in Pflegeheimen betreute Menschen beziehen können.

Abbildung 6: Verteilung tatsächlicher Sterbeorte in der sächsischen Bevölkerung im Jahr 2016 (Erwachsene)



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis von Daten der AOK PLUS.

Diese Verteilung entspricht weitestgehend nicht den Präferenzen der Bevölkerung, wie verschiedene Studien (siehe Tabelle 52 im Anhang) zeigen. So gaben 49 Prozent (ZQP 2013) beziehungsweise 58 Prozent (DHPV 2017) der befragten Menschen an, in der Häuslichkeit sterben zu wollen. Einer im Herbst 2016 im Auftrag des SMS durchgeführten Befragung zufolge möchte mit steigendem Alter ein zunehmender Anteil der befragten Sachsen zu Hause leben – in der Altersgruppe der über 80-Jährigen 86,1 Prozent – und im Bedarfsfall auch dort gepflegt werden (in dieser Altersgruppe: 78,9 Prozent), was ebenfalls für eine Präferenz für das Sterben in der Häuslichkeit spricht (SMS 2017). In einer Befragung des DHPV äußerten zudem 27 Prozent eine Präferenz für das Hospiz oder eine Palliativstation und auch in der

Befragung des ZQP gaben 27 Prozent der Befragten an, im Hospiz sterben zu wollen. Lediglich 3 Prozent (ZQP) beziehungsweise 4 Prozent (DHPV) der Befragten präferieren das Krankenhaus und ebenfalls 4 Prozent (ZQP) das Pflegeheim als Sterbeort.

Eine in Rheinland-Pfalz durchgeführte schriftliche Befragung von Angehörigen von 5.000 zufällig ausgewählter, im Jahr 2008 Verstorbener wies noch deutlich höhere Präferenzraten für die Häuslichkeit aus: 93,8 Prozent der Menschen, die vor ihrem Versterben eine Präferenz hinsichtlich des Sterbeortes angaben, äußerten, zu Hause sterben zu wollen.

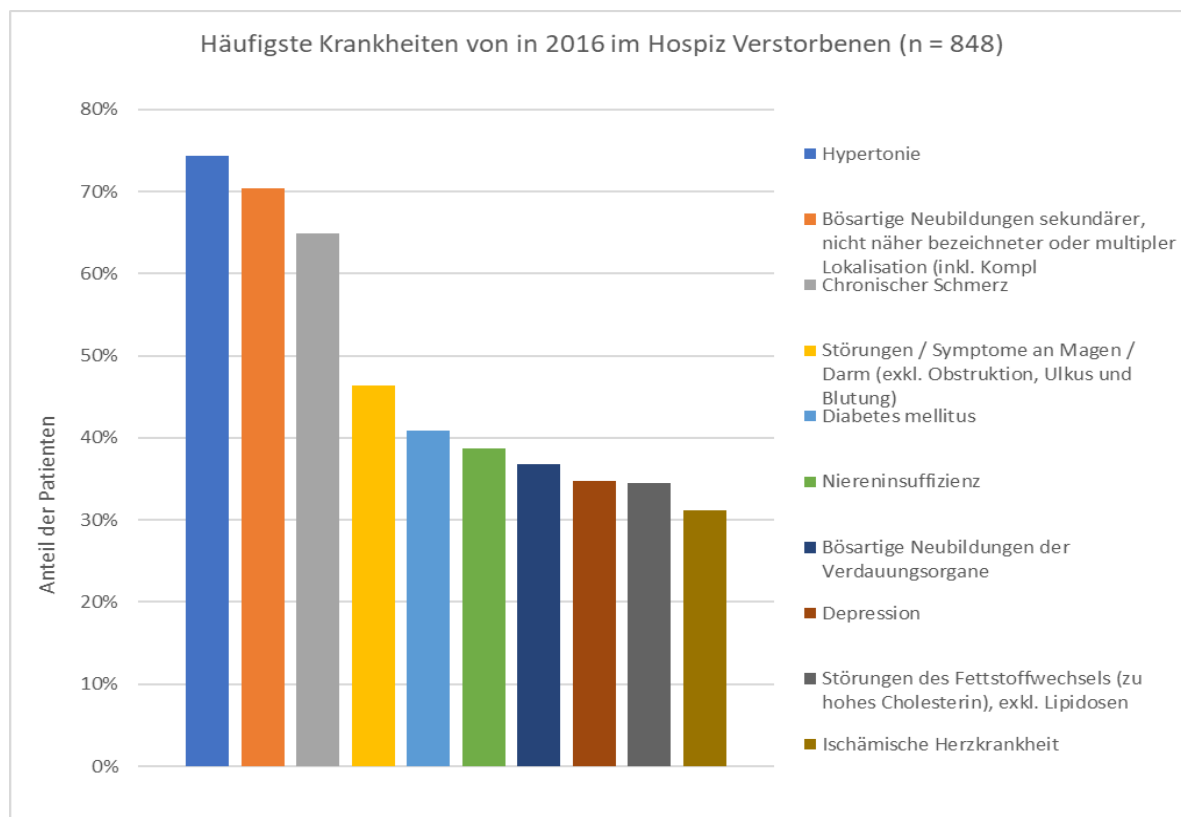
Jedoch lässt der alleinige Vergleich der präferierten und realisierten Sterbeorte keinen zuverlässigen Rückschluss auf Kapazitätsengpässe in palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsstrukturen zu, da die Diskrepanz auch durch externe Einflüsse wie beispielsweise versterbende Unfallopfer, die im Krankenhaus versorgt werden, entstehen kann.

4.5 Morbidität der Verstorbenen

Von der AOK PLUS wurden für die in den Jahren 2015 und 2016 Verstorbenen Morbiditätsdaten aus dem Kalenderjahr des Versterbens zur Verfügung gestellt. Die nachfolgenden Abbildungen stellen jeweils die zehn häufigsten Krankheiten der 2016 im Hospiz, auf einer Palliativstation oder im Pflegeheim Verstorbenen dar (siehe Abbildung 7, Abbildung 8 und Abbildung 9). Unabhängig vom Versorgungssetting, in dem die Verstorbenen zuletzt versorgt wurden, wurde bei allen im Jahr 2016 Verstorbenen am häufigsten eine Hypertonie diagnostiziert.

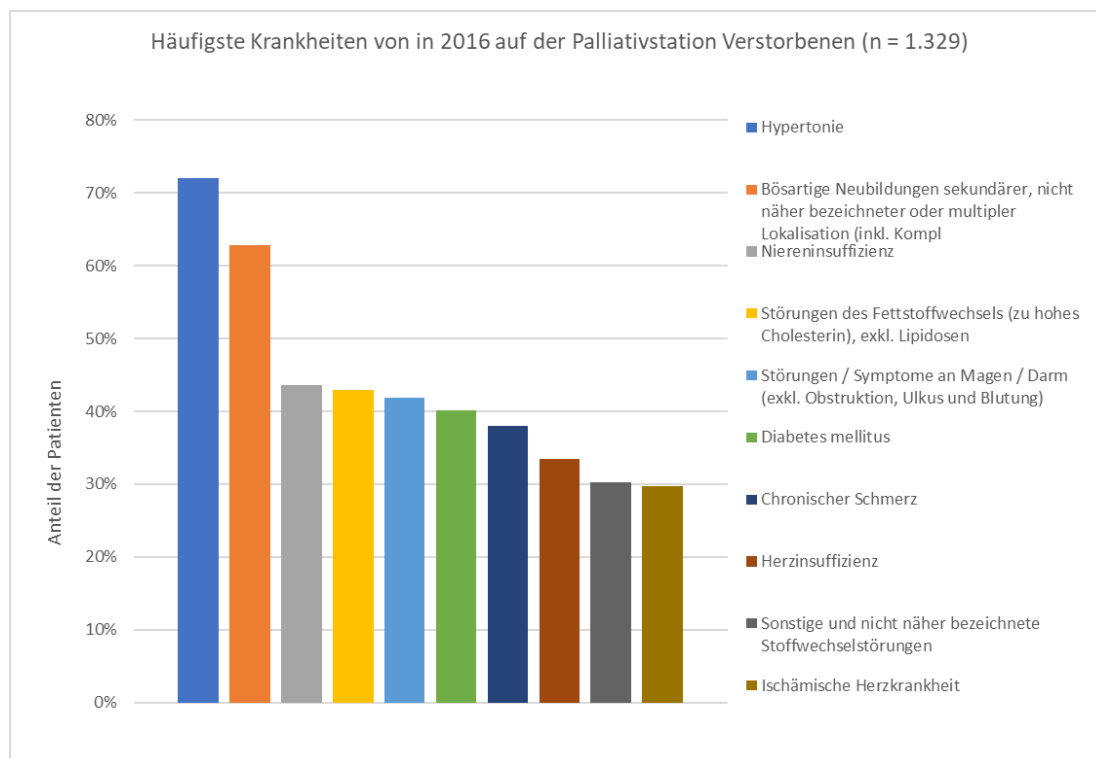
Unter den im Hospiz und auf Palliativstationen Verstorbenen treten daneben besonders häufig bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisationen auf. In Hospizen Verstorbene leiden zudem deutlich häufiger unter chronischem Schmerz (siehe Abbildung 7), wohingegen unter den stationär auf einer Palliativstation Verstorbenen Niereninsuffizienzen die dritthäufigste Diagnose ausmachen (siehe Abbildung 8). Unter den im Pflegeheim Verstorbenen ist die Diagnose Demenz mit über 75 Prozent dominant (siehe Abbildung 9).

Abbildung 7: Häufigste Erkrankungen der im Hospiz im Jahr 2016 Verstorbenen



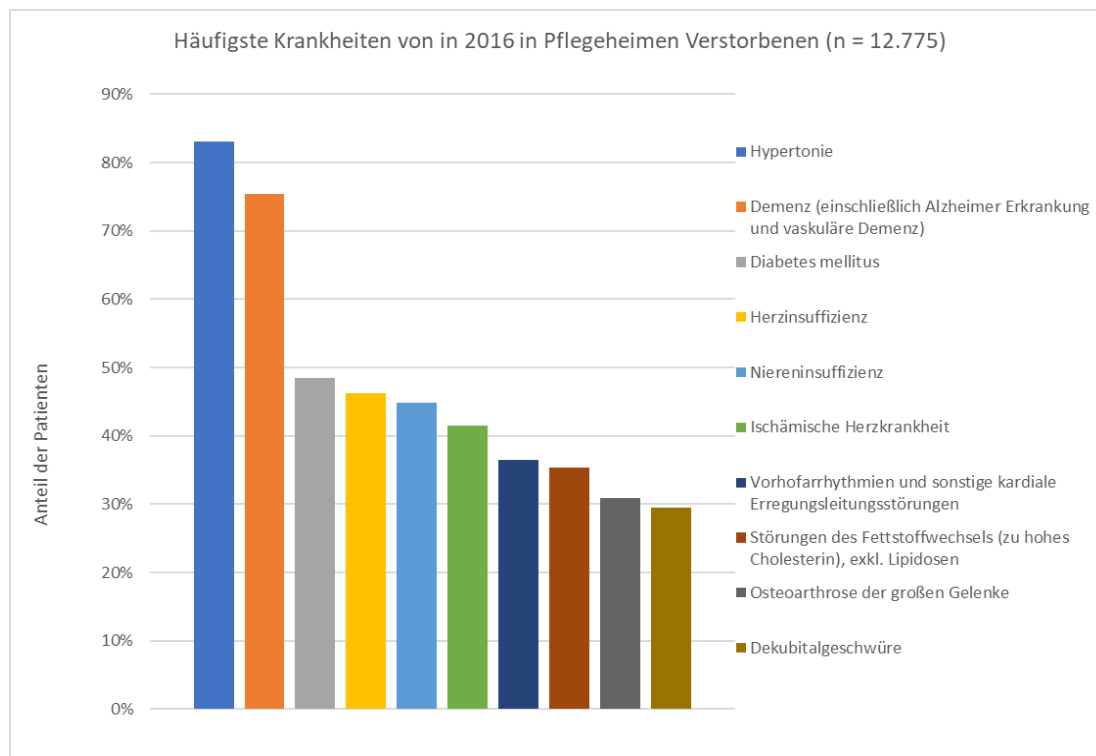
Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis von Daten der AOK PLUS.

Abbildung 8: Häufigste Erkrankungen der auf einer Palliativstation im Jahr 2016 Verstorbenen



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis von Daten der AOK PLUS.

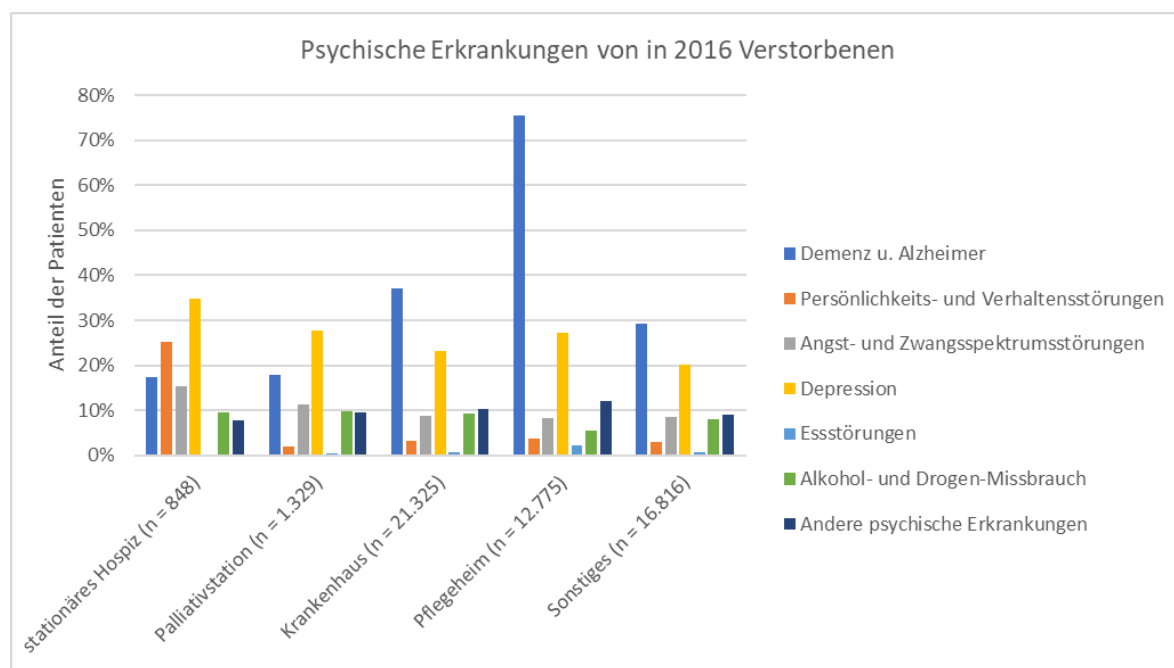
Abbildung 9: Häufigste Erkrankungen der im Pflegeheim im Jahr 2016 Verstorbenen



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis von Daten der AOK PLUS.

Während in den vorherigen Abbildungen die häufigsten Erkrankungen der 2016 im Hospiz, auf der Palliativstation und im Pflegeheim Verstorbenen dargestellt sind, zeigt Abbildung 10 die Verteilung der psychischen Erkrankungen der im Jahr 2016 im Freistaat Sachsen Verstorbenen. Auch in dieser Darstellung wird erneut deutlich, dass von den im Pflegeheim Verstorbenen etwa drei Viertel der Bewohner unter einer Demenz litten, während die Anteile der mit Demenz im Krankenhaus außerhalb einer Palliativstation Verstorbenen (37 Prozent), der im ambulanten Bereich Verstorbenen (29 Prozent), der auf einer Palliativstation Verstorbenen (18 Prozent) und der im Hospiz Verstorbenen (17 Prozent) an allen dort Verstorbenen deutlich geringer ausfallen. Bei im Jahr 2016 im Hospiz (35 Prozent) und auf der Palliativstation (28 Prozent) Verstorbenen wurde im Jahr ihres Versterbens etwas häufiger eine Depression diagnostiziert.

Abbildung 10: Psychische Erkrankungen von im Jahr 2016 Verstorbenen



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis von Daten der AOK PLUS.

5 Bedarfsberechnung und -prognose

5.1 Bedarfsrechnung im Status quo

Um den Versorgungsbedarf genau zu quantifizieren, ist es notwendig, sowohl eine Zahl der zu versorgenden Personen als auch das zu versorgende Gebiet zu spezifizieren. Mit Ausnahme der Empfehlung für die SAPV für Kinder und Jugendliche beziehen sich alle Kennzahlen (siehe Kapitel 3.5) nur auf die Zahl der zu versorgenden Personen, vernachlässigen jedoch das zu versorgende Gebiet und bleiben so auslegungsbedürftig, was ein Problem für die Versorgungsplaner darstellt. In Anlehnung an den Vorschlag von Karmann et al. (2014) werden im folgenden Landkreise als Bezugsgröße verwendet, da eine kleinräumigere Betrachtung insbesondere für spezialisierte Versorgungsformen keine sinnvollen Planungsgrößen erlaubt.

Da die in Tabelle 3 (siehe Kapitel 3.5) dargestellten Empfehlungen auf Einwohnerzahlen und nicht auf Sterbefälle abstellen, können diese den Bedarf unter Umständen nicht adäquat abbilden, wenn eine Region überdurchschnittlich viele Sterbefälle aufweist. Bereits in der Hospizstudie 2013 wurde daher der Ansatz der Mortalitätsadjustierung gewählt, der die Empfehlungen zum Bedarf um die Anzahl der Gestorbenen bereinigt (Karmann et al. 2014). Auch für die Bedarfsschätzung und -prognose dieser Studie sollen mortalitätsadjustierte Empfehlungen herangezogen werden.

Die Empfehlung der EAPC zum Bedarf für ambulante Hospizdienste bezieht sich auf einen AHD mit 10 bis 12 Ehrenamtlichen. In Deutschland müssen AHD laut Rahmenvereinbarung – mit Ausnahme des Jahres der Neugründung – jedoch über mindestens 15 Ehrenamtliche verfügen. Da einige Dienste sogar deutlich mehr Ehrenamtliche vorhalten, wird für die Bedarfsrechnung nicht die Anzahl an benötigten Diensten, sondern der Bedarf an Ehrenamtlichen angegeben.

Grundlage für die Bedarfsschätzung bildet somit das Verfahren, das bereits in der Hospizstudie 2013 angewendet wurde. Das bedeutet, dass die herangezogenen Empfehlungen der Fachverbände auf die im Jahr 2015 insgesamt in Deutschland Verstorbenen bezogen werden. Auf Basis der Bevölkerung in Deutschland und der durch die Fachverbände vorgegebenen Empfehlungen können je Versorgungsbereich Sollzahlen für die insgesamt in Deutschland benötigten Einrichtungen ermittelt werden. Indem diese auf die in Deutschland Verstorbenen bezogen werden, kann für jeden Versorgungsbereich ein Faktor zur Mortalitätsadjustierung berechnet werden, der auf die in Sachsen im Jahr 2015 Gestorbenen (siehe Tabelle 18) bezogen wird. Im Vergleich zur Hospizstudie 2013 wird das Verfahren dahingehend angepasst, dass in der Regel nach Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen getrennte Sollzahlen je Einrichtung ausgewiesen werden. Dabei basieren die Sollzahlen der Versorgung für Kinder und Jugendliche auf den für die Altersklasse 0-19 Jahre ausgewiesenen und die Sollzahlen der Erwachsenenversorgung auf den für die anderen Altersklassen angegebenen Sterbezahlen.

Tabelle 18: Gestorbene im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2015

Landkreis	Totgebo- rene	Sterbefälle				
		0 - 19 Jahre	20 - 64 Jahre	65 - 79 Jahre	> 80 Jahre	insgesamt
Chemnitz, Stadt	8	10	416	1.048	1.918	3.392
Erzgebirgskreis	17	8	721	1.517	2.846	5.092
Mittelsachsen	7	8	642	1.274	2.572	4.496
Vogtlandkreis	3	11	525	1.119	1.988	3.643
Zwickau	8	14	747	1.477	2.941	5.179
Dresden, Stadt	26	32	769	1.584	3.099	5.484
Bautzen	7	14	614	1.262	2.268	4.158
Görlitz	5	7	605	1.146	2.306	4.064
Meißen	6	15	430	963	1.812	3.220
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	7	14	433	1.041	1.994	3.482
Leipzig, Stadt	19	26	995	1.862	3.253	6.136
Landkreis Leipzig	6	10	495	1.066	1.904	3.475
Nordsachsen	5	11	424	781	1.430	2.646
Sachsen	124	180	7.816	16.140	30.331	54.467

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen (2016d).

5.1.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Ambulante Hospizdienste

Wurde der Bedarf an ambulanten Hospizdiensten in der Hospizstudie 2013 in Ermangelung einer Empfehlung anhand des Ist-Soll-Verhältnisses der SAPV geschätzt (Karmann et al. 2014), wird stattdessen auf die in Kapitel 3.5 dargestellte Empfehlung der EAPC zurückgegriffen, wonach ein ambulanter Hospizdienst mit 10-12 Ehrenamtlichen in der Regel 40.000 Einwohner versorgen kann (Radbruch und Payne 2011b).

Box 1: Methodik zur Berechnung des Bedarfs an Ehrenamtlichen in ambulanten Hospizdiensten

Methodik AHD

Das Vorgehen der Mortalitätsadjustierung zur Bedarfsermittlung basiert auf dem der Hospizstudie 2013 und wird in Anlehnung an diese dargestellt.

Für die Bedarfsschätzung wird dabei im ersten Berechnungsschritt die Anzahl der für eine optimale Versorgung der Erwachsenen (Erw.) in Deutschland (D) benötigten Hospizdienste bestimmt:

$$AHD_{SOLL_{Erw.;D}}^{2015} = \frac{Bevölkerung_{Erw.;D}^{2015}}{Richtwert} = \frac{67.104.594}{40.000}$$

Anschließend wird aus der für Deutschland berechneten Sollzahl in Relation zu den in Deutschland Verstorbenen der Umrechnungsfaktor λ zur Mortalitätsadjustierung berechnet:

$$\lambda_{AHD_{Erw.}} = \frac{AHD_{SOLL_{Erw.;D}}^{2015}}{Gestorbene_{Erw.;D}^{2015}} = \frac{\sim 1.678}{920.769} = 0,001821971$$

Die Sollzahlen für die einzelnen Kreise (i) und die einzelnen Jahre (t) können somit berechnet werden mittels:

$$AHD_{Erw.;i,t} = \lambda_{AHD_{Erw.}} * Gestorbene_{Erw.;i,t}$$

Da sich die Empfehlung der durch einen AHD zu versorgenden Bevölkerungszahl auf 10-12 Ehrenamtliche bezieht, wird im letzten Schritt der Bedarf an Ehrenamtlichen für die einzelnen Kreise (i) und Jahre (t) wie folgt berechnet:

$$Ehrenamtliche_{Erw.;i,t} = AHD_{Erw.;i,t} * 10 - 12 \text{ Ehrenamtliche/Dienst}$$

Die Berechnung der Sollzahlen für den Bedarf an Ehrenamtlichen in ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten erfolgt analog.

Quelle: Darstellung in Anlehnung an Karmann et al. (2014).

Der Freistaat Sachsen ist bezogen auf Ehrenamtliche der ambulanten Hospizdienste zur Begleitung von sterbenden Erwachsenen ausreichend versorgt. Lediglich in der kreisfreien Stadt Leipzig stehen den 98 ehrenamtlich Tätigen Sollzahlen von 111 bis 134 benötigten Ehrenamtlichen gegenüber. Wird ein Richtwert für die bedarfsgerechte Versorgung von 12 Ehrenamtlichen je Dienst zugrunde gelegt, verfügt zudem der Landkreis Sächsische Schweiz/Ostergebirge über eine etwas zu geringe Ausstattung mit Ehrenamtlichen. Alle anderen Landkreise und kreisfreien Städten weisen eine sehr gute Versorgungssituation mit Ehrenamtlichen auf (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Ehrenamtliche in AHD für Erwachsene im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2017

Landkreis	Dienste	Ehrenamtliche	
	IST 2017	IST 2017	SOLL 2017
Chemnitz, Stadt	2	82	62 - 74
Erzgebirgskreis	7	323	93 - 111
Mittelsachsen	6	172	82 - 98
Vogtlandkreis	3	135	66 - 79
Zwickau	4	182	94 - 113
Dresden, Stadt	4	237	99 - 119
Bautzen	5	161	76 - 91
Görlitz	4	152	74 - 89
Meißen	2	85	58 - 70
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	3	72	63 - 76
Leipzig, Stadt	2	98	111 - 134
Landkreis Leipzig	2	83	63 - 76
Nordsachsen	4	136	48 - 58
Sachsen	48	1.918	989 – 1187

Anmerkung: Abweichungen in den Summen rundungsbedingt. Quelle: Eigene Berechnungen nach Karmann et al. (2014), Radbruch und Payne (2011b) und Daten Statistisches Bundesamt (2017b, 2017d), Statistisches Landesamt Sachsen (2016a, 2017), Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, Befragungen der Leistungserbringer (Stand: Dezember 2017).

Auch in Bezug auf die AKHD weist der Freistaat Sachsen insgesamt eine bedarfsgerechte Versorgungssituation auf. Wenngleich in der Stadt Leipzig und in den Landkreisen Bautzen, Meißen, Mittelsachsen, Nordsachsen, Sächsische Schweiz/Osterzgebirge, Zwickau und dem Vogtlandkreis keine eigenen Angebote vorgehalten werden (siehe Tabelle 20), werden in diesen Regionen Mitversorgungsbeziehungen durch die vorhandenen Kinderhospizdienste erwartet, die jeweils über mehr Ehrenamtliche verfügen, als für die Sterbebegleitungen im eigenen Landkreis notwendig wären. Diese Vermutung lässt sich auf Basis der Befragungsergebnisse zu den Versorgungsregionen (siehe Kapitel 6.2.2.1) weitestgehend bestätigen, da im Jahr 2016 durch die bestehenden Kinderhospizdienste auch Sterbebegleitungen in den Landkreisen Mittelsachsen, Vogtlandkreis, Zwickau, Nordsachsen sowie der kreisfreien Stadt Leipzig durchgeführt wurden. Lediglich in den Landkreisen Meißen und Sächsische Schweiz/Osterzgebirge erfolgten den Befragungsergebnissen zufolge im Jahr 2016 keine Sterbebegleitungen von Kindern und Jugendlichen. Die Ergebnisse der Befragung der Leistungserbringer (siehe Kapitel 6.2.2) weisen zudem keine Mitversorgungsbeziehungen durch die AKHD anderer Landkreise aus. Ob in diesen Regionen in diesem Jahr kein Bedarf bestand oder ob diese Landkreise mit ambulanten Kinderhospizdiensten unterversorgt sind, lässt sich auf Basis der vorhandenen Daten nicht beurteilen.

Tabelle 20: Ehrenamtliche in AHD für Kinder und Jugendliche im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2017

Landkreis	Dienste	Ehrenamtliche	
	IST 2017	IST 2017	SOLL 2017
Chemnitz, Stadt	1	37	10 - 12
Erzgebirgskreis	2	54	10 - 12
Mittelsachsen	0	0	10 - 12
Vogtlandkreis	0	0	10 - 12
Zwickau	0	0	10 - 12
Dresden, Stadt	1	42	30 - 36
Bautzen	0	0	10 - 12
Görlitz	1	21	10 - 12
Meißen	0	0	10 - 12
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	0	0	10 - 12
Leipzig, Stadt	0	0	20 - 24
Landkreis Leipzig	1	60	10 - 12
Nordsachsen	0	0	10 - 12
Sachsen	6	214	150 - 180

Anmerkung: Abweichungen in den Summen rundungsbedingt. Quelle: Eigene Berechnungen nach Karmann et al. (2014), Radbruch und Payne (2011b) und Daten Statistisches Bundesamt (2017b, 2017d), Statistisches Landesamt Sachsen (2016a, 2017), Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, Befragungen der Leistungserbringer (Stand: Januar 2018).

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die Bedarfsschätzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erfolgt analog der der AHD, wobei auf die Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes zurückgegriffen wird, wonach ein SAPV-Team mit 8 Vollzeitstellen 250.000 Einwohner versorgen kann (siehe Kapitel 3.5).

Box 2: Methodik zur Berechnung des SAPV-Bedarfs

Methodik SAPV

Hierbei lässt sich zunächst die Zahl der Dienste berechnen, die zur Versorgung der Erwachsenen Deutschlands benötigt werden:

$$SAPV_{Erw.;D}^{2015} = \frac{Bevölkerung_{Erw.;D}^{2015}}{250.000} = \frac{67.104.594}{250.000}$$

Der Umrechnungsfaktor λ für SAPV ergibt sich aus der Relation der benötigten SAPV-Teams für Deutschland zu den im Jahr 2015 in Deutschland verstorbenen Erwachsenen:

$$\lambda_{SAPV_{Erw.}} = \frac{SAPV_{Erw.;D}^{2015}}{Gestorbene_{Erw.;D}^{2015}} = \frac{\sim 268}{920.769} = 0,000291515$$

Die Sollzahlen für die einzelnen Kreise (i) und die einzelnen Jahre (t) können somit berechnet werden mittels:

$$SAPV_{Erw.;i,t} = \lambda_{SAPV_{Erw.}} * Gestorbene_{Erw.;i,t}$$

Quelle: Darstellung in Anlehnung an Karmann et al. (2014).

Auf Ebene des Freistaates Sachsen lässt sich eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV-Teams zur Versorgung von Erwachsenen konstatieren (siehe Tabelle 21). Lediglich im Landkreis Zwickau steht ein tatsächliches Team zwei zur bedarfsgerechten Versorgung von Erwachsenen benötigten Teams gegenüber.

Tabelle 21: SAPV- Dienste im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2017

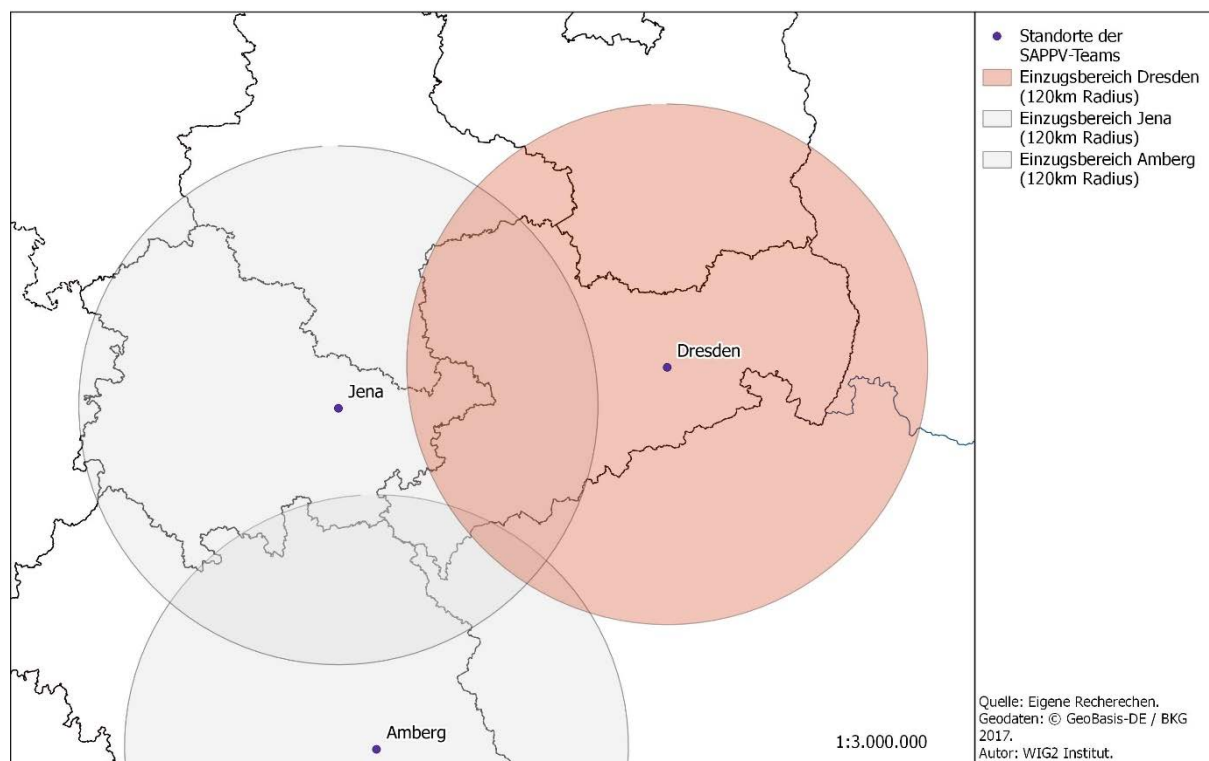
Landkreis	IST 2017	SOLL 2017
Chemnitz, Stadt	1	1
Erzgebirgskreis	1	1
Mittelsachsen	2	1
Vogtlandkreis	1	1
Zwickau	1	2
Dresden, Stadt	2	2
Bautzen	2	1
Görlitz	2	1
Meißen	1	1
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	1	1
Leipzig, Stadt	2	2
Landkreis Leipzig	2	1
Nordsachsen	1	1
Sachsen	16*	16

Anmerkung: Abweichungen in der Summe der Sollwerte rundungsbedingt. * 3 SAPV-Teams versorgen jeweils 2 Landkreise, sodass die Summe der Landkreise nicht der Gesamtzahl in Sachsen entspricht. Quelle: Eigene Berechnung nach Karmann et al. (2014), GKV-Spitzenverband et al. (2012) und Daten Statistisches Bundesamt (2017b, 2017d), Statistisches Landesamt Sachsen (2017), Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer (Stand: November 2017).

Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung

Gemäß den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes (siehe Tabelle 3) kann ein SAPPV-Team Kinder und Jugendliche innerhalb eines Einzugsgebiets von 120 Kilometern versorgen, wonach bei Berücksichtigung des SAPPV-Teams in Dresden lediglich der westliche Vogtlandkreis nicht ausreichend versorgt wäre (siehe Karte 17). Da den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes in der SAPPV jedoch explizit eine bundeslandübergreifende Versorgung zu ermöglichen ist, sind Mitversorgungseffekte durch die beiden Teams in Jena und Amberg und damit eine flächendeckende Versorgung im Freistaat Sachsen zu erwarten. Den befragten Experten zufolge findet eine Mitversorgung durch das thüringische Team auch statt (siehe Kapitel 6.2.1.3).

Karte 17: Einzugsbereiche (Radius 120 km) der SAPPV-Teams in Dresden, Amberg und Jena



Die Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes bezieht sich auf 40-50 erkrankte Kinder und Jugendliche, die durch ein Team versorgt werden können. Im Jahr 2015 verstarben in Sachsen 180 Kinder und Jugendliche (siehe Tabelle 18). Unter der Annahme, dass auch bei den Kindern und Jugendlichen 10 Prozent der Versterbenden einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung bedürfen, ergäben sich etwa 18 pro Jahr zu versorgende Patienten. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass die Krankheitsverläufe bei Kindern und Jugendlichen meist langwieriger sind als bei Erwachsenen, sodass der tatsächliche Bedarf vermutlich über den 18 geschätzten Patienten liegt. Dennoch kann in Bezug auf die SAPPV von einer flächendeckenden Versorgung im Freistaat Sachsen ausgegangen werden.

5.1.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

Abweichend von dem in der Hospizstudie 2013 verwendeten Richtwert von 50 Betten je 1 Million Einwohner wird an dieser Stelle auf aktuellere Richtwerte der Fachgesellschaften von 80 bis 100 Betten je 1 Million Einwohner zurückgegriffen (siehe Kapitel 3.5), deren Anpassung mit einem steigenden Bedarf nicht-onkologischer Patienten und steigenden Prävalenzen von chronischen Erkrankungen begründet wird (Radbruch und Payne 2011b, DGP 2015). Dabei wird sowohl die untere als auch die obere Grenze in der Bedarfsschätzung berücksichtigt. Die Aufteilung der Betten auf Hospize und Palliativstationen erfolgt analog der Hospizstudie 2013 von 40 Prozent Hospiz- und 60 Prozent Palliativbetten, sodass sich ein Richtwert von 32 Hospiz- und 48 Palliativbetten als untere Grenze beziehungsweise 40 Hospiz- und 60 Palliativbetten als obere Grenze je 1 Million erwachsener Einwohner ergibt.

Die Methodik zur Berechnung des Bedarfs an Hospiz- und Palliativbetten zur Versorgung Erwachsener ist in Box 3 dargestellt. Während der Bedarf für Hospizbetten nach Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen getrennt ausgewiesen wird, wird der Bedarf an Palliativstationen unter der Annahme, dass auf Palliativstationen in der Regel nur Erwachsene versorgt werden, ausschließlich auf Basis der verstorbenen Erwachsenen berechnet.

Box 3: Methodik zur Berechnung des Bedarfs an Hospiz- und Palliativbetten

Methodik Hospiz- und Palliativbetten

Im ersten Schritt wird die zur Versorgung der Erwachsenen in Deutschland benötigte Zahl an Hospiz- beziehungsweise Palliativbetten mit den jeweiligen Ober- und Untergrenzen berechnet.

$$Bett_{SOLL_{Erw.;D}}^{2015} = \frac{Bevölkerung_{Erw.;D}^{2015} * Richtwert_{Hospiz\ bzw.\ Palliativ_{min\ bzw.\ max}}}{1.000.000}$$

Daraus ergeben sich anhand der Soll-Bettenzahl in Relation zu den in Deutschland verstorbenen Erwachsenen folgende Faktoren zur Berechnung der Soll-Werte für Hospiz- beziehungsweise Palliativbetten:

$$\lambda_{Hosp_{Erw.;min}} = \frac{Bett_{SOLL_{Erw.;D}}^{2015}}{Gestorbene_{Erw.;D}^{2015}} = \frac{\sim 2147}{920.769} = 0,002332123$$

$$\lambda_{Hosp_{Erw.;max}} = \frac{Bett_{SOLL_{Erw.;D}}^{2015}}{Gestorbene_{Erw.;D}^{2015}} = \frac{\sim 2.684}{920.769} = 0,002915154$$

$$\lambda_{Palliativ_{Erw.;min}} = \frac{Bett_{Erw.;SOLL_D}^{2015}}{Gestorbene_{Erw.;D}^{2015}} = \frac{\sim 3.221}{920.769} = 0,003498185$$

$$\lambda_{Palliativ_{Erw.;max}} = \frac{Bett_{SOLL_{Erw.;D}}^{2015}}{Gestorbene_{Erw.;D}^{2015}} = \frac{\sim 4.026}{920.769} = 0,004372732$$

Die Sollbettenzahlen für die einzelnen Kreise (i) und die einzelnen Jahre (t) können somit wie folgt berechnet werden:

$$Hospiz_{Erw.;min_{i,t}} = \lambda_{Hosp_{Erw.;min}} * Gestorbene_{Erw.;i,t}$$

$$Hospiz_{Erw.;max_{i,t}} = \lambda_{Hosp_{Erw.;max}} * Gestorbene_{Erw.;i,t}$$

$$Palliativ_{Erw.;min_{i,t}} = \lambda_{Palliativ_{Erw.;min}} * Gestorbene_{Erw.;i,t}$$

$$Palliativ_{Erw.;max_{i,t}} = \lambda_{Palliativ_{Erw.;max}} * Gestorbene_{Erw.;i,t}$$

Quelle: Darstellung in Anlehnung an Karmann et al. (2014).

Hospizversorgung von Erwachsenen

Obwohl das Angebot im Vergleich zu 2012 von 90 auf 123 Betten ausgebaut wurde, zeigen sich bei der Berücksichtigung der neuen Empfehlungen bei den stationären Hospizen in einigen Landkreisen Versorgungslücken. Während auf Ebene des Freistaates das Angebot von 123 Betten den Bedarf, geht man von 32 benötigten Betten je 1 Million Einwohner aus, von 127 Betten annähernd deckt, ergäbe sich unter Berücksichtigung der Empfehlung von 40 Betten je 1 Million Einwohner ein Mehrbedarf von 35 Betten. Dabei zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede. Keine Hospizbetten gibt es in den Landkreisen Bautzen, Sächsische Schweiz/Osterzgebirge, Nordsachsen, im Landkreis Leipzig sowie in der kreisfreien Stadt Dresden. Auch der Erzgebirgskreis und der Landkreis Zwickau weisen einen Mehrbedarf an Hospizbetten auf.

Allerdings sind Mitversorgungseffekte durch die mit einer über die empfohlene Zahl hinausgehenden Bettenzahl ausgestatteten kreisfreien Städte Chemnitz und Leipzig sowie die Landkreise Mittelsachsen und Meißen bei den umliegenden minderversorgten Landkreisen zu erwarten. So lässt sich die Versorgungslücke der im Erzgebirgskreis und dem Landkreis Zwickau fehlenden Betten kalkulatorisch durch die Betten, die die kreisfreie Stadt Chemnitz, der Vogtlandkreis und der Landkreis Mittelsachsen über den Empfehlungen liegt, vollständig schließen.

Auf Basis der Empfehlungen von 32 benötigten Hospizbetten für 1 Million Einwohner sind in der kreisfreien Stadt Leipzig derzeit ausreichend Betten vorhanden, um die Landkreise Leipzig und Nordsachsen mitzuversorgen. Unter Berücksichtigung des Richtwerts von 40 Betten je 1 Million Einwohner wäre eine bedarfsgerechte Mitversorgung jedoch nicht möglich. Da sich für den Landkreis Nordsachsen ein Hospiz in Torgau mit vorgesehenen 8 Plätzen im Bau befindet, wird mit der Inbetriebnahme dieses Hospizes die derzeit in Nordsachsen und bei Berücksichtigung der Empfehlung von 40 Betten je 1 Million Einwohner in der Region Leipzig bestehende Versorgungslücke geschlossen. Darüber hinaus sind Mitversorgungseffekte durch das Hospiz in Leisnig, welches im Frühjahr 2018 eröffnet wurde, zu erwarten.

In der Region Dresden mit der kreisfreien Stadt Dresden und den Landkreisen Bautzen, Görlitz, Meißen und Sächsische Schweiz/Osterzgebirge stehen derzeit 28 Hospizbetten einem Bedarf von 47 bis 59 Betten gegenüber. Da auch hier Planungen bestehen, in den Landkreisen Bautzen und Görlitz sowie in der kreisfreien Stadt Dresden weitere Hospize zu errichten, wird diese Versorgungslücke durch die Fertigstellung dieser derzeit geplanten Hospize geschlossen.

Tabelle 22: Bettenzahlen der stationären Hospize für Erwachsene im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2017

Landkreis	IST 2017	SOLL 2017	
		32 Betten je 1 Mio. EW	40 Betten je 1 Mio. EW
Chemnitz, Stadt	16	8	10
Erzgebirgskreis	8	12	15
Mittelsachsen	22	10	13
Vogtlandkreis	12	8	11
Zwickau	9	12	15
Dresden, Stadt	-	13	16
Bautzen	-	10	12
Görlitz	12	9	12
Meißen	16	7	9
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	-	8	10
Leipzig, Stadt	28	14	18
Landkreis Leipzig	-	8	10
Nordsachsen	-	6	8
Sachsen	123	127	158

Anmerkung: Abweichungen in den Summen rundungsbedingt. Quelle: Eigene Berechnung nach Karmann et al. (2014), Radbruch und Payne (2011b), Statistisches Bundesamt (2017b, 2017d), Statistisches Landesamt Sachsen (2017), LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer (Stand: November 2017).

Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen

Analog zu der in Box 3 beschriebenen Methodik zur Berechnung des Bedarfs an Hospizbetten zur Versorgung von Erwachsenen wurde unter Verwendung der Bevölkerungsgröße von unter 20-Jährigen sowie der in dieser Altersgruppe im Jahr 2015 in Deutschland und in Sachsen Verstorbenen der Bedarf an Hospizbetten zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen berechnet. Unter Verwendung der Empfehlungen von 32 beziehungsweise 40 Betten je 1 Million Einwohner ergäbe sich rechnerisch ein Mehrbedarf von 10 bis 14 Betten (siehe Tabelle 23). Auf Basis der Ergebnisse der Experteninterviews lässt sich jedoch für den Freistaat Sachsen insgesamt ein ausreichendes hospizliches Angebot zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen konstatieren (siehe Kapitel 6.2.1.3), da diese – relativ zu Erwachsenen – eher zu Hause versorgt werden und es zwischen den Bundesländern Mitversorgungseffekte gibt. Nach Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen getrennte Benchmarks zur bedarfsgerechten Versorgung scheinen vor diesem Hintergrund dringend notwendig.

Das einzige sächsische Kinderhospiz befindet sich jedoch in Markkleeberg und damit im westlichen Teil des Freistaates Sachsen. Inwiefern auch Familien mit schwersterkrankten Kindern und Jugendlichen aus den ostsächsischen Landkreisen dieses Angebot in Anspruch nehmen oder ob in diesen Regionen ein unentdeckter Bedarf besteht, lässt sich auch auf Basis der vorliegenden Daten nicht abschließend bewerten.

Tabelle 23: Bettenzahlen der stationären Hospize für Kinder und Jugendliche im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2017

Landkreis	IST 2017	SOLL 2017	
		32 Betten je 1 Mio. EW	40 Betten je 1 Mio. EW
Chemnitz, Stadt	0	1	1
Erzgebirgskreis	0	1	1
Mittelsachsen	0	1	1
Vogtlandkreis	0	1	1
Zwickau	0	2	2
Dresden, Stadt	0	3	4
Bautzen	0	2	2
Görlitz	0	1	1
Meißen	0	2	2
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	0	2	2
Leipzig, Stadt	0	3	4
Landkreis Leipzig	10	1	1
Nordsachsen	0	1	1
Sachsen	10	20	24

Anmerkung: Abweichungen in den Summen rundungsbedingt. Quelle: Eigene Berechnung nach Karmann et al. (2014), Radbruch und Payne (2011b), Statistisches Bundesamt (2017b, 2017d), Statistisches Landesamt Sachsen (2017), LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer (Stand: November 2017).

Stationäre Palliativversorgung

Unabhängig vom Richtwert verfügt Sachsen im Hinblick auf die Palliativbetten auf Landesebene über eine bedarfsgerechte stationäre Palliativversorgung (siehe Tabelle 24). Jedoch sind regionale Unterschiede zu erkennen: Während insbesondere in den kreisfreien Städten Chemnitz, Dresden und Leipzig, aber auch in den Landkreisen Bautzen, Görlitz und Meißen eine Bettenzahl vorgehalten wird, die über dem Bedarf der eigenen Bevölkerung liegt, verfügen die Landkreise Mittelsachsen, Nordsachsen, Zwickau und der Erzgebirgskreis unabhängig vom Richtwert des je 1 Million Einwohner bestehenden Bedarfs über eine zu geringe Anzahl an Palliativbetten. Unter Einbeziehung der Empfehlung von 60 benötigten Betten je 1 Million Einwohner können auch die im Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge, dem Vogtlandkreis und dem Landkreis Leipzig vorgehaltenen Betten die Versorgung der in diesen Landkreis Sterbenden nicht bedarfsgerecht gewährleisten. Allerdings ist auch hier von Mitversorgungseffekten auszugehen, bei denen die kreisfreien Städte und die Landkreise mit einem über den eigenen Bedarf hinausgehenden Bettenbestand die umliegenden Landkreise mitversorgen.

Tabelle 24: Bettenzahlen der Palliativstationen im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2017

Landkreis	IST 2017	SOLL 2017	
		48 Betten je 1 Mio. EW	60 Betten je 1 Mio. EW
Chemnitz, Stadt	23	12	15
Erzgebirgskreis	14	18	22
Mittelsachsen	12	16	20
Vogtlandkreis	14	13	16
Zwickau	16	18	23
Dresden, Stadt	41	19	24
Bautzen	22	14	18
Görlitz	21	14	18
Meißen	15	11	14
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	13	12	15
Leipzig, Stadt	32	21	27
Landkreis Leipzig	14	12	15
Nordsachsen	6	9	12
Sachsen	243	190	237

Anmerkung: Abweichungen in den Summen rundungsbedingt. Quelle: Eigene Berechnung nach Karmann et al. (2014), Radbruch und Payne (2011b), Krankenhausplan Sachsen, Statistisches Bundesamt (2017b, 2017d), Statistisches Landesamt Sachsen (2017), LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer (Stand: November 2017).

5.2 Bedarfsprognose auf Kreisebene

5.2.1 Bevölkerungsprognose

Die Bevölkerungsprognose basiert auf der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Freistaates Sachsen bis 2030, wobei Variante 1 der Bevölkerungsprognose herangezogen wurde (Statistisches Landesamt Sachsen 2016a). Diese Variante geht von einem Wanderungsgewinn zwischen 2015 und 2030 von 280.000 Personen in Sachsen aus. Weiterhin wird ein Anstieg der Geburtenziffer (Kinder je Frau) von 1,57 (2014) auf 1,7 in 2018 mit anschließender Konstanz bis 2020 und erneutem Absinken auf 1,6 bis 2028 angenommen (Statistisches Landesamt Sachsen 2016a). Die Bevölkerungsprognose wurde bis in das Jahr 2050 fortgeschrieben, indem die Annahmen der Sterbetafel von 2030 (80,2 Jahre Jungen / 85,8 Jahre Mädchen) sowie die Geburtenziffer von 1,6 konstant gehalten wurden.

Grundlegend ergibt sich in der Prognose ein Anstieg der sächsischen Bevölkerung bis 2020 und ein anschließender, sich mit der Zeit verstärkender Bevölkerungsrückgang bis 2050. Regional gesehen ergibt sich ein deutlicher Zuwachs der Bevölkerung in den Städten Leipzig und Dresden und eine entsprechende Reduktion im Umland. Die Verteilung der Bevölkerungsentwicklung wird im Anhang dargestellt (siehe Tabelle 53 im Anhang).

5.2.2 Prognose der Gestorbenen für das Berechnungsmodell des zukünftigen Versorgungsbedarfs

Grundlage der Prognose bildet die Schätzung der Verstorbenen für die Jahre 2020, 2030 und 2050 (siehe Tabelle 25), die der Hospizstudie 2013 entnommen wurde (Karmann et al. 2014).

Tabelle 25: Prognostizierte Anzahl der Gestorbenen im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten für die Jahre 2020 - 2050

Landkreis	Jahr		
	2020	2030	2050
Chemnitz, Stadt	3.425	3.475	3.000
Erzgebirgskreis	4.993	4.894	4.621
Mittelsachsen	4.525	4.404	4.141
Vogtlandkreis	3.569	3.543	3.143
Zwickau	4.865	4.794	4.294
Dresden, Stadt	5.670	6.120	6.512
Bautzen	4.209	4.220	4.161
Görlitz	3.998	3.914	3.596
Meißen	3.351	3.379	3.346
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	3.446	3.551	3.357
Leipzig, Stadt	6.240	6.519	6.620
Landkreis Leipzig	3.446	3.553	3.685
Nordsachsen	2.663	2.734	2.823
Sachsen	54.400	55.100	53.299

Quelle: Raffelhüschen et al. (2011) zitiert nach Karmann et al. (2014).

Für die Verwendung der Zahlen ist jedoch eine Anpassung an die Methodik der Bedarfsberechnung notwendig, da zwischen verstorbenen Erwachsenen und verstorbenen Kindern und Jugendlichen unterschieden werden soll. Um die Unterscheidung zu treffen, wurde ein Jugendquotient berechnet, welcher die verstorbenen Kinder und Jugendlichen unter allen Verstorbenen angibt (siehe Box 4).

Box 4: Methodik zur Berechnung des Jugendquotienten

Methodik Jugendquotient

Der Jugendquotient ist der Anteil der verstorbenen Kinder und Jugendlichen unter allen Verstorbenen eines Prognosejahres:

$$JQ_{i,t} = P(Kind_{i,t} | Verstorben_{i,t})$$

Um diesen zu bestimmen, werden drei Informationen benötigt:

- Die Wahrscheinlichkeit, im Kindesalter zu versterben $P(Verstorben|Kind)$, wird als konstant angenommen und kann auf Basis der Statistik zu den je Landkreis und Altersgruppe Gestorbenen berechnet werden.
- Die Wahrscheinlichkeit, ein Kind unter allen Einwohnern zu sein, ist das Verhältnis der Kinder zu allen Einwohnern und ergibt sich aus der Bevölkerungsvorausbe-
rechnung:

$$P(Kind_{i,t}) = \frac{Kinder_{i,t}}{Einwohner_{i,t}}$$

- Die Wahrscheinlichkeit zu versterben ist das Verhältnis der Verstorbenen zu allen Einwohnern und ergibt sich aus dem Verhältnis der Prognose der Verstorbenen und der Bevölkerungsvorausberechnung:

$$P(Verstorben_{i,t}) = \frac{Verstorben_{i,t}}{Einwohner_{i,t}}$$

Der Jugendquotient ergibt sich gemäß Satz von Bayes über:

$$JQ_{i,t} = P(Kind_{i,t} | Verstorben_{i,t}) = \frac{P(Verstorben|Kind) * P(Kind_{i,t})}{P(Verstorben_{i,t})}$$

Quelle: Eigene Darstellung nach Raffelhüschen et al. (2011) zitiert nach Karmann et al. (2014), Statistisches Landesamt Sachsen (2016e, 2017).

Die für die Jahre 2020, 2030 und 2050 prognostizierten Sterbefälle – unterteilt nach Erwachsenen ab 20 Jahren sowie Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre – sind in der Tabelle 26 dargestellt.

Tabelle 26: Prognostizierte Anzahl der Gestorbenen im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten für die Jahre 2020 - 2050

Landkreis	Prognostizierte Sterbefälle Erwachsene			Prognostizierte Sterbefälle Kinder und Jugendliche		
	2020	2030	2050	2020	2030	2050
Chemnitz, Stadt	3.415	3.464	2.990	10	11	10
Erzgebirgskreis	4.985	4.886	4.614	8	8	7
Mittelsachsen	4.517	4.396	4.133	8	8	8
Vogtlandkreis	3.558	3.532	3.133	11	11	10
Zwickau	4.851	4.780	4.282	14	14	12
Dresden, Stadt	5.634	6.080	6.466	36	40	46
Bautzen	4.194	4.205	4.146	15	15	15
Görlitz	3.991	3.907	3.589	7	7	7
Meißen	3.335	3.362	3.329	16	17	17
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	3.432	3.536	3.342	14	15	15
Leipzig, Stadt	6.211	6.487	6.583	29	32	37
Landkreis Leipzig	3.436	3.542	3.673	10	11	12
Nordsachsen	2.652	2.722	2.811	11	12	12
Sachsen	54.210	54.901	53.092	190	199	207

Anmerkung: Abweichungen in den Summen rundungsbedingt. Quelle: Eigene Berechnung nach Raffelhüschen et al. (2011) zitiert nach Karmann et al. (2014) und Daten Statistisches Landesamt Sachsen (2016e, 2017).

5.2.3 Bedarfsprognose ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Für die Bedarfsprognose wurde die Methodik der Bedarfsberechnung fortgeführt.

Box 5: Methodik zur Berechnung des prognostizierten Bedarfs an ambulanter Hospiz- und Palliativversorgung

Methodik Prognose ambulanter Hospiz- und Palliativbedarf

Die Sollzahlen für die einzelnen Kreise (i) und die einzelnen Jahre (t) werden mit Hilfe der Relationszahlen für AHD-Ehrenamtliche und SAPV-Dienste und dem Jugendquotienten berechnet.

$$AHD_{Erw.i,t} = \lambda_{AHD_{Erw.}} * Gestorbene_{Erw.;i,t} * (1 - JQ_{i,t})$$

$$AHKD_{Kinder.i,t} = \lambda_{AHKD_{Kinder}} * Gestorbene_{Erw.;i,t} * JQ_{i,t}$$

$$SAPV_{Erw.i,t} = \lambda_{SAPV_{Erw.}} * Gestorbene_{Erw.;i,t} * (1 - JQ_{i,t})$$

Da sich die Empfehlung der durch einen AHD zu versorgenden Bevölkerungszahl auf 10-12 Ehrenamtliche bezieht, wird im letzten Schritt der Bedarf an Ehrenamtlichen für die einzelnen Kreise (i) und Jahre (t) wie folgt berechnet:

$$Ehrenamtliche_{Erw.i,t} = AHD_{Erw.i,t} * 10 - 12 \text{ Ehrenamtliche/Dienst}$$

$$Ehrenamtliche_{Kinder.i,t} = AHKD_{Kinder.i,t} * 10 - 12 \text{ Ehrenamtliche/Dienst}$$

Quelle: Darstellung in Anlehnung an Karmann et al. (2014).

Ambulante Hospizdienste

Der Bedarf an Hospizdiensten steigt von 988 bis 1.185 Ehrenamtlichen im Jahr 2020 auf 1.000 bis 1.200 Ehrenamtliche im Jahr 2030, um im Jahr 2050 wieder unter den Wert des Jahres von 2020 zu fallen (siehe Tabelle 27). Der Mehrbedarf zwischen 2020 und 2030 begründet sich durch die steigende Mortalität der sächsischen Bevölkerung, ausgelöst durch den demografischen Wandel. Die natürliche Fluktuation, die ebenfalls mit dem demografischen Wandel einhergeht, steht diesem Effekt entgegen. Ab 2030 verdrängt der Einfluss der natürlichen Fluktuation bei einem angenommenen Rückgang der Zuzüge nach Sachsen aufgrund von sinkenden Geburten und steigenden Sterberaten die höhere Mortalität in absoluten Zahlen. Die trotz höherer Mortalität nunmehr sinkenden absoluten Sterbezahlen (bei sinkender absoluter Bevölkerungszahl) reduzieren ab 2030 auch den Bedarf an Ehrenamtlichen in ambulanten Hospizdiensten. Dieser Effekt wird regional durch sehr unterschiedliche Wanderungssalden noch verstärkt oder sogar ausgelöscht. In den Großstädten Dresden und Leipzig führt eine hohe Zuzugsrate zu einem kontinuierlichen Anstieg des Bedarfs. In den ländlichen Räumen und in Chemnitz bleibt der Bedarf hingegen bis 2030 nahezu konstant und sinkt anschließend deutlich.

Tabelle 27: Prognose des Bedarfs an Ehrenamtlichen der ambulanten Hospizdienste in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung

Landkreis	SOLL 2020		SOLL 2030		SOLL 2050	
	min	max	min	max	min	max
Chemnitz, Stadt	62	75	63	76	54	65
Erzgebirgskreis	91	109	89	107	84	101
Mittelsachsen	82	99	80	96	75	90
Vogtlandkreis	65	78	64	77	57	68
Zwickau	88	106	87	105	78	94
Dresden, Stadt	103	123	111	133	118	141
Bautzen	76	92	77	92	76	91
Görlitz	73	87	71	85	65	78
Meißen	61	73	61	74	61	73
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	63	75	64	77	61	73
Leipzig, Stadt	113	136	118	142	120	144
Landkreis Leipzig	63	75	65	77	67	80
Nordsachsen	48	58	50	60	51	61
Sachsen	988	1.185	1.000	1.200	967	1.161

Anmerkung: Abweichungen in den Summen rundungsbedingt. Quelle: Eigene Berechnungen nach Empfehlungen der EAPC (Radbruch und Payne 2011b).

Für Kinder und Jugendliche kommt der eben beschriebene Effekt nicht zum Tragen. Die Mortalität der Kinder und Jugendlichen ist im Vergleich zu der der Erwachsenen gering. In der Folge führt die bis 2028 erhöhte Fertilitätsrate dennoch zu einem Anstieg an Kindern und Jugendlichen und auch zu mehr Verstorbenen in dieser Altersgruppe. Aus diesem Grund erhöht sich der Bedarf an Ehrenamtlichen in ambulanten Kinderhospizdiensten von 161 bis 193 im Jahr 2020 zu 169 bis 203 im Jahr 2030 und zu 176 bis 212 im Jahr 2050. Der beschriebene Anstieg des Bedarfs entsteht hauptsächlich in den kreisfreien Städten Leipzig und Dresden, während im ländlichen Raum ein konstanter oder teilweise sogar sinkender Bedarf entsteht.

Tabelle 28: Prognose des Bedarfs an Ehrenamtlichen der ambulanten Kinderhospizdienste in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung

Landkreis	SOLL 2020		SOLL 2030		SOLL 2050	
	min	max	min	max	min	max
Chemnitz, Stadt	9	11	9	11	8	10
Erzgebirgskreis	7	8	7	8	6	7
Mittelsachsen	7	9	7	9	7	8
Vogtlandkreis	10	11	10	12	9	11
Zwickau	12	14	12	14	10	13
Dresden, Stadt	31	37	34	41	39	47
Bautzen	12	15	13	15	12	15
Görlitz	6	7	6	7	6	7
Meißen	14	17	14	17	14	17
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	12	15	13	15	13	15
Leipzig, Stadt	25	30	28	33	32	38
Landkreis Leipzig	9	10	9	11	10	12
Nordsachsen	10	12	10	12	11	13
Sachsen	161	193	169	203	176	212

Anmerkung: Abweichungen in den Summen rundungsbedingt. Quelle: Eigene Berechnungen nach Empfehlungen der EAPC (Radbruch und Payne 2011b).

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Grundlage für die Berechnung der Prognose der Soll-Werte bildet die in Kapitel 3.5 skizzierte Empfehlung des GKV-Spitzenverbands, wonach je 250.000 Einwohner 1 SAPV-Team vorhanden sein sollte. Dabei zeigt sich, dass bereits im Jahr 2017 (siehe Tabelle 21) mit 16 SAPV-Teams nahezu genügend Teams vorhanden sind. Auch für die Jahre 2020 bis 2050 kann unter der Voraussetzung eines konstanten Versorgungsangebots von einer ausreichenden Versorgung auf Ebene des Freistaates Sachsen ausgegangen werden (siehe Tabelle 29).

Tabelle 29: Prognose des Bedarfs an SAPV-Teams in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung

Landkreis	SOLL 2020	SOLL 2030	SOLL 2050
Chemnitz, Stadt	1	1	1
Erzgebirgskreis	1	1	1
Mittelsachsen	1	1	1
Vogtlandkreis	1	1	1
Zwickau	1	1	1
Dresden, Stadt	2	2	2
Bautzen	1	1	1
Görlitz	1	1	1
Meißen	1	1	1
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	1	1	1
Leipzig, Stadt	2	2	2
Landkreis Leipzig	1	1	1
Nordsachsen	1	1	1
Sachsen	16	16	15

Anmerkung: Abweichungen in den Summen rundungsbedingt. Quelle: Eigene Berechnungen nach Empfehlungen des GKV-Spitzenverband et al. (2012).

5.2.4 Bedarfsprognose stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Box 6: Methodik zur Berechnung des prognostizierten Bedarfs an Hospiz- und Palliativbetten

Methodik Prognose Hospiz- und Palliativbetten

Die Sollbettenzahlen für die einzelnen Kreise (i) und die einzelnen Jahre (t) werden mit Hilfe der Relationszahlen für Hospiz- und Palliativbetten und dem Jugendquotienten berechnet.

$$Hospiz_{Erw.;min_{i,t}} = \lambda_{Hosp_{Erw.;min}} * Gestorbene_{Erw.;i,t} * (1 - JQ_{i,t})$$

$$Hospiz_{Erw.;max_{i,t}} = \lambda_{Hosp_{Erw.;max}} * Gestorbene_{Erw.;i,t} * (1 - JQ_{i,t})$$

$$Palliativ_{Erw.;min_{i,t}} = \lambda_{Palliativ_{Erw.;min}} * Gestorbene_{Erw.;i,t} * (1 - JQ_{i,t})$$

$$Palliativ_{Erw.;max_{i,t}} = \lambda_{Palliativ_{Erw.;max}} * Gestorbene_{Erw.;i,t} * (1 - JQ_{i,t})$$

Quelle: Darstellung in Anlehnung an Karmann et al. (2014).

Hospiz- und Palliativbetten

Der Bedarf an stationären Hospiz- und Palliativbetten folgt der gleichen Dynamik wie der Bedarf für ambulante Hospizdienste. Zwischen 2020 und 2030 ist ein erhöhter Bedarf an Hospiz- und Palliativbetten zu erwarten. Dieser erhöhte Bedarf ist vor allem in Städten vorhanden. Im ländlichen Raum bleibt der Bedarf durch Bevölkerungsabwanderung konstant oder sinkt sogar leicht. Ab 2030 reduziert sich der Bedarf im Freistaat Sachsen insgesamt aufgrund gesunkener Bevölkerungszahlen, um letztlich im Jahr 2050 unter dem Niveau von 2020 zu liegen (Tabelle 30 und Tabelle 31).

Tabelle 30: Prognose des Bedarfs an Hospizbetten für Erwachsene in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung

Landkreis	SOLL 2020		SOLL 2030		SOLL 2050	
	min	max	min	max	min	max
Chemnitz, Stadt	8	10	8	10	7	9
Erzgebirgskreis	12	15	11	14	11	13
Mittelsachsen	11	13	10	13	10	12
Vogtlandkreis	8	10	8	10	7	9
Zwickau	11	14	11	14	10	12
Dresden, Stadt	13	16	14	18	15	19
Bautzen	10	12	10	12	10	12
Görlitz	9	12	9	11	8	10
Meißen	8	10	8	10	8	10
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	8	10	8	10	8	10
Leipzig, Stadt	14	18	15	19	15	19
Landkreis Leipzig	8	10	8	10	9	11
Nordsachsen	6	8	6	8	7	8
Sachsen	126	158	128	160	124	155

Anmerkung: Abweichungen in den Summen rundungsbedingt. Quelle: Eigene Berechnungen nach Empfehlungen der EAPC (Radbruch und Payne 2011b).

Tabelle 31: Prognose des Bedarfs an stationären Palliativbetten in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung

Landkreis	SOLL 2020		SOLL 2030		SOLL 2050	
	min	max	min	max	min	max
Chemnitz, Stadt	12	15	12	15	10	13
Erzgebirgskreis	17	22	17	21	16	20
Mittelsachsen	16	20	15	19	14	18
Vogtlandkreis	12	16	12	15	11	14
Zwickau	17	21	17	21	15	19
Dresden, Stadt	20	25	21	27	23	28
Bautzen	15	18	15	18	15	18
Görlitz	14	17	14	17	13	16
Meißen	12	15	12	15	12	15
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	12	15	12	15	12	15
Leipzig, Stadt	22	27	23	28	23	29
Landkreis Leipzig	12	15	12	15	13	16
Nordsachsen	9	12	10	12	10	12
Sachsen	190	237	192	240	186	232

Anmerkung: Abweichungen in den Summen rundungsbedingt. Quelle: Eigene Berechnungen nach Empfehlungen der EAPC (Radbruch und Payne 2011b).

Der prognostizierte Bedarf an Hospizbetten zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist in Tabelle 32 dargestellt. Aufgrund der bis 2028 als steigend angenommenen Fertilitätsrate kommt es bis 2030 zu einem Anstieg an Kindern und Jugendlichen und damit auch zu einer höheren Anzahl an Verstorbenen in dieser Altersgruppe. Folglich erhöht sich rechnerisch auch der Bedarf für Hospizbetten zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Wie in Kapitel 5.1.2 beschrieben, werden Kinder und Jugendliche jedoch häufiger als Erwachsene in der Häuslichkeit versorgt. Zudem bestehen Mitversorgungseffekte zwischen den Bundesländern. Infolgedessen steht den befragten Experten zufolge aktuell ein ausreichendes hospizliches Angebot zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. Aufgrund des relativ geringen Anstiegs an Verstorbenen dieser Altersklasse kann unter der Voraussetzung eines konstanten Angebots auch bis zum Jahr 2050 von einer bedarfsgerechten Versorgung ausgegangen werden.

Tabelle 32: Prognose des Bedarfs an Hospizbetten für Kinder und Jugendliche in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung

Landkreis	SOLL 2020		SOLL 2030		SOLL 2050	
	min	max	min	max	min	max
Chemnitz, Stadt	1	1	1	1	1	1
Erzgebirgskreis	1	1	1	1	1	1
Mittelsachsen	1	1	1	1	1	1
Vogtlandkreis	1	2	1	2	1	1
Zwickau	1	2	1	2	1	2
Dresden, Stadt	4	5	4	5	5	6
Bautzen	2	2	2	2	2	2
Görlitz	1	1	1	1	1	1
Meißen	2	2	2	2	2	2
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	2	2	2	2	2	2
Leipzig, Stadt	3	4	4	4	4	5
Landkreis Leipzig	1	1	1	1	1	2
Nordsachsen	1	2	1	2	1	2
Sachsen	21	26	22	27	23	28

Anmerkung: Abweichungen in den Summen rundungsbedingt Quelle: Eigene Berechnungen nach Empfehlungen der EAPC (Radbruch und Payne 2011b).

6 Bewertung der hospizlichen und palliativen Versorgungsstrukturen Sachsens

6.1 Versorgungsangebote im Ländervergleich

6.1.1 Ärzte mit palliativmedizinischer Zusatzweiterbildung

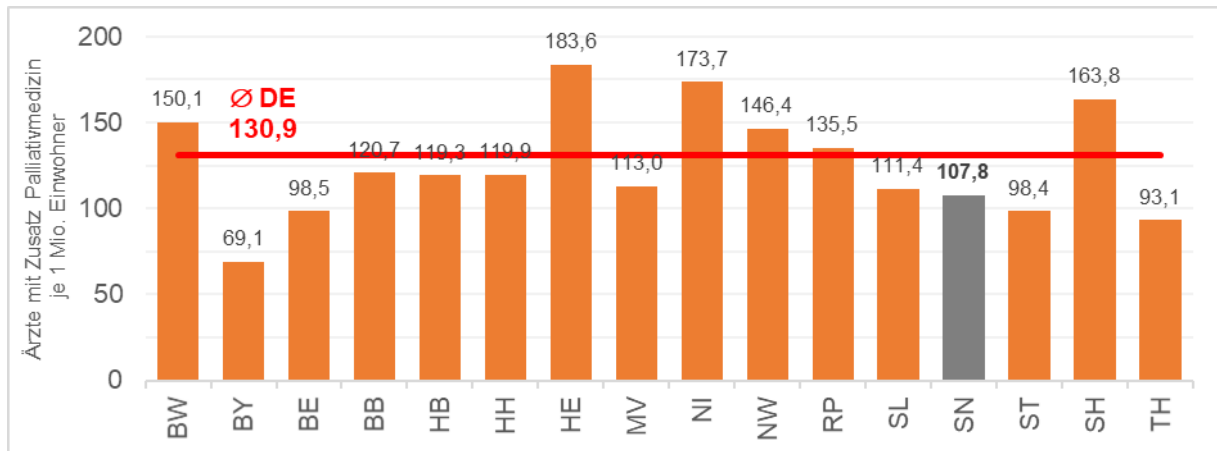
Tabelle 33 und Abbildung 11 zeigen die Anzahl der Ärzte mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin in den Bundesländern insgesamt und bezogen auf 1 Million Einwohner. Deutschland verfügt insgesamt über 10.805 Ärzte mit dieser Zusatzweiterbildung und somit 130,9 je 1 Million Einwohner. Besonders Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein weisen mit mehr als 150 Ärzten je 1 Million Einwohner sehr hohe Raten auf. Sachsen verfügt über 440 Ärzte mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und weist damit mit 107,8 je 1 Million Einwohner eine unterdurchschnittliche Rate auf.

Tabelle 33: Ärzte mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin in den Bundesländern, 2016

Bundesland	Einwohner	Ärzte mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin	
		absolut	je 1 Mio. Einwohner
Baden-Württemberg	10.951.893	1.644	150,1
Bayern	12.930.751	893	69,1
Berlin	3.574.830	352	98,5
Brandenburg	2.494.648	301	120,7
Bremen	678.753	81	119,3
Hamburg	1.810.438	217	119,9
Hessen	6.213.088	1.141	183,6
Mecklenburg-Vorpommern	1.610.674	182	113,0
Niedersachsen	7.945.685	1.380	173,7
Nordrhein-Westfalen	17.890.100	2.619	146,4
Rheinland-Pfalz	4.066.053	551	135,5
Saarland	996.651	111	111,4
Sachsen	4.081.783	440	107,8
Sachsen-Anhalt	2.236.252	220	98,4
Schleswig-Holstein	2.881.926	472	163,8
Thüringen	2.158.128	201	93,1
Deutschland	82.521.653	10.805	130,9

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach GBE-Bund (2017), Statistisches Bundesamt (2018).

Abbildung 11: Ärzte mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin je 1 Mio. Einwohner in den Bundesländern, 2016



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach GBE-Bund (2017), Statistisches Bundesamt (2018).

6.1.2 Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Die Zahl der AAPV-Verordnungen gibt einen Hinweis, wie etabliert die Palliativversorgung in der medizinischen Regelversorgung ist. Dazu zeigen Tabelle 34 und Abbildung 12 die Anzahl der AAPV-Verordnungen je 100.000 GKV-Versicherter in den Bundesländern nach der Art der Leistungserbringung gemäß GOP im Jahr 2016. Dabei werden die großen regionalen Unterschiede deutlich. So werden je 100.000 GKV-Versicherter in den Bundesländern Thüringen (2.304), Bayern (2.235), Mecklenburg-Vorpommern (1.870), Niedersachsen (1.780) und Sachsen (1.660) deutlich häufiger AAPV-Leistungen erbracht als im Bundesdurchschnitt (1.341). Am unteren Ende befinden sich dagegen Nordrhein-Westfalen (485), Brandenburg (837) und Berlin (979). Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass die Palliativversorgung in Sachsen vergleichsweise gut in die medizinische Regelversorgung eingebunden ist.

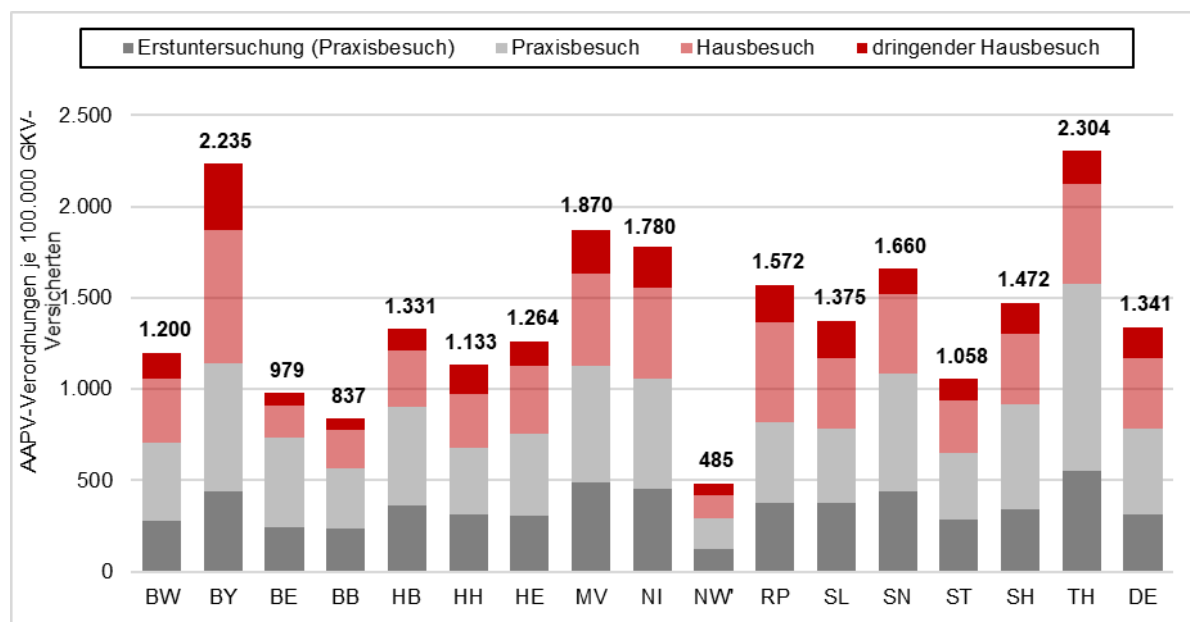
Ceteris paribus ist die AAPV-Verordnungshäufigkeit umso höher, je größer der Anteil ländlicher Regionen in einem Bundesland ist. Mit einem geringeren Angebot der anderen Versorgungsformen ist sie dagegen nicht erklärbar, denn gerade Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen, die sehr hohe AAPV-Verordnungshäufigkeiten aufweisen, verfügen auch über ein sehr breites SAPV-, Hospiz- und Palliativstation-Angebot. Eine intensive Inanspruchnahme von AAPV erscheint demnach kein Substitut für andere palliative Versorgungsformen zu sein.

Tabelle 34: Anzahl der AAPV-Verordnungen je 100.000 GKV-Versicherter in den Bundesländern nach Art der Leistungserbringung, 2016

Bundesland	Erstunter- suchung (Praxis- besuch)	Folgeuntersuchung			Summe
		Praxis- besuch	Haus- besuch	dringender Hausbesuch	
Baden-Württemberg	281	425	354	140	1.200
Bayern	438	702	734	360	2.235
Berlin	243	491	177	68	979
Brandenburg	233	334	211	59	837
Bremen	362	541	310	119	1.331
Hamburg	315	365	296	158	1.133
Hessen	306	447	373	138	1.264
Mecklenburg-Vorpommern	493	639	499	241	1.870
Niedersachsen	456	604	499	221	1.780
Nordrhein-Westfalen*	121	170	129	65	485
Rheinland-Pfalz	380	442	548	203	1.572
Saarland	374	410	386	205	1.375
Sachsen	440	649	434	137	1.660
Sachsen-Anhalt	286	367	283	121	1.058
Schleswig-Holstein	342	577	385	168	1.472
Thüringen	555	1.020	552	177	2.304
Deutschland	317	468	388	168	1.341

Anmerkungen: Einwohner Stand 31.12.2016; GKV-Anteil auf Basis des Mikrozensus; GOP 03370-03373; * Summe der Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV-Bezirke) Westfalen-Lippe und Nordrhein. Quelle: KBV; Statistisches Bundesamt (2018); eigene Berechnung und Darstellung.

Abbildung 12: Anzahl der AAPV-Verordnungen je 100.000 GKV-Versicherter in den Bundesländern nach Art der Leistungserbringung, 2016



Anmerkungen: Einwohner Stand 31.12.2016; GKV-Anteil auf Basis des Mikrozensus; GOP 03370-03373; * Summe der KV-Bezirke Westfalen-Lippe und Nordrhein. Quelle: KBV; Statistisches Bundesamt (2018); eigene Berechnung und Darstellung.

6.1.3 Ambulante Hospizdienste

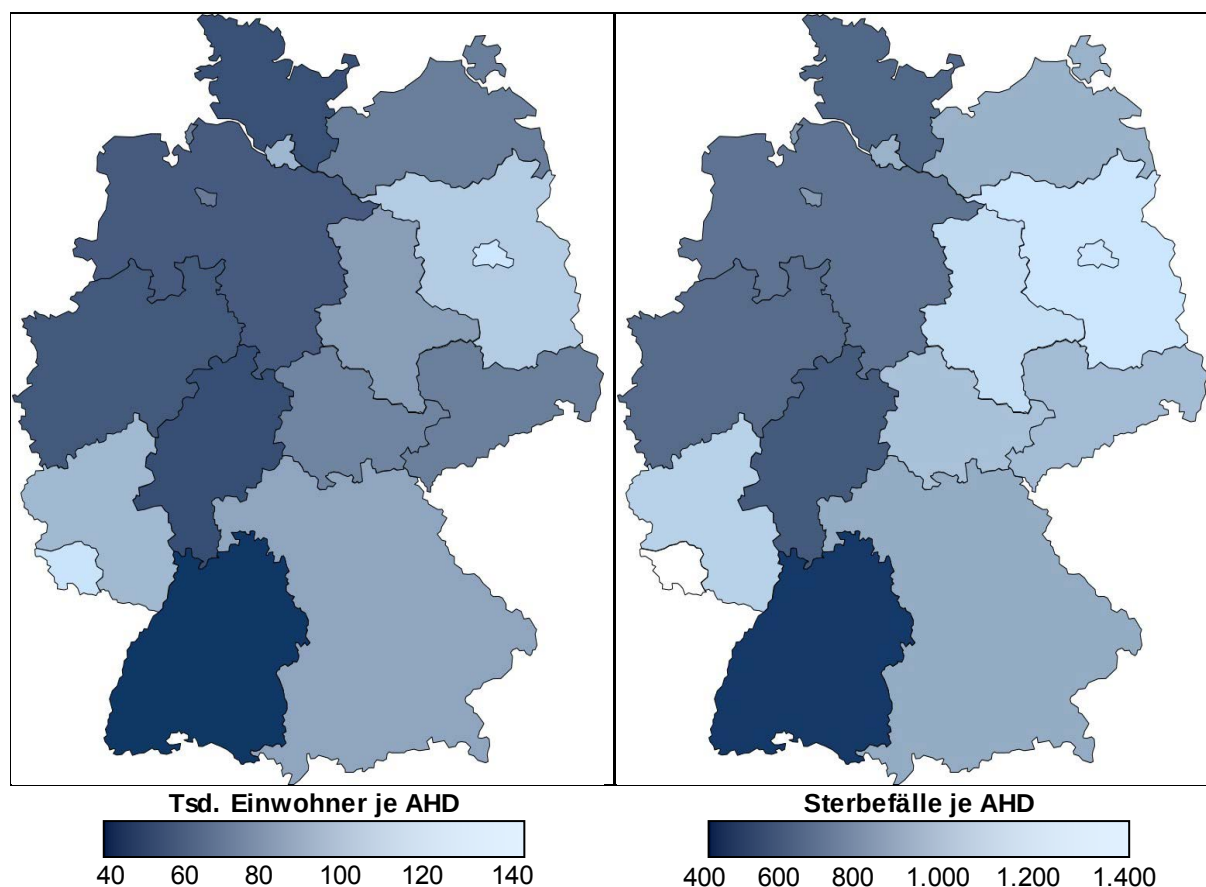
Tabelle 35 zeigt die Anzahl der AHD insgesamt und bezogen auf die Zahl der Einwohner und der Sterbefälle in den einzelnen Bundesländern. Deutschlandweit kommt ein AHD auf rund 67.100 Einwohner beziehungsweise auf etwa 752 Sterbefälle. Sachsen befindet sich dabei im Mittelfeld: 77.015 Einwohner je AHD entsprechen Rang 8 und 1.028 Sterbefälle je AHD Rang 10 im Vergleich der 16 Bundesländer. Einschränkend zu diesem Ländervergleich der ambulanten Hospizdienste ist anzumerken, dass auch aufgrund fehlender anderer valider und aktueller Datenquellen (siehe Kapitel 6.1.6) die diesem Vergleich zugrunde liegenden Daten einer Umfrage des SMS entstammen, in der die Länder unter anderem Angaben zur Anzahl der ambulanten Hospizdienste machten (SMS 2016a; 2016b). Insofern können sich gewisse Verzerrungen ergeben, wenn z. B. einige Bundesländer ausschließlich die Anzahl der ambulanten Hospizdienste zur Begleitung Erwachsener angeben, andere wiederum die Summe aus AHD und AKHD.

Tabelle 35: Anzahl der ambulanten Hospizdienste in den Bundesländern, 2015

Bundesland	Anzahl AHD	Einwohner	Einwohner je AHD	Sterbefälle	Sterbefälle je AHD
Baden-Württemberg	260	10.951.893	42.123	108.066	416
Bayern	140	12.930.751	92.363	133.536	954
Berlin	23	3.574.830	155.427	34.278	1.490
Brandenburg	22	2.494.648	113.393	30.750	1.398
Bremen	9	678.753	75.417	7.811	868
Hamburg	18	1.810.438	100.580	17.565	976
Hessen	110	6.213.088	56.483	66.534	605
Mecklenburg-Vorpommern	21	1.610.674	76.699	20.315	967
Niedersachsen	130	7.945.685	61.121	92.460	711
Nordrhein-Westfalen	295	17.890.100	60.644	204.352	693
Rheinland-Pfalz*	40	4.066.053	101.651	46.777	1.169
Saarland	7	996.651	142.379	13.427	1.918
Sachsen	53	4.081.783	77.015	54.467	1.028
Sachsen-Anhalt	25	2.236.252	89.450	32.369	1.295
Schleswig-Holstein	50	2.881.926	57.639	33.663	673
Thüringen	27	2.158.128	79.931	28.830	1.068
Deutschland	1.230	82.521.653	67.091	925.200	752

Anmerkungen: Einwohner Stand 31.12.2016; Sterbefälle Stand 31.12.2015; * inkl. Ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2018) und Befragungsdaten des SMS (2016a, 2016b).

Abbildung 13: Einwohner und Sterbefälle je AHD nach Bundesländern



Anmerkungen: Einwohner Stand 31.12.2016; Sterbefälle Stand 31.12.2015; * inkl. Ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2018) und Befragungsdaten des SMS (2016a, 2016b).

Wie die oben genannte Länderumfrage des SMS für das Jahr 2016 zeigte, nimmt der Freistaat Sachsen bei der staatlichen Förderung eine führende Position im Bundesländervergleich ein, da die meisten Bundesländer den Institutionen der Hospiz- und Palliativversorgung gar keine eigenen Fördermittel zur Verfügung stellen. Diejenigen weiteren Länder, die ambulanten Hospizdiensten im Jahr 2015 eine Förderung gewährten (Brandenburg, Bremen, Hessen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen), taten dies in der Regel nicht auf Basis einer entsprechenden Richtlinie, sondern aufgrund von ministeriellen Erlassen, die gegebenenfalls verlängerbar sind. Für die geförderten Einrichtungen in diesen Ländern bedeutet dies jedoch eine erhebliche Unsicherheit hinsichtlich der Nachhaltigkeit der Förderung. Sachsen-Anhalt verfügt als einziges Bundesland neben Sachsen über eine entsprechende Richtlinie, in der die Zuwendungen des Landes für ambulante Hospizdienste transparent geregelt sind.

6.1.4 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die Anzahl der SAPV-Teams, der Einwohner sowie der daraus resultierende SAPV-Deckungsgrad sind in Tabelle 36 beziehungsweise Abbildung 14 dargestellt. Demnach verfügen die meisten Bundesländer über ausreichend SAPV-Teams. Sachsen erfüllt den SAPV-Deckungsgrad auf Landesebene zu 98 Prozent, sodass ein SAPV-Team im Durchschnitt etwa 255.000 Einwohner versorgt. Tendenziell sind die SAPV-Deckungsgrade in den Bundesländern größer, die einen größeren Anteil ländlicher Regionen aufweisen (z. B. Mecklenburg-Vorpommern,

Niedersachsen und Thüringen). Dies ist auch notwendig, um zu große Distanzen zwischen den Patienten und den Leistungserbringern zu verhindern.

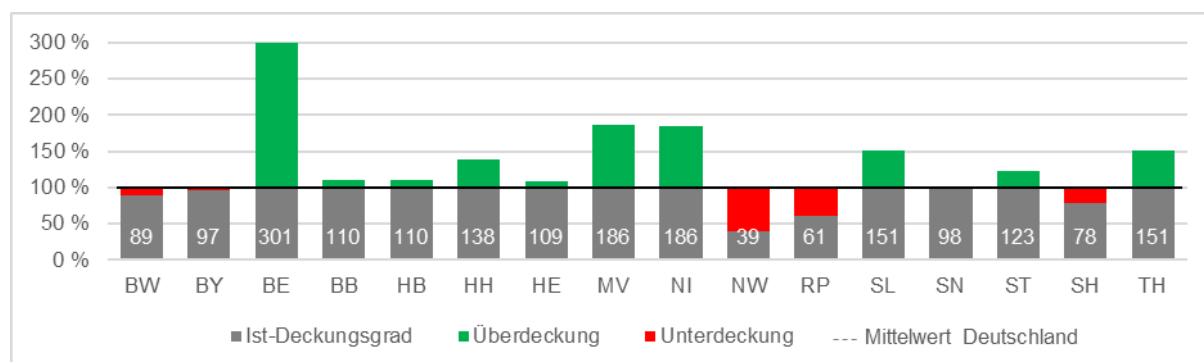
Der sehr hohe SAPV-Deckungsgrad Berlins kann zum einen darauf zurückzuführen sein, dass die Leistungserbringer des Landes Patienten aus dem umliegenden Brandenburg mitversorgen. Zum anderen kommt hier der Umstand zum Tragen, dass es keine bundeseinheitliche Definition des Leistungsumfanges von SAPV-Teams gibt, sodass die Einrichtungen in Berlin einen anderen Leistungsumfang zu erbringen haben als beispielsweise in Sachsen. Ähnliches gilt für den sehr niedrigen Deckungsgrad in Nordrhein-Westfalen, der zum Teil auf eine andere organisatorische Struktur der SAPV zurückzuführen ist (siehe Kapitel 6.1.6).

Tabelle 36: SAPV-Teams und SAPV-Deckungsquote in den Bundesländern, 2018

Bundesland	SAPV-Teams	Einwohner	Einwohner je SAPV-Team	SAPV-Deckungsgrad*
Baden-Württemberg	39	10.951.893	280.818	89%
Bayern	50	12.930.751	258.615	97%
Berlin	43	3.574.830	83.136	301%
Brandenburg	11	2.494.648	226.786	110%
Bremen	3	678.753	226.251	110%
Hamburg	10	1.810.438	181.044	138%
Hessen	27	6.213.088	230.114	109%
Mecklenburg-Vorpommern	12	1.610.674	134.223	186%
Niedersachsen	59	7.945.685	134.673	186%
Nordrhein-Westfalen	28	17.890.100	638.932	39%
Rheinland-Pfalz	10	4.066.053	406.605	61%
Saarland	6	996.651	166.109	151%
Sachsen	16	4.081.783	255.111	98%
Sachsen-Anhalt	11	2.236.252	203.296	123%
Schleswig-Holstein	9	2.881.926	320.214	78%
Thüringen	13	2.158.128	166.010	151%
Deutschland	347	82.521.653	237.815	105%

Anmerkungen: Einwohner Stand 31.12.2016; * auf Basis der Empfehlung 1 SAPV-Team / 250.000 EW. Quelle: eigene Berechnung und Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2018) und Daten KBV; SMS.

Abbildung 14: Ist- und Soll-SAPV-Deckungsgrad in den Bundesländern, 2018



Anmerkungen: Einwohner Stand 31.12.2016; * auf Basis der Empfehlung 1 SAPV-Team / 250.000 EW. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2018) und Daten KBV; SMS.

6.1.5 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene

Tabelle 37 zeigt die Anzahl und Betten von Palliativstationen und stationären Hospizen in den einzelnen Bundesländern sowie die daraus resultierende Zahl der Betten je 1 Million Einwohner und den Grad, zu dem die Empfehlung, 80 („80-Bett-Quote“) beziehungsweise 100 Betten je 1 Million Einwohner („100-Bett-Quote“) vorzuhalten, erfüllt ist. Die 80-Bett-Quote wird lediglich von Thüringen (169 Prozent), Mecklenburg-Vorpommern (122 Prozent), dem Saarland (114 Prozent), und Sachsen (106 Prozent) vollständig und von Berlin (98 Prozent) annähernd erfüllt. In Sachsen existieren derzeit etwa 85 Betten je 1 Million Einwohner. Im Bundesdurchschnitt beträgt die Zahl der Betten je 1 Million Einwohner etwa 62, woraus eine 80-Betten-Quote von 77 Prozent erreicht wird. Dies bedeutet, dass in vielen Bundesländern noch in den Ausbau der stationären Hospiz- und Palliativversorgung investiert werden muss, um das von den Fachgesellschaften empfohlene Angebot zu erreichen.

Dies gilt umso mehr, wenn statt der 80- die 100-Bett-Quote herangezogen wird. Mit Ausnahme Thüringens (135 Prozent) und Mecklenburg-Vorpommerns (97 Prozent) wird diese von allen anderen Bundesländern klar verfehlt. Sachsen erreicht 85 Prozent und müsste die Zahl der Betten auf Palliativstationen und in stationären Hospizen um circa 63 beziehungsweise etwa 18 Prozent auf insgesamt 408 Betten erhöhen, um die Quote zu erfüllen. Im Vergleich zur Bedarfsrechnung in Kapitel 5.1.2 ergeben sich aus dieser Betrachtung Abweichungen in den Bedarfen und Versorgungslücken, was aus der methodischen Differenzierung von Kindern und Erwachsenen resultiert. Die Differenzierung erhöht die Validität der Bedarfsschätzung, ist jedoch für einen bundesweiten Vergleich nicht verfügbar. Die Ergebnisse des Vergleichs der Deckungsgrade sind deshalb in erster Linie relativ zu diskutieren. Sachsen liegt hierbei deutlich im vorderen Bereich. In anderen Bundesländern wäre der Ausbaubedarf wesentlich größer, so beispielsweise in Sachsen-Anhalt (+124 Betten beziehungsweise +122 Prozent), Hessen (+307 Betten beziehungsweise +99 Prozent) und Bayern (+633 Betten beziehungsweise +97 Prozent). Für Deutschland insgesamt läge er bei etwa 3.170 Betten beziehungsweise etwa 62 Prozent.

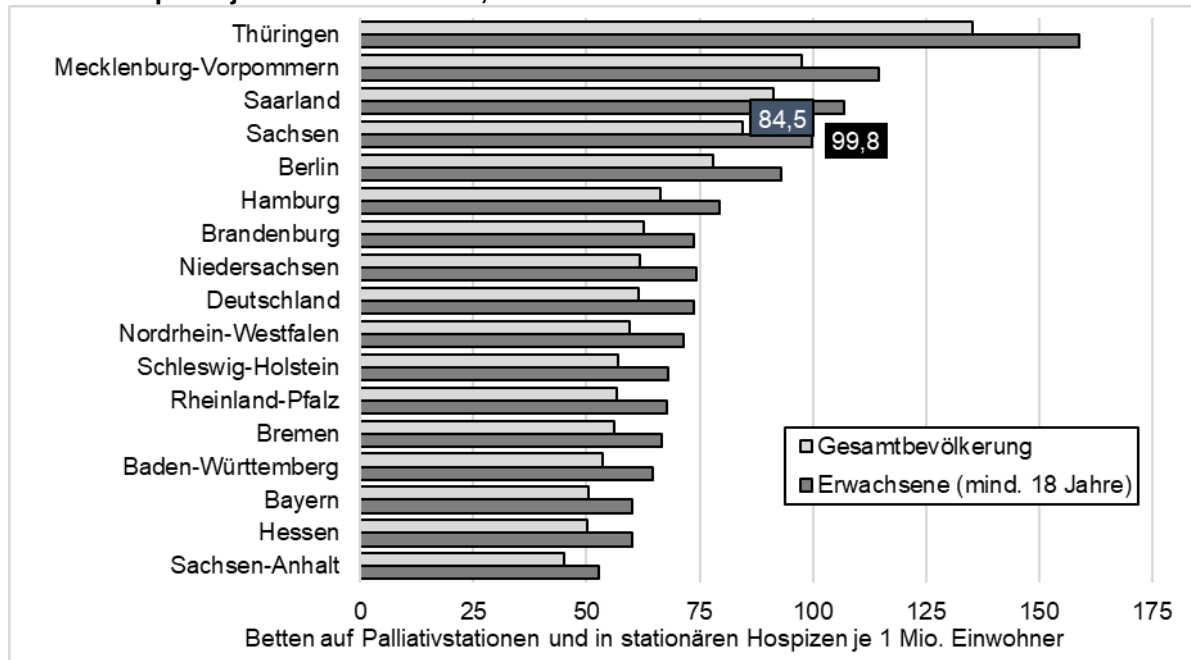
Tabelle 37: Anzahl und Betten in stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen in den Bundesländern

Bundesland	Palliativstationen		Stationäre Hospize		Einwohner	Betten je 1 Mio. Einwohner	80-Betten-Quote	100-Betten-Quote
	Anzahl	Betten	Anzahl	Betten				
Baden-Württemberg	41	339	30	249	10.951.893	53,7	67%	54%
Bayern	54	480*	17	171	12.930.751	50,3	63%	50%
Berlin	10	86	13	193	3.574.830	78,0	98%	78%
Brandenburg	7	67	8	89	2.494.648	62,5	78%	63%
Bremen	3	22*	2	16	678.753	56,0	70%	56%
Hamburg	5	47	5	73	1.810.438	66,3	83%	66%
Hessen	16	150	16	161	6.213.088	50,1	63%	50%
Mecklenburg-Vorpommern	11	77	8	80	1.610.674	97,5	122%	97%
Niedersachsen	37	267	24	224	7.945.685	61,8	77%	62%
Nordrhein-Westfalen	70	495	62	572	17.890.100	59,6	75%	60%
Rheinland-Pfalz	21	150	9	81	4.066.053	56,8	71%	57%
Saarland	8	65*	2	26	996.651	91,3	114%	91%
Sachsen	30	243	8**	102	4.081.783	84,5	106%	85%
Sachsen-Anhalt	9	61	4	40	2.236.252	45,2	56%	45%
Schleswig-Holstein	9	88	7	76	2.881.926	56,9	71%	57%
Thüringen	26	234*	5	58	2.158.128	135,3	169%	135%
Deutschland	357	2.871	220	2.211	82.521.653	61,6	77%	62%

Anmerkung: Einwohner Stand 31.12.2016; Anzahl und Betten Stand 31.12.2016; * Planbetten gemäß Landeskrankenhausplan, ** die Abweichung zu den in den vorherigen Kapiteln dargestellten Zahlen ergibt sich aus der unterschiedlichen Datenbasis. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach DGP (2017c), Statistisches Bundesamt (2018); Robert Koch-Institut (2015); Hospiz- und PalliativVerband Baden-Württemberg e.V.(2018); Krankenhausplan Bayern; Krankenhausplan Hansestadt Bremen; Krankenhausplan Saarland; Krankenhausplan Thüringen.

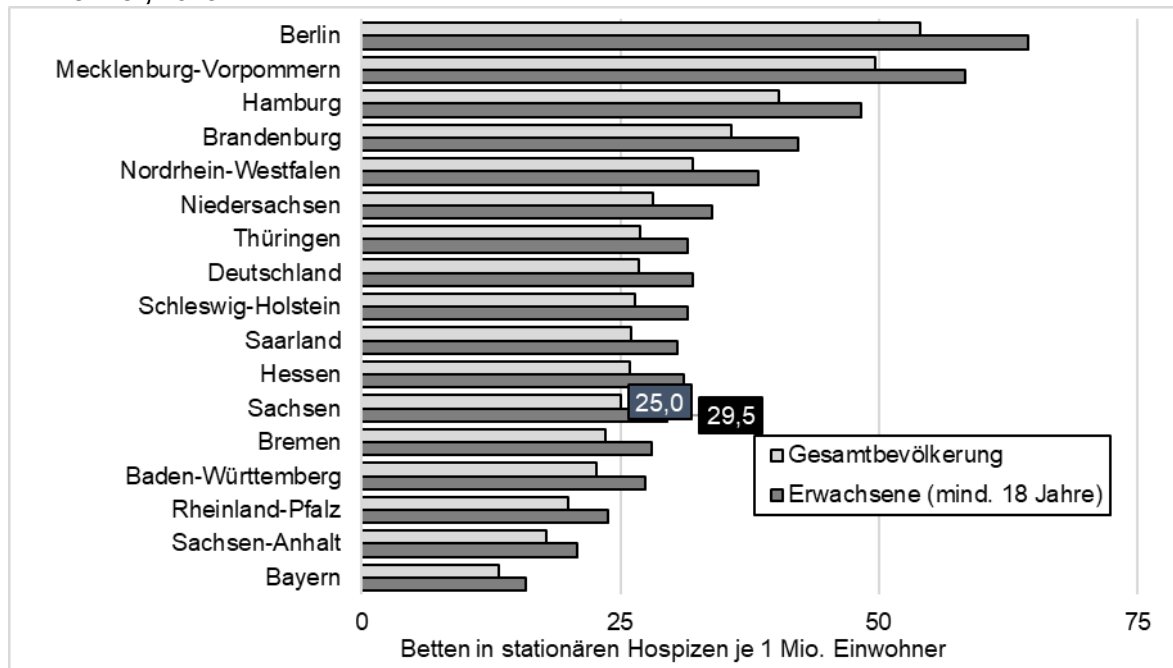
Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die Rangfolge der Bundesländer noch einmal grafisch. Auch hier wird deutlich, dass der Freistaat Sachsen im Jahr 2016 mit 84,5 deutlich mehr Betten je 1 Million Einwohner aufweist als der Bundesdurchschnitt (61,6) und somit auf dem vierten Rang liegt (siehe Abbildung 15). Dabei verfügt Sachsen im Bundesvergleich über leicht unterdurchschnittlich viele Betten in stationären Hospizen (siehe Abbildung 16), jedoch über überdurchschnittlich viele Betten auf Palliativstationen (siehe Abbildung 17). Bezogen nur auf die erwachsene Bevölkerung ändert sich mit Ausnahme von Brandenburg und Niedersachsen, die die Plätze tauschen, an der Rangfolge nichts gegenüber dem Bezug auf die Gesamtbevölkerung.

Abbildung 15: Rangfolge der Bundesländer nach Betten auf Palliativstationen und in stationären Hospizen je 1 Mio. Einwohner, 2016



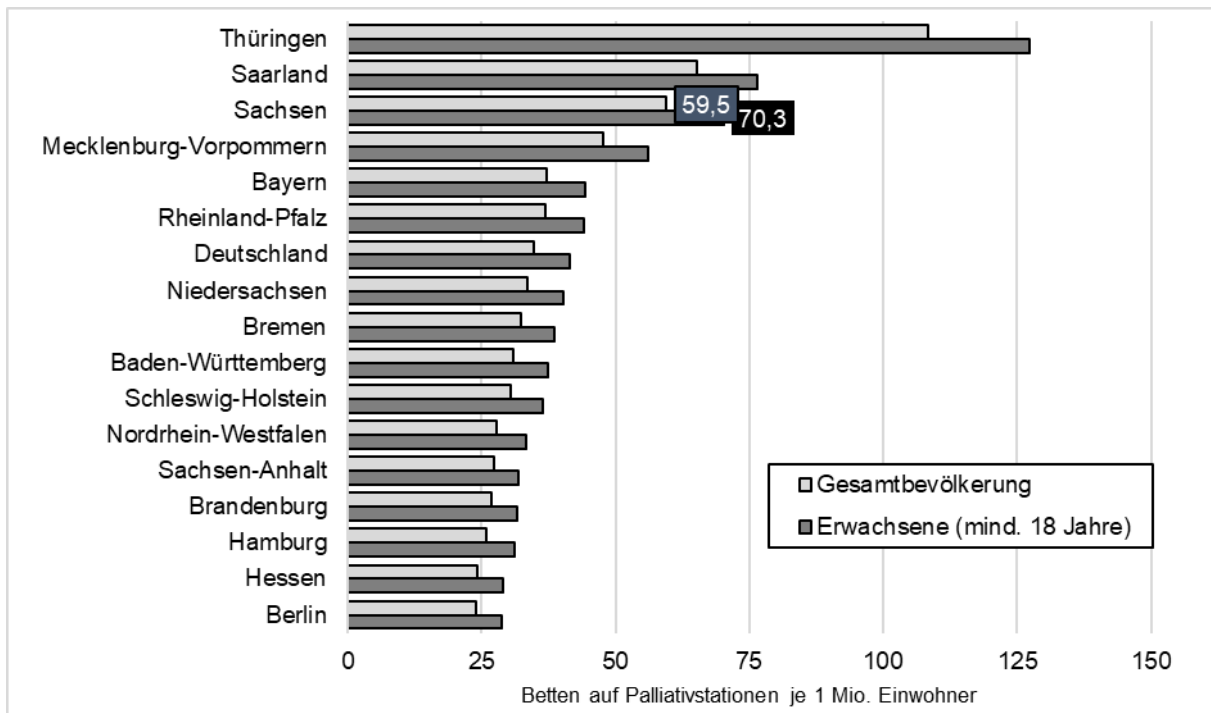
Anmerkung: Einwohner Stand 31.12.2016; Anzahl und Betten Stand 31.12.2016. Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach DGP (2017c); Statistisches Bundesamt (2017e); Robert Koch-Institut (2015); Hospiz- und PalliativVerband Baden-Württemberg e.V.(2018); Krankenhausplan Bayern; Krankenhausplan Hansestadt Bremen; Krankenhausplan Saarland; Krankenhausplan Thüringen.

Abbildung 16: Rangfolge der Bundesländer nach Betten in stationären Hospizen je 1 Mio. Einwohner, 2016



Anmerkung: Einwohner Stand 31.12.2016; Anzahl und Betten Stand 31.12.2016. Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach DGP (2017c); Statistisches Bundesamt (2017e); Robert Koch-Institut (2015); Hospiz- und PalliativVerband Baden-Württemberg e.V.(2018).

Abbildung 17: Rangfolge der Bundesländer nach Betten auf Palliativstationen je 1 Mio. Einwohner, 2016



Anmerkung: Einwohner Stand 31.12.2016; Anzahl und Betten Stand 31.12.2016. Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach DGP (2017c); Statistisches Bundesamt (2017e); Robert Koch-Institut (2015); Hospiz- und PalliativVerband Baden-Württemberg e.V.(2018); Krankenhausplan Bayern; Krankenhausplan Hansestadt Bremen; Krankenhausplan Saarland; Krankenhausplan Thüringen.

6.1.6 Zwischenfazit

Sachsen verfügt im deutschlandweiten Vergleich über ein gutes Hospiz- und Palliativversorgungsangebot. So werden insbesondere im stationären Bereich und bei der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung die bundesweiten Durchschnittswerte übertroffen:

- 1.660 versus 1.341 AAPV-Leistungen je 100.000 GKV-Versicherte,
- 84,5 versus 61,6 Betten auf Palliativstationen und in Hospizen je 1 Million Einwohner.

Während Sachsen im Hinblick auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung mit einem Deckungsgrad von 98 Prozent etwa im Bundesdurchschnitt (105 Prozent) liegt, kommen auf einen ambulanten Hospizdienst im Freistaat Sachsen (1.028) deutlich mehr Sterbefälle als im bundesweiten Vergleich (752).

Jedoch sei darauf hingewiesen, dass die Datenlage im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung keinen einwandfreien Vergleich der Versorgungsangebote erlaubt. Verlässliche, amtliche Statistiken existieren kaum (wenige Ausnahmen sind z. B. die Zahl der Ärzte mit erworbener Zusatzbezeichnung Palliativmedizin oder die Ausgaben für SAPV und Zuschüsse für Hospize, die die GKV erbringt). Zentrale Register wie z. B. der „Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin“ werden nur in sehr großen Intervallen aktualisiert und sind daher nur bedingt geeignet, den aktuellen Status quo abzubilden. Somit wurde hier auf ein Bündel verschiedener Datenquellen zurückgegriffen, das neben den oben genannten Quellen auch Landeskrankenhauspäne (die eine sehr heterogene Qualität aufweisen), Informationen von Organisationen

(z. B. der KBV) sowie weitere Publikationen (beispielsweise des Robert Koch-Instituts) berücksichtigt, wodurch jedoch keine einheitlich hohe Datenqualität vorliegt.

Für Sachsen konnten über weitere Recherchen, wie beispielsweise auf den Internetseiten der Leistungserbringer und durch telefonische Konsultationen dieser sowie über Daten der AOK PLUS zuverlässige Informationen ermittelt werden. Für die anderen Bundesländer musste jedoch auf die oben genannten Quellen zurückgegriffen werden. Deren Heterogenität und teilweise Unschärfe sind bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Einerseits führen veraltete Daten im dynamisch wachsenden Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung tendenziell zu einer Unterschätzung des tatsächlich vorhandenen Versorgungsangebots. Andererseits können Informationen aus Landeskrankenhausplänen, in denen mit Planbetten – und somit mit in die Zukunft weisenden Indikatoren – operiert wird, kurzfristig auch zu einer Überschätzung des tatsächlich vorhandenen Versorgungsangebots führen. Dies ist beispielsweise in Thüringen der Fall, wo ein sehr starker Ausbau der Betten auf Palliativstationen geplant ist. Langfristig können die Planbetten dagegen eher als Mindestzahl der tatsächlich aufgestellten Betten angesehen werden, da die Krankenhäuser die Zahl der Planbetten zumeist auch voll ausschöpfen und teilweise auch darüber hinaus weitere Betten aufstellen.

Zusätzlich zur unterschiedlichen Qualität der Daten tritt zudem das Problem auf, dass das Versorgungsangebot von Institutionen, deren Leistungsumfang nicht bundeseinheitlich geregelt ist, nur bedingt miteinander vergleichbar ist. So werden z. B. im KV-Bezirk Westfalen-Lippe keine klassischen SAPV-Verträge abgeschlossen, sondern Verträge für Palliativnetzwerke, die sowohl AAPV als auch SAPV anbieten. Im „Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin“ werden diese aber nicht als SAPV-Teams geführt (Melching 2015, S. 23). Insofern sind alle Ergebnisse des Bundesländervergleichs stets mit einem gewissen Vorbehalt und eher als Darstellung von Trends zu verstehen.

6.2 Primärdatenbasierte Bewertung

6.2.1 Experteninterviews

Zur Erfassung des qualitativen Bedarfs sowie von Stärken und Schwächen der ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizversorgung im Freistaat Sachsen wurden leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt. Ziel dieser Erhebung ist insbesondere die Erfassung besonderer Anforderungen an die Versorgung, von Informationen zur Vernetzung der Akteure, die Erfassung von Angeboten zur Trauerbewältigung für Angehörige, ehrenamtlichen Strukturen in der Palliativ- und Hospizversorgung sowie des aktuellen Fort- und Weiterbildungsstands von in der Palliativ- und Hospizversorgung tätigen Menschen.

Im Zuge der Befragungen wurden über rein quantitative Bedarfe hinausgehende Erfahrungswerte diskutiert. Den Experten wurde dabei die Gelegenheit gegeben, sich in einem offenen Gespräch zur aktuellen Ausgestaltung der Hospiz- und Palliativversorgung zu äußern sowie ihr Meinungsbild zu den Perspektiven dieser einzubringen. Leitfaden-gestützte Experteninterviews wurden in den Zielgruppen **Experten auf Landesebene**, **Leistungserbringer** und **Ausbilder** geführt.

Die Auswahl der Experten wurde mit dem Auftraggeber abgestimmt und orientierte sich zudem an der Hospizstudie 2013. Alle potentiellen Teilnehmer wurden per E-Mail über die Ziele der Studie informiert und zum Interview eingeladen. Angesprochene Personen, die sich nicht zurückmeldeten, wurden nach einem Zeitraum von zwei Wochen per E-Mail an die Anfrage erinnert. Die verwendeten Interviewleitfäden finden sich im Anhang (siehe Kapitel 8.6 Interview-

leitfäden). Die Interviews wurden durch einen bis zwei Interviewer durchgeführt. Mit Zustimmung der Interviewpartner wurden die Gespräche aufgezeichnet und anschließend für die Auswertung die Ergebnisse schwerpunktmäßig schriftlich zusammengefasst.

Im Rahmen der Gespräche mit **Experten auf Landesebene** wurden aktualisierte Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der in der Studie 2013 aufgezeigten Problem- und Handlungsfelder zusammengefasst. Tabelle 38 umfasst die Interviewpartner der Landesebene sowie deren aktuelle Funktionen.

Tabelle 38: Experteninterviews auf Landesebene

Name	Funktionen
Andreas Müller	Geschäftsführer, Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V.
Dr. Sylvia Schneider-Schönherr	Vorstandsvorsitzende, Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V. Leitende Oberärztin, Klinik für Schmerztherapie und Palliativmedizin, DRK Krankenhaus Chemnitz Rabenstein
Dr. Barbara Schubert	Mitglied des Landesverbandes für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V. Chefärztin Palliativmedizin/Onkologie, St. Joseph-Stift Dresden
Uta Werner	Arbeitskreis ambulante Hospizarbeit und stationäre Pflege im Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V. Referentin für Hospizarbeit, Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens e.V.
Kristina Groth Ines Berndt Claudia Sinz Hanka Schmidt	Fachberaterin Häusliche Krankenpflege (HKP) Verträge, AOK PLUS Fachberaterin HKP-Verträge, AOK PLUS Fachberaterin Versorgung, Krankenhausplanung, AOK PLUS Management Budgetverhandlungen, AOK PLUS
Michael Junge	Pflegedirektor, Diakonissenkrankenhaus Dresden

Experteninterviews mit **Leistungserbringern** dienten der qualitativen Erfassung der Themenschwerpunkte besondere Anforderungen und Bedarfe an die Leistungserbringung, dem Aus- und Weiterbildungsstand, dem Einbezug Angehöriger sowie zu Trauerangeboten und Ehrenamt. Die Erkenntnisse dienten zudem der inhaltlich konzeptionellen Fragebogenentwicklung und -validierung. Dazu wurden Gespräche mit Vertretern der verschiedenen palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsbereiche geführt (siehe Tabelle 39).

Tabelle 39: Experteninterviews, Leistungserbringer

Versorgungsform	Name, Funktionen
Stationäre Palliativversorgung	Dr. med. Sylvia Schneider-Schönherr, leitende Oberärztin, Klinik für Schmerztherapie und Palliativmedizin, DRK Krankenhaus Chemnitz Rabenstein, AK stationäre palliativmedizinische Versorgung im Landesverband Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. Dr. med. Barbara Schubert, Chefärztin Palliativmedizin/Onkologie, St. Joseph-Stift Dresden
Ambulante Hospizarbeit / Trauerarbeit	Simone Lang, MdL, Trauerbegleiterin, Stellvertretende Vorsitzende des LVHP
Kinder- und Jugendhospizarbeit	Jana Hering, Malteser Hilfsdienst e.V. Dienststellenleiterin Annaberg, Stellv. Koordinatorin Hospizdienst, AK Kinderhospizarbeit/pädiatrische Palliativversorgung im LVHP
Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche / Perinatale Palliativversorgung	Dr. med. Silke Nolte-Buchholtz, Leiterin des SAPV-Teams für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene am Universitätsklinikum Dresden Dr. med. Renate Bergert, Oberärztin, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Fachbereich: Perinatalogie, Kinderpalliativmedizin, Universitätsklinikum Dresden
Pflege	Martina Welter, Beisitzerin LVHP, Koordinatorin Palliativversorgung Wohn- und Pflegezentrum Annaberg-Buchholz gGmbH Michael Junge, Pflegedirektor Diakonissenkrankenhaus Dresden
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	Tobias Wilzki, Koordinator Brückenteam an der Villa Auguste, Leipzig
Stationäre Hospizarbeit	Julia Bodendieck, Pflegedienstleitung, Hospiz ADVENA und Palliative-Care-Trainerin der Leipziger Hospiz- und Palliativakademie

Tabelle 40: Experteninterviews, Ausbilder

Name	Funktionen
Julia Bodendieck	Pflegedienstleitung, Hospiz ADVENA und Palliative-Care-Trainerin der Leipziger Hospiz- und Palliativakademie

Insgesamt wurden im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2017 Interviews mit 16 Experten der Hospiz- und Palliativversorgung geführt, deren Kernaussagen im Folgenden dargestellt werden. Bei den nachfolgenden Ausführungen handelt es sich somit um Meinungen der befragten Experten.

6.2.1.1 Zum Status quo und zur Entwicklung in der Hospizversorgung seit 2013

Grundgedanke und Versorgungsziel

Im Mittelpunkt der ambulanten Hospizarbeit stehe das ehrenamtliche Engagement und die psychosoziale Unterstützung von Sterbenden und ihren Angehörigen durch Ehrenamtliche,

während stationäre Hospize eine spezialisierte Pflegeeinrichtung für Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen und palliativ-pflegerischem Bedarf darstellen. Geprägt wäre die Hospizarbeit durch die Dimensionen des physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Leids, dessen Linderung die maßgebliche Absicht der Hospizversorgung sei. Als maßgebliches Versorgungsziel für Sachsen wird von den Experten die Integration der palliativmedizinischen und hospizlichen Haltung in die gesamte Versorgung genannt. Zudem sollten ambulante Hospizdienste unabhängig vom Setting in allen Versorgungsformen eingebunden werden.

Tätigkeitsfelder

Die Koordinatoren der AHD schließen die Lücke zwischen Laien- und Fachunterstützung, indem sie die Qualifikation und Supervision der Ehrenamtlichen übernehmen. Die verantwortliche Durchführung von Trauerbegleitungen sei eine weitere zentrale Aufgabe der Koordinatoren. Bei den Ehrenamtlichen sehen die Experten eine sich über die letzten Jahre veränderte Einsatzstruktur: Aufgrund der Stärkung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die auch eine Versorgung deutlich kränkerer Patienten in der Häuslichkeit ermögliche, verkürzte sich die durchschnittliche Dauer der Sterbebegleitungen bei gleichzeitiger Zunahme der durchschnittlichen Sterbebegleitungen. Ein Ehrenamtlicher könne jährlich 1-2 Sterbebegleitungen durchführen. Die Anzahl der einsatzbereiten Ehrenamtlichen stieg in den letzten Jahren bei gleichzeitig durchschnittlich kürzerem Engagement leicht an. Grundsätzlich wird insbesondere die zukünftige Gewinnung von neuen Ehrenamtlichen und deren langfristige Bindung als schwierig erachtet. Dies wird zum einen mit der notwendigen Dynamik von Lebensläufen und der Konkurrenz mit anderen Ehrenämtern, zum anderen aber auch mit einer nicht ausreichenden Wertschätzung der Ehrenamtlichen begründet. Der Einbezug ambulanter Hospizdienste erfolge den Experten zufolge häufig noch immer deutlich zu spät. Im Hinblick auf die stationären Hospize sei die Arbeit für die dort beschäftigten Pflegekräfte aufgrund des im Vergleich zu anderen stationären Einrichtungen höheren Pflegeschlüssels deutlich attraktiver.

Ein höherer Beratungs- und Betreuungsaufwand entstehe den befragten Experten zufolge bei Menschen mit geistigen oder körperlichen Behinderungen sowie bei dementiell Erkrankten. Zudem erfordere die stationäre Betreuung von Patienten mit körperlichen und geistigen Einschränkungen einen zusätzlichen organisatorischen Aufwand, der in einem zusätzlichen Koordinationsbedarf mit anderen Leistungserbringern, wie z. B. mit besonderen Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung, begründet sei. Aufgrund fehlender adäquater Weiterbildungen stelle die Versorgung demenziell erkrankter Bewohner das in Hospizen beschäftigte Pflegepersonal vor besondere Herausforderungen. Auch der Isolationsbedarf von mit multiresistenten Erregern kolonisierten Bewohnern bewirke besondere Herausforderungen für die stationäre Hospizversorgung. Darüber hinaus entstehe bei Menschen mit Migrationshintergrund ein besonderer Versorgungsaufwand, der durch sprachliche Herausforderungen und kulturelle Unterschiede im Umgang mit Sterben und Tod bedingt sei. Durch die von einigen Hospizdiensten geleistete Aufklärungsarbeit würde diesen Herausforderungen mancherorts bereits begegnet werden, wenngleich von den Experten noch kein flächendeckender Bedarf für die Sterbe- und Trauerbegleitung von Menschen mit Migrationshintergrund in Sachsen gesehen wird. Nicht zuletzt entstehen zusätzliche Betreuungsaufwände bei jungen Erwachsenen mit Kindern und bei Patienten mit komplizierten familiären Strukturen, die durch den Bedarf einer besonderen psychosozialen Betreuung und organisatorischen Beratung zu begründen seien.

Die Einbindung der Angehörigen in die ambulante Hospizarbeit, deren Aufklärung über die verschiedenen Möglichkeiten der Versorgung und die Vermittlung von Beratungsangeboten und regionalen Ansprechpartnern sehen die Experten als eine weitere wesentliche Aufgabe eines ambulanten Hospizdienstes. Zudem könne die Einbindung Angehöriger als Indikator zur

Beurteilung der Qualität des Versorgungsprozesses der ambulanten und stationären Sterbebegleitung herangezogen werden. Ein zentrales Angebot für Angehörige stelle die Unterstützung in der Trauerbewältigung dar. So bieten ambulante Hospizdienste verschiedene Formen der Trauerbewältigung wie Einzelbegleitungen, Trauercafés und Trauergruppen an. Diese werden zunehmend auch von Angehörigen Verstorbener in Anspruch genommen, die durch den AHD nicht sterbebegleitet wurden. Während den Experten zufolge Trauerangebote für Kinder und Erwachsene existieren, fehlen speziell auf die Bedürfnisse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausgerichtete Trauerangebote. Zudem macht ein Experte einen zusätzlichen Bedarf von Angeboten der Trauerbegleitung für Großeltern verstorbener Kinder aus. Die Tätigkeitsverschiebung einiger Hospizdienste zu vermehrter Trauerarbeit wird aufgrund der damit einhergehenden reduzierten Zeit für die Sterbebegleitungen von einigen Experten kritisch gesehen. Auch in stationären Hospizen gebe es verschiedene Angebote der Trauerbewältigung wie die Möglichkeit zur Aufbahrung des Verstorbenen und jährliche Gedenkfeiern. Zudem würden auch von stationären Hospizen Einzelbegleitungen, Trauercafés sowie weitere Formen wie beispielsweise Strickcafés angeboten. Die psychosoziale Betreuung von Mitarbeitern werde durch regelmäßig stattfindende Fallbesprechungen und Supervisionen gesichert.

Versorgungssituation

Nach Meinung der Experten ist Sachsen in Bezug auf die Anzahl der ambulanten Hospizdienste und deren regionale Verteilung weitestgehend gut versorgt. Lediglich in einigen Regionen mit regionalen Besonderheiten, z. B. in Gebirgsregionen, könne die Sterbebegleitung – auch aufgrund einer hohen Auslastung der Ehrenamtlichen – durch AHD nicht immer gewährleistet werden. Der Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung wird von den Experten als gut eingeschätzt. Durch den Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V. bestehe ein angenommenes Angebot zur Vernetzung zwischen den Leistungsanbietern, welches durch regionale Vernetzungstreffen ergänzt werde. Grundsätzlich seien ambulante Hospizdienste bereits eng mit anderen Leistungsanbietern vernetzt, wobei in diesem Zusammenhang das persönliche Engagement einzelner Beteiligter hervorgehoben wird. Punktuell sei eine zunehmende Vernetzung erstrebenswert. Lediglich ein Experte berichtete von einer „friedlichen Koexistenz“ zwischen ambulanten Hospizdiensten und SAPV-Teams. Trotz der bereits guten Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern würden AHD dennoch oft zu spät eingebunden. Während die Sterbebegleitung durch ambulante Hospizdienste von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen bereits vor 2013 möglich gewesen wäre, wird die Möglichkeit zur Sterbebegleitung von stationär in Krankenhäusern untergebrachten Menschen als positive Entwicklung hervorgehoben. Aktuell bezögen mit einer Ausnahme alle sächsischen Krankenhäuser ambulante Hospizdienste bei der Versorgung Sterbender ein. Von einigen Experten wird hier zugleich die Gefahr der Einbindung der Ehrenamtlichen in originär nicht ehrenamtliche Tätigkeiten gesehen, wenn es aufgrund des Personalmangels in stationären Einrichtungen zu Übertragungen pflegerischer Tätigkeiten käme.

Die Kapazität stationärer Hospizbetten wird durch die Experten als nicht ausreichend bewertet. Infolgedessen käme es mitunter zu einem Versorgungsrückstau auf Palliativstationen oder unnötigen Verlegungen in nicht bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen wie z. B. in die Kurzzeitpflege. Der Ausbau stationärer Hospize sei bislang ohne eine ausreichende Berücksichtigung von Entfernungen und Erreichbarkeiten erfolgt, wodurch die befragten Experten die regionale Verteilung als nicht optimal ansehen. Unter Einbezug von Erreichbarkeiten seien insbesondere der Erzgebirgskreis und Chemnitz gut abgedeckt, während im Status quo, also ohne Berücksichtigung der im Bau und in Planung befindlichen Hospize, eine Versorgungslücke in Dresden, in Nordostsachsen und im Vogtland bestünde. Aufgrund fehlender stationärer hospizlicher Versorgungsangebote für Erwachsene in Nordsachsen und im Leipziger Land sei die

Auslastung der Leipziger Hospize besonders hoch, wodurch es zeitweilig zu langen Wartezeiten für die Aufnahme in diese Einrichtungen komme.

Aus- und Weiterbildung

Für die Ausbildung der Ehrenamtlichen existiere ein festgelegtes, nachvollziehbares Curriculum, welches eine in Hinblick auf die Sterbebegleitungen ausreichende und qualitativ hochwertige Ausbildung vorsehe. Zudem biete der Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V. einen Arbeitskreis für alle sächsischen Koordinatoren zur Abstimmung standardisierter Qualifikationen von Ehrenamtlichen. Der Weiterbildungsstand der Koordinatoren der AHD und der Pflegekräfte in stationären Hospizen, die über die Palliative-Care-Weiterbildung verfügen, wird von den Experten als sehr gut bewertet. Hier wird die Verbesserung in der Weiterbildung in den letzten Jahren hervorgehoben, da heute spezialisierte Weiterbildungsträger mit bundesweiter Anerkennung existieren. Gleichwohl wäre es zuweilen schwierig, einen Weiterbildungsplatz zu bekommen. Einige Pflegekräfte, insbesondere in den stationären Hospizen, verfügen ferner über bedarfsgerechte Weiterbildungen in angrenzenden Versorgungsthemen wie beispielsweise der Schmerzversorgung. Jedoch seien stationäre Hospize nicht verpflichtet, alle ihre Mitarbeiter in Palliative Care weiterzubilden. Lediglich die Leitung des Hospizes und die (stellvertretende) Pflegedienstleitung müssten entsprechend weitergebildet sein. Gleichwohl verfügen stationäre Hospize zumeist über Pflegekräfte mit Palliative-Care-Weiterbildung. Die Koordinatoren der AHD verfügen zudem über Weiterbildungen in Kommunikation und Führungskompetenz. Jedoch würden Kommunikationsfähigkeiten im Hinblick auf die durch das HPG geforderte zunehmende Vernetzung zwischen Leistungsanbietern in den Weiterbildungen nach Meinung einiger Experten noch nicht ausreichend vermittelt. Bei vielen der Koordinatoren der ambulanten Hospizdienste handele es sich um ausgebildete Trauerbegleiter, wobei bei der Qualität der Ausbildung zum Trauerbegleiter von einigen Experten noch Nachholbedarf gesehen wird.

Finanzierungsaspekte

Grundsätzlich wird die Finanzierung der AHD für Leistungen, die derzeit angeboten werden, von der Mehrzahl der Experten als auskömmlich angesehen, wobei der Ausbau der ambulanten Hospizversorgung maßgeblich durch die Landesförderung unterstützt worden sei. Mit Inkrafttreten des HPG werden neben den zuvor bereits durch die Krankenkassen finanzierten Personalkosten nun auch die Sachkosten der AHD von der GKV getragen. Sofern die Förderung durch die Krankenkassen zur Deckung der Kosten des AHD nicht ausreiche, könne zur Finanzierung der Sachkosten weiterhin die Landesförderung beantragt werden. Gegenwärtig rufe eine Großzahl der AHD bei den Krankenkassen jedoch nicht den durch die Leistungseinheiten erworbenen Höchstförderbetrag ab, sodass die Landesförderung in den letzten Jahren von immer weniger Hospizdiensten in Anspruch genommen worden sei. Zudem wäre auch das Einwerben von Spenden rückläufig.

In Bezug auf die stationären Hospize werden grundsätzlich die positiven Auswirkungen des HPG hervorgehoben, das mit einer Festsetzung einer für die verhandelten Tagessätze geltenden Mindesthöhe und der Erhöhung des Krankenkassenzuschusses zu einer Verbesserung der finanziellen Situation stationärer Hospize geführt habe. Gleichwohl sei weiterhin ein Kostendruck spürbar und eine hohe Auslastung aus wirtschaftlichen Gründen notwendig. Zudem sei derzeit die Finanzierung der Investitions- und Sachkosten nicht ausreichend. Man befinde sich jedoch im Beginn von Verhandlungen mit den Krankenkassen, die eine Anpassung dieser Finanzierungssituation erwarten ließen. Gleichwohl wird die Gefahr einer Überversorgung diskutiert, die aus den Anreizen der Landesförderung in Verbindung mit nicht an regionalen Be-

darfen und Strukturen ausgerichteten Standortentscheidungen resultiere. Für den bedarfsge-
rechten weiteren Ausbau der Kapazitäten in der stationären Hospizversorgung sei eine punk-
tuelle Landesförderung weiterhin sinnvoll.

6.2.1.2 Zum Status quo und zur Entwicklung in der Palliativversorgung seit 2013

Grundgedanke und Versorgungsziel

Im Mittelpunkt der Palliativversorgung stehe den befragten Experten zufolge die symptomori-
enterte Versorgung lebenslimitierend erkrankter Patienten mit dem Ziel der Erhaltung oder
der Verbesserung der Lebensqualität. Die Versorgung solle unter Einbezug der Angehörigen
nach den Bedürfnissen des Patienten gestaltet werden. Insbesondere solle die Palliativversor-
gung nicht als „End-of-Life-Care“, sondern als Gesamtprozess verstanden werden, der durch
die allgemeine ambulante Palliativversorgung bereits zum Zeitpunkt des Diagnosegesprächs
einsetzt.

Das maßgebliche Versorgungsziel für Sachsen sehen die befragten Experten in der Integra-
tion der palliativmedizinischen Haltung in alle mit der Versorgung Sterbender verbundene Ver-
sorgungs- und Fachbereiche. Damit einhergehend sei eine klare Definition notwendig, welche
Patienten einer allgemeinen und welche einer spezialisierten Palliativversorgung bedürfen.
Zudem müssen klare Strukturen für Palliativstationen und für die Abstimmung dieser mit stati-
onären Hospizen definiert werden, „damit nicht überall alles angeboten“ werde. Darüber hin-
aus wird die Stärkung palliativmedizinischer Kompetenz ambulanter Pflegedienste als essen-
tiell erachtet, die auch das Wissen darum, wann spezialisierte Versorger einzubeziehen sind,
einschließe. Grundsätzlich sei die Sicherstellung einer elementaren Palliativversorgung auf
allen Krankenhausstationen zu gewährleisten und eine Verlegung auf spezialisierte Palliativ-
stationen nur bei besonderer individueller Situation wie ausgeprägter Symptombelastung an-
zustreben. Eine externe Kontrollinstanz solle die Sicherstellung bedarfsgerechter Versor-
gungspfade und die Überwachung von Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherstellen.

Tätigkeitsfelder und Versorgungssituation

Palliativstationen behandeln den Experten zufolge Patienten mit ausgeprägter Symptomatik
und instabiler klinischer Situation mit dem Ziel der Stabilisierung und der anschließenden
Überleitung in andere Versorgungsformen beispielsweise in die Häuslichkeit. Mitunter sei zur
Sicherstellung der persönlichen Zuwendung aber auch eine Verlegung von Patienten zu be-
obachten, deren Symptombelastung keine spezialisierte stationäre Palliativversorgung erfor-
dere. Das Erkrankungsspektrum habe sich in den letzten Jahren verändert: Wurden vormals
fast ausschließlich onkologische Patienten palliativmedizinisch behandelt, wären heute etwa
80-85 Prozent der Palliativpatienten an Krebs erkrankt. Der zunehmende palliativmedizinische
Bedarf nicht onkologischer Patienten mache den Experten zufolge eine angepasste Schätzung
des Bettenbedarfs von Palliativstationen notwendig.

Zentrales Tätigkeitsfeld der SAPV sei die ambulante Stabilisierung des Patienten und seines
familiären Umfeldes, wobei eine frühzeitige Einbindung der Angehörigen eine „gute“ Trauer-
verarbeitung sichere. Auch im ambulanten Bereich würden zunehmend nicht onkologische
Patienten behandelt, wenngleich bei diesen Patienten den Experten zufolge noch eine höhere
Ablehnungsquote des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung für beantragte SAPV-
Leistungen bestehe. Zur Aufdeckung eines unerkannten SAPV-Bedarfs könne die Verlegung
versterbender Pflegeheimbewohner in ein Krankenhaus als Indikator herangezogen werden.

Seit 2013 sei die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Sachsen zahlenmäßig aus-
gebaut worden, sodass der Freistaat heute nach Meinung der Mehrheit der Experten über eine

in weiten Teilen gesicherte Versorgung verfüge. Der Ausbau und die in einigen Regionen nun hohe Dichte stärken die ambulante vor der stationären Palliativversorgung und ermöglichen grundsätzlich frühere Krankenhausentlassungen. Aufgrund langer Anfahrtswege und der damit verbundenen geringen Kontakthäufigkeit bestünden in ländlichen Regionen mitunter noch Defizite im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV-Leistungen. In Abhängigkeit der Teamstruktur und der institutionellen Anbindung herrschen zudem Unterschiede in der Qualität und der Verfügbarkeit zwischen den Anbietern der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung vor, die bisweilen auch mit der Schwierigkeit begründet werden, geeignetes Personal zu gewinnen. Zusätzliche Krankenseinweisungen wären mitunter die Folge dieser Qualitätsunterschiede und fehlender Qualitätssicherungssysteme.

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung wird von der Mehrheit der Experten aufgrund schwieriger Rahmenbedingungen als noch nicht ausreichend beurteilt: Während für ambulante Pflegedienste noch keine Möglichkeiten bestehen, AAPV-Leistungen abzurechnen, seien die hohe Praxisauslastung und die damit verbundene mangelnde Zeit für den einzelnen Patienten – insbesondere in den ländlichen Regionen des Freistaates – die größten Hinderungsgründe für eine bedarfsgerechte ärztliche AAPV. Auch die fehlende Verpflichtung von Hausärzten zur palliativmedizinischen Fortbildung sowie mangelnde schmerztherapeutische Kenntnisse stehen einer bedarfsgerechten ärztlichen AAPV entgegen, wodurch zuweilen SAPV-Teams zu früh in den Versorgungsprozess eingebunden werden würden. Darüber hinaus befürchten einige Experten aufgrund des in Folge der hohen Arbeitsbelastung zuweilen als unattraktiv empfundenen Berufes eine zunehmende Verschärfung des Personalmangels in der ambulanten und stationären Pflege und damit eine weitere Anspannung in der allgemeinen Palliativversorgung. Auch in den Krankenhäusern könne eine allgemeine Palliativversorgung aufgrund des niedrigen Personalschlüssels nicht flächendeckend gewährleistet werden.

Die spezialisierte stationäre Palliativversorgung sei nach Aussagen der Experten seit 2013 mit der Errichtung neuer Palliativstationen und zusätzlicher Bettenkapazitäten ausgebaut worden. Insbesondere die städtischen Regionen verfügen nun über ausreichende Kapazitäten im Hinblick auf die spezialisierte stationäre Palliativversorgung. Ein Experte sieht hierbei jedoch die Gefahr der Entwicklung „spezialisierter Sterbestationen“. Zudem bestünden Qualitätsunterschiede zwischen den Palliativstationen im Hinblick auf den Spezialisierungsgrad und damit verbunden Unsicherheiten, welcher Anteil der Palliativstationen tatsächlich eine 24-stündige spezialisierte Betreuung gewährleiste. Aufgrund von Kapazitätsengpässen in stationären Hospizen käme es mitunter zu einem Versorgungsrückstau auf Palliativstationen und damit zu einem aus wirtschaftlichen Gründen ethischen Dilemma für das dort behandelnde Personal.

Die palliativmedizinische Versorgung demenziell Erkrankter sei besonders zeit- und organisationsaufwendig. Auch für Angehörige dieser Patienten sei eine Demenzerkrankung eine besondere Herausforderung, weswegen demenziell Erkrankte häufig im stationären Umfeld palliativmedizinisch betreut werden würden. Grundsätzlich wird die Situation der palliativmedizinischen Versorgung von Menschen mit Demenz von den Experten als noch unzureichend bewertet und der spezielle Kompetenzausbau des ärztlichen und pflegerischen Personals als besonders wichtig erachtet. Im Hinblick auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ergebe sich bei Patienten mit besonderen Hals-Kopf-Tumoren, die Trachealkanülen und Magensonden benötigen, aufgrund des damit verbundenen höheren Infektionsrisikos ein besonderer medizinischer und pflegerischer Versorgungsaufwand. Darüber hinaus entstehe bei Patienten mit Migrationshintergrund aufgrund sprachlicher und kultureller Herausforderungen ein besonderer Zeitaufwand in der Versorgung. Wenngleich noch nicht viele Patienten mit Migrationshintergrund in Sachsen palliativmedizinisch betreut würden, fände die Versorgung dieser Patienten aufgrund fehlender geeigneter ambulanter Strukturen häufig stationär statt. Bei jungen Erwachsenen mit Kindern und stark verbundenen Paaren ergebe sich zudem ein besonderer Bedarf bei der Betreuung der Angehörigen und der Stabilisierung der familiären Struktur.

Während vor Inkrafttreten des HPG Netzwerke durch die praktische Arbeit bestimmt gewesen wären, befördere das HPG Netzwerktreffen zur Hospiz- und Palliativversorgung. In einigen Regionen wie dem Vogtland und im Chemnitzer Land hätten diese bereits stattgefunden und weitere Treffen auf Landesebene seien in Planung. Dennoch wird ein weiterer Ausbau einer nachhaltigen Netzwerkarbeit von der Mehrheit der Experten für notwendig erachtet, der durch den LHPV unterstützt werden könne. In der täglichen Arbeit bestehe nach Meinung der Mehrheit der Experten eine enge Kooperation und Vernetzung zwischen Diensten und Einrichtungen der speziellen Palliativversorgung und anderen an der Hospiz- und Palliativversorgung teilnehmenden spezialisierten Leistungserbringern. Insbesondere Palliativstationen und Hospizen würden sehr eng zusammenarbeiten. Im Hinblick auf die Vernetzung von SAPV-Teams mit anderen Leistungsanbietern sei das Ausmaß der Vernetzung stark durch persönliche Kontakte und die institutionelle Anbindung bestimmt. Insbesondere „Krankenhäuser mit angebundener SAPV leben die Vernetzung“ und einige SAPV-Teams führen mit anderen Leistungsanbietern wie z. B. ambulanten Hospizdiensten regelmäßig Fallbesprechungen durch. Einige Experten sehen aber auch eine noch nicht ausreichende Zusammenarbeit: Mitunter bestehe ein durch die neue HKP-Richtlinie befördertes Konkurrenzdenken zwischen SAPV und Anbietern der AAPV sowie eine mangelnde Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten.

Fort- und Weiterbildung

Die Tätigkeit als Pflegekraft eines SAPV-Teams erfordere neben dem Abschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger eine Palliative-Care-Weiterbildung mit einem Kursumfang von 160 Stunden. Für die Tätigkeit auf einer Palliativstation sei außer für die Stationsleitung für das pflegerische Personal keine spezielle Weiterbildung notwendig, wobei diese Mindestanforderung als zu gering eingeschätzt wird. Die Palliative Care-Weiterbildung für Pflegefachkräfte wird von der Mehrheit der Experten grundsätzlich als qualitativ hochwertig bewertet und deren Inhalte als praktisch relevant hervorgehoben. Gleichzeitig betonten einige Experten, dass Kommunikationskompetenzen, die für die durch das HPG geforderte Vernetzung notwendig wären, durch die Palliative-Care-Weiterbildung noch nicht ausreichend gelehrt würden. Da die Zertifizierung des Palliative-Care-Kurses von den Krankenkassen nicht gefordert sei und die Nachfrage das Angebot an Weiterbildungsplätzen derzeit übersteige, gebe es inzwischen Anbieter mit qualitativ weniger hochwertigen, nicht zertifizierten, aber deutlich günstigeren Weiterbildungsangeboten. In diesem Zusammenhang wären verbindliche, unter Experten konsenterte Curricula, in Bezug auf die Kompetenz und die Erfahrungen spezifizierte Anforderungen an die Dozenten sowie eine mit der Qualitätssicherung beauftragte Kontrollinstanz notwendig.

Neben der Palliative-Care-Weiterbildung wäre prinzipiell eine als qualitativ sehr hochwertig eingeschätzte Weiterbildung zum/r Fach[...]pfleger/-in für Hospiz- und Palliativpflege möglich. Aufgrund des im Vergleich zur Palliative-Care-Weiterbildung deutlich höheren Zeitbedarfs, der fehlenden Abrechnungsrelevanz und fehlenden akademischen Anerkennung werde diese Weiterbildung in Folge der geringen Nachfrage derzeit in Sachsen nicht angeboten. Grundsätzlich wird der Bedarf einer solchen Weiterbildung durch die Experten uneinheitlich eingeschätzt: Während manche der befragten Experten diese für die praktische palliativmedizinische Versorgung als zu umfangreich erachten, könne anderen Experten zufolge die Fachweiterbildung durch eine Stärkung palliativmedizinischer Kompetenzen zur einer Entlastung des ärztlichen Personals führen.

In Bezug auf die palliativmedizinische Kompetenz der Ärzte in Sachsen besteht ebenfalls Uneinigkeit zwischen den befragten Experten. Wenngleich durch den Querschnittsbereich „Palliativmedizin“ im Medizinstudium erste palliativmedizinische Kompetenzen erworben würden, wären palliativmedizinische Aspekte in den meisten Facharztweiterbildungen nicht ausrei-

chend repräsentiert. Dennoch sei eine hohe, gemeinhin als positiv bewertete Weiterbildungsbereitschaft in der sächsischen Ärzteschaft zu beobachten. Da nicht alle speziell weitergebildeten Ärzte auch tatsächlich an der Versorgung Sterbender beteiligt wären und die Weiterbildung einiger Ärzte bereits einige Jahre zurückliege, könne auf Basis der bloßen Anzahl der in Palliativmedizin weitergebildeten Ärzte jedoch nicht zuverlässig auf die palliativmedizinische Kompetenz geschlossen werden. Die Mehrheit der Experten sieht sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich der AAPV einen Bedarf für einen weiteren Ausbau palliativmedizinischer Kompetenzen.

Finanzierungsaspekte

Die Ausgestaltung der SAPV-Finanzierung wird von den Experten uneinheitlich bewertet: Während einige der befragten Experten die Vergütung der Leistungen, insbesondere in städtischen Regionen, als auskömmlich ansehen, erhielten SAPV-Teams anderen Experten zufolge im Bundesländervergleich bei ähnlichen Personalkosten eine unterdurchschnittliche, nicht ausreichende Vergütung. SAPV-Teams mit guter finanzieller Situation würden diesen Experten zufolge auch Patienten versorgen, die eigentlich keiner spezialisierten Versorgung bedürfen. Dieser Mengenausweitung könne durch geeignete Benchmarks der Struktur- und Prozessqualität und der Überwachung dieser Indikatoren begegnet werden. Darüber hinaus seien in den Vergütungssätzen regionale Besonderheiten mitunter nicht ausreichend berücksichtigt: Die mitunter sehr großen Entfernungen erschweren eine Optimierung der Anfahrtswege und können somit zu einer für den Patienten nicht indizierten Verknüpfung von Leistungen führen. In Bezug auf die AAPV wäre die fehlende Abrechnungsmöglichkeit von Palliativleistungen für ambulante Pflegedienste problematisch. Auch die Finanzierung für ärztliche ambulante Palliativleistungen wäre noch nicht ausreichend, gleichwohl aber mit den neu geschaffenen EBM-Ziffern auf einem guten Weg.

Auch die Finanzierungssituation von Palliativstationen bewerten die befragten Experten nicht übereinstimmend: So bestehe einigen Experten zufolge ein wirtschaftlicher Druck für Neuaufnahmen und die Vergütung sei mitunter für die notwendige Dauer der Versorgung nicht ausreichend. Auch Anreizprobleme werden thematisiert. So sei z. B. allgemein die Vergütung umso besser, je stärker medizinische Aspekte im Mittelpunkt der Versorgung stünden. Die auf eine psychosoziale Begleitung ausgerichtete Versorgung sei hingegen deutlich schlechter finanzierbar. Zudem könne der durch die Kapazitätsengpässe von Hospizen entstehende Versorgungsrückstau zusammen mit den durch die Zusatzentgelte und DRGs definierten Grenzverweildauern zu ethischen Konflikten für die Entscheidungsträger führen. Hingegen seien die Palliativstationen anderen Experten zufolge auskömmlich finanziert. Zudem erleichtere das HPG den Übergang in eine besondere Einrichtung, die nicht nach DRGs und Zusatzentgelten, sondern nach individuell mit den Kostenträgern verhandelten Vergütungssätzen finanziert werden. Der Übergang in eine solche besondere Einrichtung könne die Qualitätssicherung erschweren, da die OPS-Schlüssel als zentrale Parameter der Struktur- und Prozessqualität nicht zwingend dokumentiert werden müssten.

Während die Finanzierung der palliativmedizinischen Konsiliardienste bislang noch nicht geregelt und damit eine adäquate Vergütung nicht gewährleistet sei, können einzelne Palliativbetten eine Quelle für attraktive Zusatzentgelte sein, ohne dass ein hoher Personalbedarf und Anforderungen an das Behandlungsteam für eine hochqualifizierte Palliativversorgung bestünden.

6.2.1.3 Zur Palliativ- und Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen

Der besondere Bedarf für die hospizliche und palliativmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergebe sich aus speziellen Erkrankungsbildern mit häufig sehr langer Erkrankungsdauer, die in Abhängigkeit der familiären Struktur eine besondere, mitunter ganztägige Betreuung erfordern.

In Sachsen bestehe mit 6 geförderten ambulanten Kinderhospizdiensten und einem stationären Kinderhospiz ein im Hinblick auf die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen ausreichendes hospizliches Angebot. Auch die regionale Verteilung der ambulanten Dienste sichere eine weitestgehend flächendeckende Versorgung. Lediglich in der Region um Hoyerswerda sei zur Sicherstellung der hospizlichen Begleitung eine Zusammenarbeit mit dem Hospizdienst in Cottbus angestrebt. Für die palliativmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen existiere ein an der Universitätsklinik Dresden angesiedeltes, landesweit tätiges SAPPV-Team. Die Ergänzung um ein SAPPV-Team in Thüringen, welches mitunter Patienten im Vogtlandkreis versorge, sichere eine flächendeckende ambulante palliativmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Sachsen. Der Freistaat verfüge darüber hinaus über 7 Kinderpalliativmediziner, die überwiegend an der Universitätsklinik Dresden tätig wären, wo – aufgeteilt auf verschiedene Stationen – zudem 5 Kinderpalliativbetten vorgehalten werden. Da SAPV-Teams nicht in Krankenhäusern tätig werden dürften, sei der Ausbau von Kinderpalliativdiensten zur Sicherung der stationären palliativmedizinischen Versorgung zu fokussieren. Ergänzt werde die stationäre Versorgung um ein Kinderhospiz im Leipziger Land. Ein Großteil der lebenslimitierend erkrankten Kinder und Jugendlichen würde jedoch zu Hause betreut werden. Besondere Anforderungen an die Versorgung und damit ein erhöhter Versorgungsaufwand entstehe bei komplex-mehrfacherkrankten Patienten. Da die Zuständigkeiten für die Versorgung von Patienten, die sich im Übergang in den Erwachsenenbereich befinden, unklar seien, machen die Experten bezogen auf diese Patientengruppe ein Verbesserungspotential im Versorgungsprozess aus.

Zwischen den an der hospizlichen und palliativmedizinischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen tätigen Leistungserbringern bestehe eine enge Zusammenarbeit, bei der den sozialpädiatrischen Zentren eine Koordinationsfunktion zukomme. So existieren regelmäßige Fallbesprechungen zwischen allen an der Versorgung und Begleitung einer Familie beteiligten Leistungsanbietern, an den häufig auch die betreuten Familien teilnehmen. Zwischen den ambulanten Kinderhospizdiensten und Kliniken bestünden Kooperationsverträge, die in Abhängigkeit der Versorgungssituation des Kindes und seiner Familie um nicht vertraglich gebundene Strukturen ergänzt würden. Die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der Palliativversorgung werden in der Weiterbildung „pädiatrische Palliative Care“ berücksichtigt, die im Hinblick auf die Versorgung als qualitativ hochwertig und praktisch relevant wahrgenommen wird. Darüber hinaus seien einige Pflegekräfte in Trauerbegleitung weitergebildet.

Die finanzielle Situation der ambulanten Kinderhospizdienste wird aufgrund der geringen Fallzahlen, der weiteren Anfahrtswege und der häufig langen Begleitungen von den Experten als angespannt eingeschätzt: So seien die Personalkosten in der Regel höher als die Förderung der Krankenkassen. In Sachsen könne nach der Förderrichtlinie Hospiz jedoch eine Landesförderung beantragt werden, wenn die Kassenförderung zur Deckung der Kosten des AKHD nicht ausreiche. Für die Kinderhospizdienste solle diese Landesförderung den Experten zufolge zwingend beibehalten werden.

Neben der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung von lebenslimitierend erkrankten Kindern und Jugendlichen bestehe darüber hinaus ein besonderer Bedarf zur Begleitung von Familien, die ein Kind erwarten, für das während der Schwangerschaft eine infauste Prog-

nose gestellt wurde. Diese sollen insbesondere gestärkt werden, eine ihren Bedürfnissen entsprechende Entscheidung hinsichtlich der Fortführung oder des Abbruchs der Schwangerschaft und – bei Fortführung dieser – hinsichtlich der Ausgestaltung der Geburt und der sich anschließend palliativmedizinischen Versorgung ihres Kindes zu treffen. Derzeitig erfolge die Beratung dieser Familien fast ausschließlich durch Gynäkologen, Hebammen und Humangenetiker. Für eine Stärkung der Entscheidungsfindung sei grundsätzlich nicht der Aufbau neuer Strukturen, sondern eine Bündelung multidisziplinärer Kompetenzen notwendig, die neben den zuvor genannten Professionen auch Pädiater und eine psychosoziale Betreuung einschließen. Darüber hinaus könnten Ehrenamtliche, nach Diagnosestellung einer infausten Erkrankung, in die Begleitung der Familie eingebunden werden. Am Universitätsklinikum Dresden würde aktuell eine unabhängige Beratungsstelle initiiert, die diese Familien in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen soll, indem sie zusammen mit den Familien deren Bedürfnisse erfasst und hinsichtlich der palliativmedizinischen Betreuung des Kindes informiert. So müssten Kinder mit infauster Prognose nicht zwingend in einer spezialisierten Klinik, sondern könnten auch in peripheren Häusern oder der Häuslichkeit geboren werden. Eine solche Geburt erfordere jedoch eine besondere Organisation der anstehenden palliativmedizinischen Versorgung des Neugeborenen, deren flächendeckender Umsetzung bislang noch sehr praktische Probleme gegenüberstehen: Da vor der Geburt für das Kind noch kein Kostenträger zuständig sei, könne zuvor die Verordnung notwendiger Medikamente und Hilfsmittel (z. B. Morphinum oder Beatmungsgeräte) nicht erfolgen.

6.2.1.4 Zur Palliativ- und Hospizversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Wenngleich einzelne Träger engagierte Initiativen zur Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen bieten, seien diese mehrheitlich das Ergebnis besonderen individuellen Engagements. In der Mehrzahl der stationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen bestehe den befragten Experten zufolge im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Palliativ- und Hospizversorgung ein riesiger Nachholbedarf. Die Intention des HPG, wonach Sterbebegleitung Teil des Versorgungsauftrags in der Pflege sein solle, werde noch nicht flächendeckend umgesetzt. Zudem stehe einer Umsetzung der durch das HPG intendierten Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase die noch fehlende Veröffentlichung der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Ausgestaltung dieser Versorgungsplanung¹⁷ entgegen. Gleichwohl wird diese von den befragten Experten als sinnvoll angesehen und stelle zudem ein Instrument zur rechtlichen Absicherung für die Einrichtung und zur Bewahrung der Menschen vor ungewollten Versorgungsumbrüchen dar. Eine umfängliche allgemeine Palliativversorgung könne in Pflegeeinrichtungen derzeit jedoch nicht gewährleistet werden, da der für die Sterbebegleitungen zusätzlich benötigte Zeitbedarf in der Vergütung nicht adäquat berücksichtigt und Pflegeheime zuweilen personell erheblich unterbesetzt seien. In diesem Zusammenhang greife das HPG in Bezug auf die Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeheimen den befragten Experten zufolge zu kurz. Stattdessen seien für den Ausbau der palliativmedizinischen Leistungen in Pflegeheimen eine finanzielle Stärkung der Einrichtungen und Vorgaben zum Personalbedarf und der Qualifikation des Personals notwendig, deren Umsetzung durch eine externe Kontrollinstanz zu überwachen seien. Darüber hinaus könne die Identifikation von Einrichtungen, die hier eine beispielgebende Vorreiterrolle einnehmen und ein auf kommunaler Ebene organisierter Austausch („Peer-review-Verfahren“) zwischen den Leistungserbringern die Versorgung stärken.

¹⁷ Hinweis: Die zum Zeitpunkt der Experteninterviews noch unveröffentlichten Vereinbarungen sind bei Abschluss der Studie verfügbar. Siehe Vereinbarung nach 132g Absatz 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017.

Ein Bedarf zur allgemeinen palliativmedizinischen und/oder hospizlichen Betreuung sei bei allen sich im Sterbeprozess befindlichen Bewohnern gegeben, die bei einem speziellen Bedarf durch die Einbindung eines SAPV-Teams ergänzt werden solle. Besondere Bedarfe im Sinne eines erhöhten Versorgungsaufwands werden bei Menschen mit schwerer geistiger Beeinträchtigung, mit apparativer Behandlung sowie bei Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS) gesehen. Jedoch verblieben diese Patienten häufig in anderen Einrichtungen, da sie von Pflegeheimen nicht aufgenommen werden würden. Darüber hinaus wird von den befragten Experten ein spezieller Versorgungsaufwand bei Menschen mit Demenzerkrankungen, mit körperlichen Beeinträchtigungen sowie infolge sprachlicher Barrieren bei Menschen aus anderen Kulturkreisen gesehen. Bei Bewohnern, die vor Aufnahme in die Einrichtung nicht im Umfeld des Pflegeheims lebten, sei mitunter die hausärztliche Betreuung schwierig zu organisieren. Aufgrund fehlender Hospizkapazitäten würden zudem jüngere Menschen (50 – 70 Jahre) aufgenommen, die eine besondere psychosoziale Betreuung benötigen.

In Abhängigkeit des Trägers seien Pflegeeinrichtungen mit zunehmender Tendenz bereits in Netzwerken organisiert. Ergänzend bestehen in vielen Einrichtungen Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten Anbietern der Hospiz- und Palliativversorgung, jedoch mangle es – auch aufgrund fehlender Kontrollen – mitunter an einer Umsetzung dieser Kooperationen. So könne mancherorts die Sterbebegleitung durch ambulante Hospizdienste aufgrund eines zu geringen Bestands an Ehrenamtlichen nicht gewährleistet werden, während einer SAPV zuweilen das Konkurrenzdenken mancher Hausärzte entgegenstünde.

Während ihrer Ausbildung kämen Pflegefachkräfte mit Aspekten der Palliativversorgung in Berührung, wobei die daraus resultierenden Kenntnisse den befragten Experten zufolge nicht ausreichend seien. Vielmehr sei ein lebenslanges Lernen der Pflegekräfte zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Palliativversorgung anzustreben, wobei dieses durch einige in Palliative Care weitergebildete und als Multiplikatoren fungierende Pflegefachkräfte gewährleistet werden könne. Die Palliative-Care-Weiterbildungen werden seit einigen Jahren zunehmend auch von Pflegekräften aus stationären Pflegeeinrichtungen wahrgenommen. Nach erfolgter Weiterbildung stände der Zeitmangel sowie das Hierarchiedenken mancher Hausärzte einer bedarfsgerechten Palliativversorgung entgegen und führe mitunter zu Frustration bei einigen Pflegekräften.

Der Mehrheit der befragten Experten zufolge würden in erster Linie nicht ausreichende finanzielle und zeitliche Ressourcen einer weiteren Verbreitung von in Palliative Care weitergebildeten Fachkräften und damit einer bedarfsgerechten Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen entgegenstehen. Jedoch gab ein Experte darüber hinaus zu bedenken, dass häufig nicht die Finanzierung selbst, sondern die Gewinnorientierung einzelner Träger im Hinblick auf eine adäquate palliativmedizinische und hospizliche Betreuung problematisch sei.

Die Einbindung Angehöriger erfolge bereits bei Einzug eines Bewohners. So bestehe die Möglichkeit, die soziale und psychologische Begleitung aber auch die Körperpflege des Bewohners zu unterstützen. Im Hinblick auf die Trauerbegleitung der Angehörigen werden mitunter Abschiedsrituale gestaltet und Einzelgespräche mit den Mitarbeitern der Einrichtung ermöglicht. Alternativ werden Kontakte zu anderen Unterstützungsangeboten wie den ambulanten Hospizdiensten oder Kriseninterventionsdiensten vermittelt. Darüber hinaus gebe es Gedenkfeiern für verstorbene Bewohner, die sich an Angehörige und Mitarbeiter richten. Ein besonderer Bedarf in Bezug auf die Einbindung Angehöriger und die Trauerbegleitung ergebe sich im Sterbeprozess von jüngeren Bewohnern, die eine besonders sensible Kommunikation benötigten und oftmals eine zusätzliche emotionale Belastung für Pflegekräfte darstellen. Um dieser zu begegnen, sollten den befragten Experten zufolge Supervisionsangebote für Mitarbeiter in den Einrichtungen vorgehalten werden. Auch hinsichtlich der Trauerangebote für Angehörige gebe es den Experten zufolge einen Nachholbedarf in den stationären Pflegeeinrichtungen.

Den befragten Experten zufolge solle jede stationäre Pflegeeinrichtung über ein transparentes Konzept zur Hospiz- und Palliativversorgung verfügen, welches Regelungen zur Bezugspflege, zur spirituellen Begleitung und zur Einbindung Angehöriger enthalten solle. Diese Konzepte sollten durch Peer-review-Verfahren qualitätsgesichert werden. Darüber hinaus sehen die befragten Experten organisatorischen Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Einbindung von SAPV-Teams und AHD: Da die Genehmigungsverfahren mitunter bis zu drei Tage benötigten, müsse das Pflegepersonal in den Einrichtungen zur frühzeitigen Erkennung des speziellen Bedarfs besser geschult werden. Zudem gebe es an den Schnittstellen zwischen Pflegeeinrichtung und anderen stationären Leistungserbringern Verbesserungsbedarf: So könne ein besser koordiniertes Entlassungsmanagement der Kliniken sowie der Ausbau von Hospizkapazitäten in Sachsen zu einer Verbesserung des Versorgungsprozesses beitragen.

6.2.1.5 Zwischenfazit

Insgesamt wurden als Grundlage für die qualitative Bewertung der Palliativ- und Hospizversorgung im Freistaat Sachsen Interviews mit 16 Experten aus den Bereichen Landesebene, Leistungserbringer und Ausbilder geführt.

Im Hinblick auf die ambulante Hospizversorgung, die durch ambulante Hospizdienste geleistet wird, sei der Freistaat Sachsen den befragten Experten zufolge sowohl hinsichtlich der Anzahl der verfügbaren ambulanten Hospizdienste als auch hinsichtlich deren regionaler Verteilung gut aufgestellt. Die ambulante Hospizarbeit, die im Wesentlichen auf ehrenamtlichem Engagement basiert, leistet Sterbe- sowie Trauerbegleitungen, wobei diese zunehmend auch von Angehörigen von nicht sterbebegleiteten Verstorbenen in Anspruch genommen werden. Schwierigkeiten werden von den befragten Experten in der Gewinnung von Ehrenamtlichen gemacht. Darüber hinaus würden AHD von anderen Leistungserbringern häufig noch zu spät in den Versorgungsprozess eingebunden. Die Kapazität der stationären Hospizversorgung sei im Status quo noch nicht ausreichend. So seien insbesondere die Regionen Dresden, Nordostsachsen und das Vogtland nicht ausreichend versorgt. Zudem sei diese in der Vergangenheit ohne die Berücksichtigung von Erreichbarkeiten ausgebaut worden, sodass sich aktuell auch eine nicht optimale Verteilung der stationären Hospize innerhalb des Bundeslandes ergebe. Mit der Eröffnung der im Bau befindlichen sowie geplanten Hospize sei jedoch eine Verbesserung der Versorgungslage zu erwarten. Wenngleich die Landesförderung den Ausbau der ambulanten Hospizversorgung maßgeblich unterstützt habe, wird die Finanzierung der ambulanten Hospizdienste für Erwachsene nun überwiegend als auskömmlich angesehen. Aufgrund langer Anfahrtswege und geringer Fallzahlen ergebe sich bei den Kinderhospizdiensten jedoch eine deutlich schlechtere finanzielle Lage, wodurch die Landesförderung für diese Dienste weiterhin als zwingend notwendig erachtet wird. Für die stationären Hospize habe das Inkrafttreten des HPG eine Verbesserung der finanziellen Lage gebracht, wenngleich für den weiteren Ausbau stationärer Kapazitäten die Landesförderung weiterhin notwendig wäre.

Die spezialisierte Palliativversorgung sei den Experten zufolge seit 2013 sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting ausgebaut worden, sodass es nun weitestgehend flächendeckende Versorgungsstrukturen gebe. Hinsichtlich der SAPV bestünde jedoch in ländlichen Regionen Verbesserungsbedarf. Zudem gäbe es in Abhängigkeit der Teamstruktur und institutionellen Anbindung zwischen den SAPV-Leistungserbringern zum Teil qualitative Unterschiede, wodurch mitunter vermeidbare Krankenhauseinweisungen die Folge wären. Auch die Palliativstationen würden qualitative Unterschiede im Hinblick auf den Spezialisierungsgrad aufweisen. Aufgrund von Kapazitätsengpässen der stationären Hospize könnten Patienten mitunter von Palliativstationen nicht adäquat verlegt werden.

Den befragten Experten zufolge könne die allgemeine ambulante Palliativversorgung aufgrund schwieriger Rahmenbedingungen noch nicht flächendeckend bedarfsgerecht gewährleistet werden: Während es für Pflegedienste noch keine Möglichkeit zur Abrechnung erbrachter palliativmedizinischer Leistungen gebe, stünde im Wesentlichen die hohe Praxisauslastung im vertragsärztlichen Bereich einer bedarfsgerechten ärztlichen Palliativversorgung entgegen, da die für die palliativmedizinische Betreuung notwendige Zeit im Praxisalltag häufig nicht vorhanden wäre. Im Hinblick auf die allgemeine stationäre Versorgung in Krankenhäusern und Pflegeheimen erwarten einige Experten aufgrund des Personalmangels in der Pflege sogar eine Verschlechterung der Versorgung. Die Vorgaben des HPG würden in Bezug auf die stationären Pflegeheime zu kurz greifen. Stattdessen wäre eine finanzielle Stärkung der Einrichtungen in Verbindung mit sinnvollen Qualitätssicherungsmaßnahmen notwendig, um auch in Pflegeheimen eine bedarfsgerechte Hospiz- und Palliativversorgung zu gewährleisten. Die Mehrheit der Experten sieht zudem die Notwendigkeit des Ausbaus der palliativmedizinischen Kompetenz von Leistungserbringern der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung.

6.2.2 Standardisierte Befragungen der Leistungserbringer

Für eine umfassende Darstellung der aktuellen Situation der Palliativ- und Hospizversorgung in Sachsen wurden die Experteninterviews um eine standardisierte Befragung der spezialisierten Leistungserbringer und ausgewählter Altenpflegeheime ergänzt. Konkret verfolgte die Befragung folgende Ziele:

- (1) quantitative Erfassung der Personalausstattung aller palliativmedizinischen und hospizlichen Dienste und Einrichtungen im Freistaat Sachsen
- (2) quantitative Erfassung von Ehrenamtlichen
- (3) quantitative und qualitative Erfassung von Trauerangeboten
- (4) Erfassung des aktuellen Fort- und Weiterbildungsstands von in der Palliativ- und Hospizversorgung tätigen Menschen (Fachkräften und Ehrenamtlichen)
- (5) quantitative Erfassung von besonderen Bedarfen, die sich durch die Versorgung von bestimmten Patientengruppen (z. B. Patienten mit Migrationshintergrund oder gerontopsychiatrischen Erkrankungen) ergeben
- (6) Stand der Vernetzung von Leistungserbringern
- (7) Erfassung von hospizlichen und palliativmedizinischen Angeboten in stationären Pflegeeinrichtungen

Auf Basis der durchgeführten Experteninterviews wurden standardisierte Fragebögen erarbeitet (siehe Kapitel 8.7), die den Leistungserbringern gemeinsam mit einem Anschreiben per E-Mail sowie postalisch zugesendet wurden.

6.2.2.1 Ambulante Hospizdienste

Die Befragung der ambulanten Hospizdienste startete am 28. November 2017. Dienste, die bis zum 13. Dezember weder postalisch noch online an der Umfrage teilgenommen hatten, wurden per E-Mail an die Befragung erinnert. Bis zum 20. Februar 2018 nahmen 33 Hospizdienste an der Befragung teil. Da einige auch Angaben zu ihren Zweig- oder Außenstellen machten, beziehen sich diese Angaben auf insgesamt 39 Hospizdienste (davon 6 Kinderhospizdienste). Somit wurde bei den ambulanten Hospizdiensten für Erwachsene eine Rücklaufquote von 68,8 Prozent und bei den Hospizdiensten für Kinder und Jugendliche eine Rücklaufquote von 100 Prozent erreicht.

Da jedoch aufgrund der gemeinsamen Beantwortung für Haupt- und Außen- beziehungsweise Zweigstellen keine getrennte Auswertung möglich ist, beziehen sich nachfolgende Analysen für die Hospizdienste zur Versorgung von Erwachsenen auf 27 Antworten. Ausgewiesene Mittelwerte können somit die tatsächlichen Zahlen je Dienst leicht überschätzen.

Wartezeit

25 (92,6 Prozent) der 27 an der Befragung teilnehmenden Hospizdienste für Erwachsene können bei Bedarf sofort eine Begleitung anbieten. Lediglich 2 Dienste (7,4 Prozent) gaben an, eine Wartezeit zu haben, wobei diese mit max. 1-2 Tagen gering ist. Von den Kinderhospizdiensten gaben alle an, dass es für deren Begleitung keine Wartezeit gibt.

Versorgungsregion

25 (92,6 Prozent) der an der Befragung teilnehmenden Hospizdienste für Erwachsene begleiteten im Jahr 2016 Sterbende ausschließlich in dem Landkreis, in dem sich der Sitz des Hospizdienstes befindet. Zwei der Dienste (7,4 Prozent) gaben an, im Jahr 2016 auch in anderen Landkreisen Sterbebegleitungen durchgeführt zu haben. Dabei handelt es sich jeweils um Befragungsteilnehmer, die über mehrere Dienste verfügen.

Bei den Kinderhospizdiensten zeigt sich hingegen ein anderes Bild: Hier führten im Jahr 2016 zwei der Dienste (33,3 Prozent) Sterbebegleitungen nur im eigenen Landkreis und zwei Dienste (33,3 Prozent) in jeweils zwei Landkreisen durch. Darüber hinaus begleiteten zwei Dienste (33,3 Prozent) Kinder und Jugendliche in drei Landkreisen. Die Hospizdienste für Kinder und Jugendliche führten im Jahr 2016 mit Ausnahme der Landkreise Meißen und Sächsische Schweiz / Osterzgebirge in allen Landkreisen beziehungsweise kreisfreien Städten Sterbebegleitungen durch.

Personalausstattung

Durchschnittlich verfügen die an der Befragung teilnehmenden Hospizdienste zur Begleitung von Erwachsenen über 2,4 hauptamtliche Mitarbeiter und 49,6 Ehrenamtliche. Jedoch muss in diesem Zusammenhang wiederum einschränkend angemerkt werden, dass sich die Angaben einiger Dienste jeweils auf den Hauptsitz und die Zweig- und Außenstellen beziehen und somit die tatsächliche Anzahl je Dienst etwas geringer ausfallen dürfte. In 88,9 Prozent der Dienste sind Pflegekräfte mit Zusatzqualifikation Palliative Care beschäftigt, wobei diese überwiegend als Teilzeitkräfte angestellt sind. In den anderen Hospizdiensten, die nicht über in Palliative Care weitergebildete Pflegekräfte verfügen, sind Sozialarbeiter und weitere Mitarbeiter mit einem Gesundheitsfachberuf (z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten) tätig. Aufgrund der Heterogenität der Angaben zur Struktur der hauptamtlichen Mitarbeiter ist eine weitergehende Auswertung nicht möglich. In den Kinderhospizdiensten sind durchschnittlich 1,8 hauptamtliche Mitarbeiter und 35,7 Ehrenamtliche tätig.

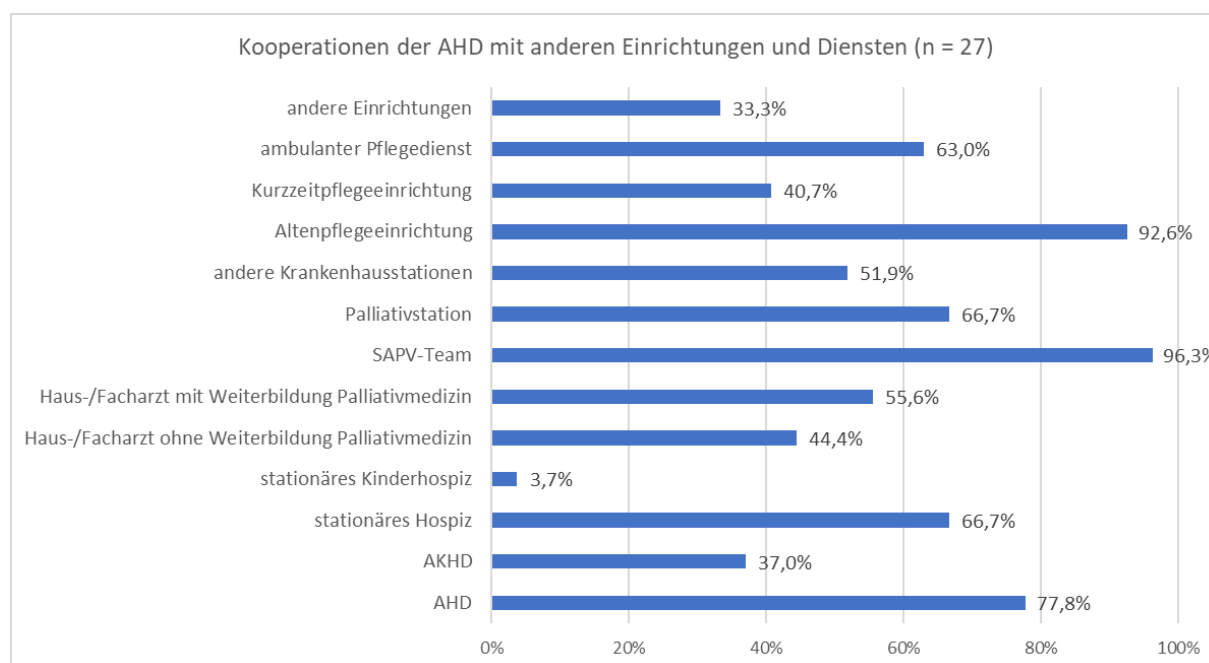
Von den 27 an der Befragung teilnehmenden Hospizdiensten verfügen 24 (88,9 Prozent) über mindestens einen ausgebildeten Trauerbegleiter. 21 (76,9 Prozent) können auf mindestens einen in Trauerbegleitung ausgebildeten hauptamtlichen Mitarbeiter zurückgreifen und ebenfalls 21 auf mindestens einen ehrenamtlichen Mitarbeiter, der über eine entsprechende Ausbildung verfügt. Dabei weisen die Hospizdienste mit mindestens einem hauptamtlichen beziehungsweise ehrenamtlichen ausgebildeten Trauerbegleiter durchschnittlich 1,4 hauptamtliche und 4,2 ehrenamtliche Trauerbegleiter auf. In jeweils zwei der Hospizdienste befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung Hauptamtliche beziehungsweise Ehrenamtliche in der Ausbildung zum Trauerbegleiter. Von den Kinderhospizdiensten können nur zwei (33,3 Prozent) auf ausgebildete Trauerbegleiter zurückgreifen, wobei diese über einen hauptamtlichen und durchschnittlich vier ehrenamtlichen Trauerbegleiter verfügen. Bei zwei weiteren AKHD befand sich zum Zeitpunkt der Befragung jeweils ein hauptamtlicher Mitarbeiter in der Ausbildung zum Trauerbegleiter.

Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern der Hospiz- und Palliativversorgung

Alle der 27 an der Befragung teilnehmenden Hospizdienste für Erwachsene sind mit anderen Einrichtungen und Diensten zur palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung vernetzt. Darüber hinaus gaben 21 der Teilnehmer (77,8 Prozent) an, in einem regionalen Versorgungsnetzwerk eingebunden zu sein. Jedoch wurde in diesem Zusammenhang von einigen Befragungsteilnehmern auch die Zusammenarbeit mit einzelnen anderen Leistungserbringern unter dem Stichwort „Vernetzung“ genannt. Vor dem Hintergrund der sehr heterogenen Antwortstruktur sollte dieser Anteil somit eher vorsichtig interpretiert werden.

Wie Abbildung 18 zeigt, kooperieren mit Ausnahme eines Dienstes alle mit einem SAPV-Team und 92,6 Prozent mit Altenpflegeeinrichtungen. Darüber hinaus arbeiten mehr als drei Viertel der AHD mit anderen ambulanten Hospizdiensten zusammen und jeweils zwei Drittel (66,7 Prozent) kooperieren mit stationären Hospizen und Palliativstationen. Jeder dritte AHD in Sachsen (33,3 Prozent) arbeitet neben den genannten auch mit anderen Einrichtungen zusammen, wobei in diesem Zusammenhang unter anderem Psychologen, Psychiater und Sozialämter genannt wurden.

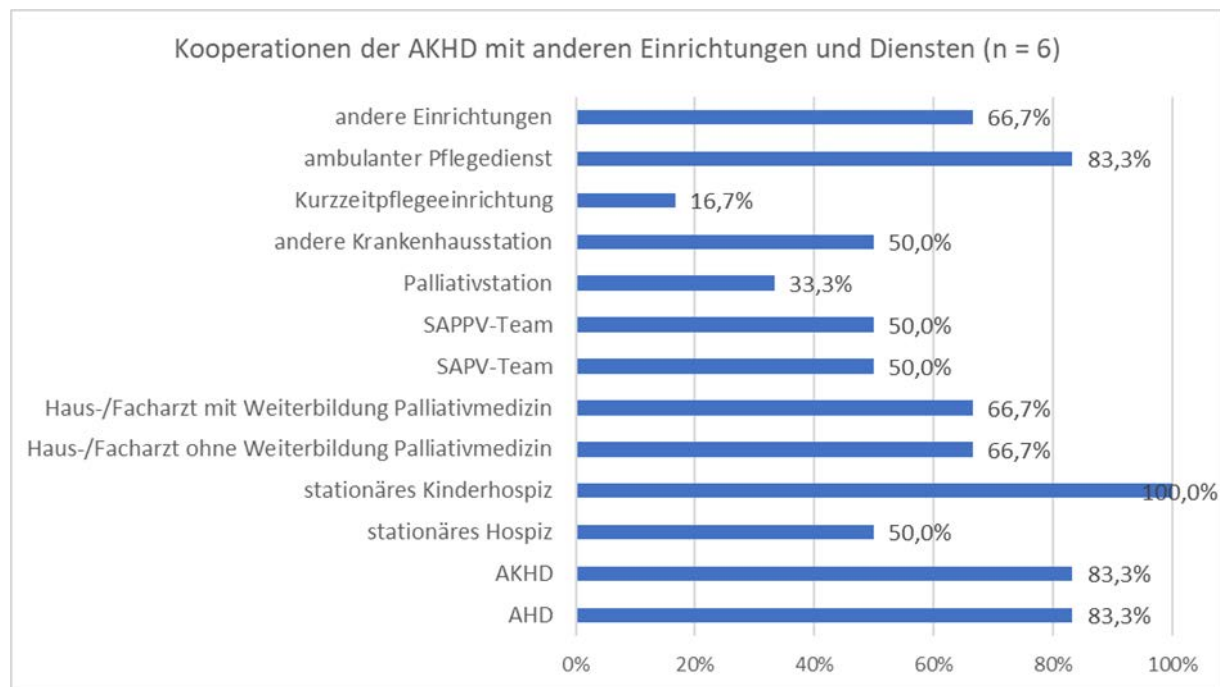
Abbildung 18: Kooperationen der ambulanten Hospizdienste mit anderen Einrichtungen und Diensten



Quelle: Eigene Darstellung.

Auch alle ambulanten Kinderhospizdienste kooperieren mit anderen Einrichtungen oder Diensten zur palliativmedizinischen oder hospizlichen Versorgung, darunter alle mit einem stationären Kinderhospiz. Jeweils fünf (83,3 Prozent) der AKHD in Sachsen arbeiten mit anderen Kinderhospizdiensten, mit Hospizdiensten für Erwachsene und mit ambulanten Pflegediensten zusammen, während jeweils vier AKHD (66,7 Prozent) mit Haus- oder Fachärzten mit beziehungsweise ohne palliativmedizinischer Weiterbildung kooperieren (siehe Abbildung 19). Insgesamt vier der Dienste arbeiten mit Teams der spezialisierten Palliativversorgung zusammen, davon ein Dienst ausschließlich mit dem SAPPV und ein Dienst ausschließlich mit einem SAPV-Team zur Versorgung von Erwachsenen. Darüber hinaus kooperieren vier der AKHD mit weiteren, in der Befragung nicht explizit genannten Einrichtungen, wobei in diesem Zusammenhang insbesondere die sozialpädiatrischen Zentren und Schulen genannt wurden.

Abbildung 19: Kooperationen der ambulanten Kinderhospizdienste mit anderen Einrichtungen und Diensten



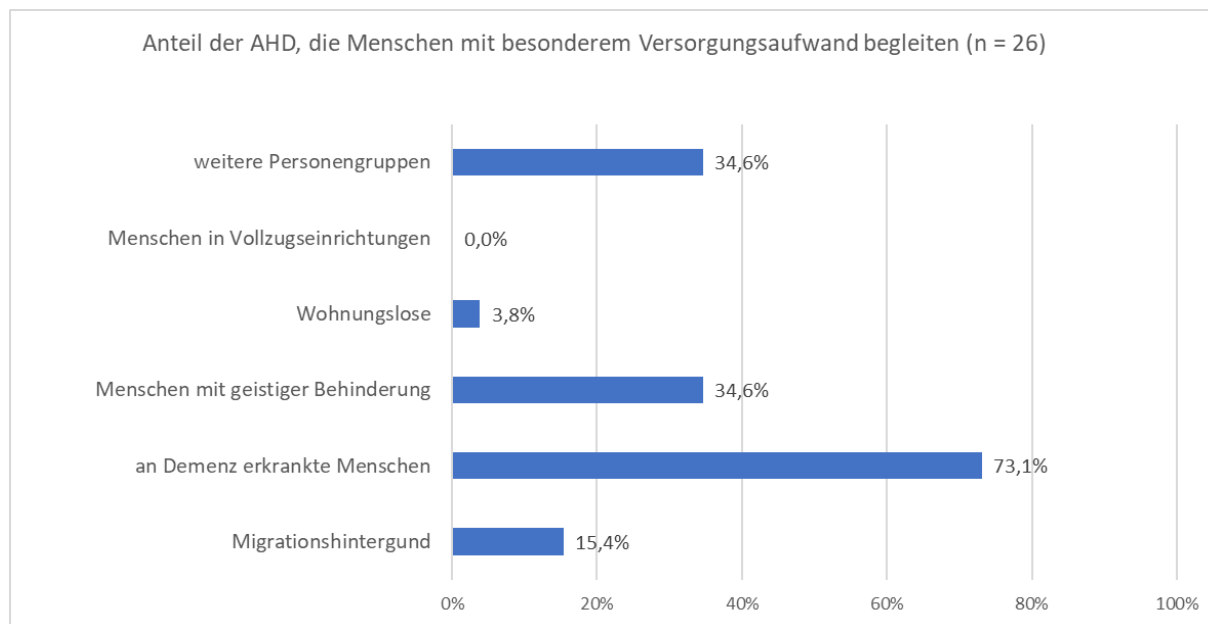
Quelle: Eigene Darstellung.

Personengruppen mit besonderen Versorgungsbedarfen

Von den 26 ambulanten Hospizdiensten für Erwachsene, die die Fragen nach den besonderen Bedarfen und Anforderungen beantworteten, gaben 73,1 Prozent an, im Jahr 2016 an Demenz erkrankte Menschen begleitet zu haben, 34,6 Prozent begleiteten Menschen mit geistiger Behinderung und 15,4 Prozent Menschen mit Migrationshintergrund. Wohnungslose wurden nur von einem Hospizdienst (3,8 Prozent) begleitet, wohingegen keine Sterbebegleitungen bei Menschen in Vollzugseinrichtungen durchgeführt wurden (siehe Abbildung 20). Die Hospizdienste, die Menschen mit einem besonderen Versorgungsaufwand begleiteten, führten durchschnittlich 22,9 Sterbebegleitungen bei Menschen mit Demenz, 2,6 bei Menschen mit geistiger Behinderung, 1,3 bei Menschen mit Migrationshintergrund und 1,0 bei wohnungslosen Menschen durch.

Darüber hinaus gaben 34,6 Prozent der ambulanten Hospizdienste an, weitere Personengruppen mit erhöhtem oder speziellem Versorgungsaufwand zu begleiten. Darunter wurden zum einen Patienten mit bestimmten Erkrankungen wie ALS, Multiple Sklerose oder psychischen Erkrankungen genannt. Zum anderen wurden junge Menschen mit Kindern sowie alleinlebende Menschen und Menschen in finanziellen Nöten genannt.

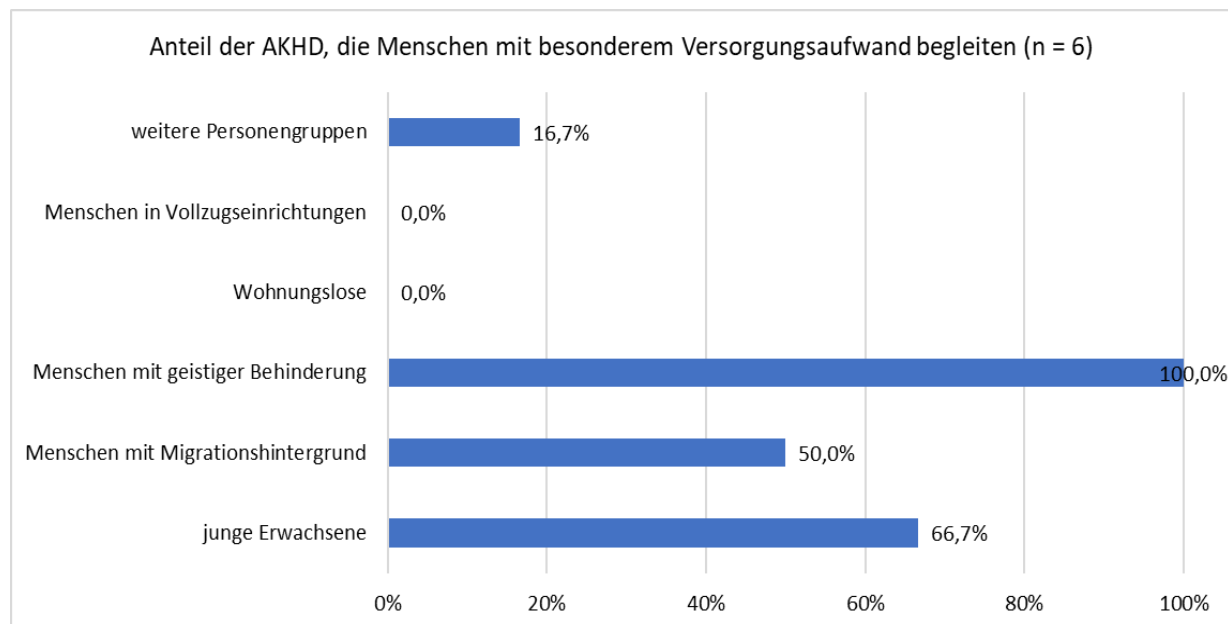
Abbildung 20: Anteil der ambulanten Hospizdienste für Erwachsene, die Menschen mit besonderem Versorgungsaufwand begleiten



Quelle: Eigene Darstellung.

Bei den Kinderhospizdiensten spiegelt sich der besondere Versorgungsaufwand im besonderen Erkrankungsspektrum der sterbebegleiteten Kinder und Jugendlichen wider: So gaben 100 Prozent der ambulanten Kinderhospizdienste an, im Jahr 2016 Sterbebegleitungen bei Kindern mit geistiger Behinderung durchgeführt zu haben (siehe Abbildung 21). Dabei wurden im Jahr 2016 durchschnittlich 13,0 geistig behinderte Kinder oder Jugendliche von den AKHD begleitet. Vier der sechs AKHD (66,7 Prozent) begleiteten zudem durchschnittlich 3,0 junge Erwachsene zwischen 18 und 30 Jahren. Menschen mit Migrationshintergrund wurden im Jahr 2016 von drei der ambulanten Kinderhospizdienste begleitet. Dabei begleiteten diese durchschnittlich 2,3 Kinder oder Jugendliche mit Migrationshintergrund. Darüber hinaus gab ein AKHD an, weitere Personengruppen mit einem erhöhten oder speziellen Versorgungsaufwand zu begleiten und nannte in diesem Zusammenhang psychische oder geistige Einschränkungen der Eltern.

Abbildung 21: Anteil der ambulanten Hospizdienste für Kinder und Jugendliche, die Menschen mit besonderem Versorgungsaufwand begleiten



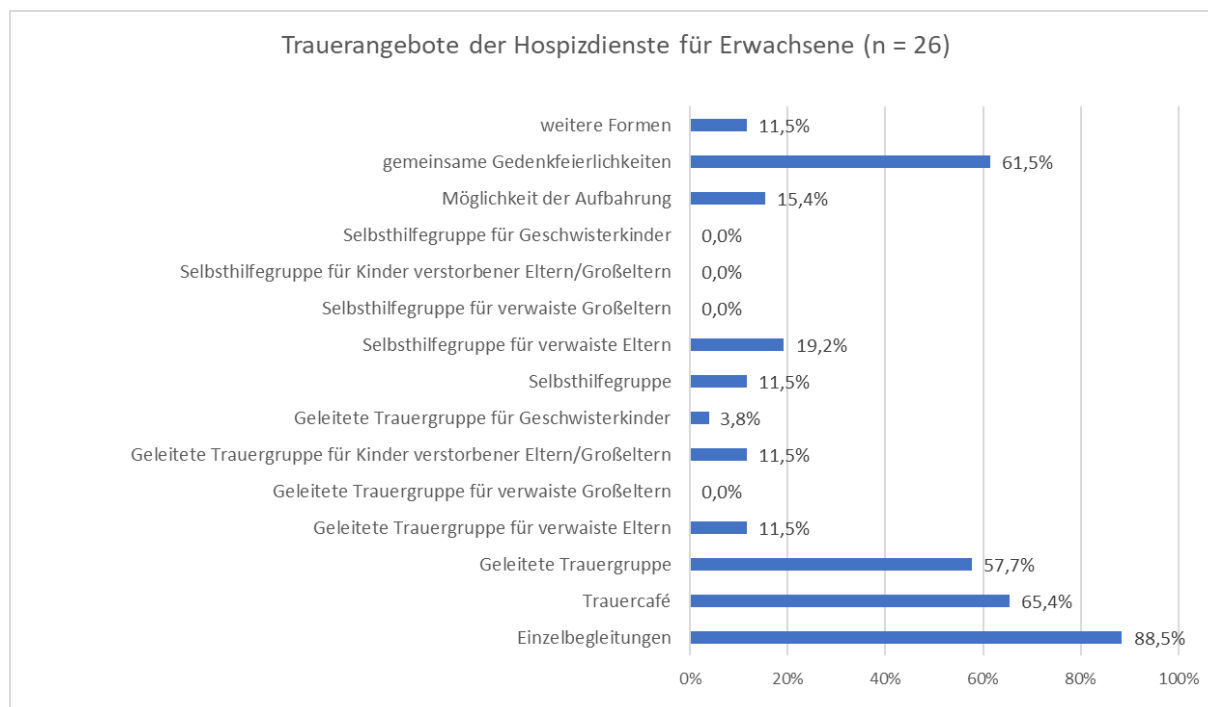
Quelle: Eigene Darstellung.

Angebote der Trauerbegleitung

Von den 17 Hospizdiensten für Erwachsene, die die Anzahl der von ihnen durchgeführten Trauerbegleitungen mit ausgebildetem Trauerbegleiter angaben, wurden durchschnittlich 52,3 Trauerbegleitungen durchgeführt. Jedoch zeigt sich zwischen den Hospizdiensten mit zwischen 3 und 208 im Jahr 2016 durchgeführten Trauerbegleitungen eine starke Streuung.

Im Hinblick auf die Formen der Trauerbewältigung werden von 88,5 Prozent der Hospizdienste Einzelbegleitungen angeboten (siehe Abbildung 22), die meist auch häufig von den Angehörigen genutzt werden. Etwa zwei Drittel der Hospizdienste bieten Trauercafés, 61,5 Prozent gemeinsame Gedenkfeierlichkeiten und 57,7 Prozent geleitete Trauergruppen an. Eine untergeordnete Rolle spielen Angebote zur Trauerbewältigung für Kinder und Jugendliche, da nur von 11,5 Prozent der Hospizdienste eine geleitete Trauergruppe für Kinder verstorbener Eltern oder Großeltern angeboten wird. 11,5 Prozent der Hospizdienste bieten weitere Formen der Trauerbewältigung an, wobei darunter Kreativangebote für Trauernde und Familienbegleitungen genannt wurden.

Abbildung 22: Trauerangebote der Hospizdienste für Erwachsene

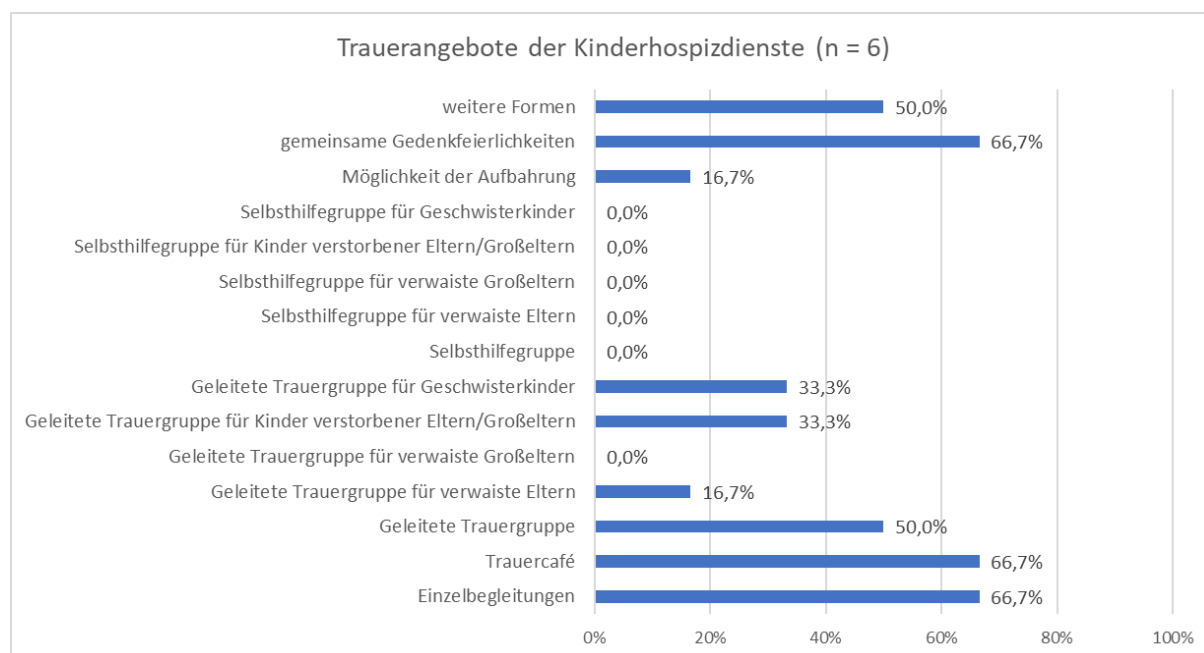


Quelle: Eigene Darstellung.

Von den vier Kinderhospizdiensten, die die Anzahl der von ihnen durchgeführten Trauerbegleitungen mit ausgebildetem Trauerbegleiter angab, wurden durchschnittlich 8,25 Trauerbegleitungen (Spannweite: 0-25) durchgeführt.

Im Hinblick auf die Trauerangebote gaben jeweils vier der sechs Dienste (66,7 Prozent) an, Einzelbegleitungen, Trauercafés und gemeinsame Gedenkfeiern anzubieten. Darüber hinaus bieten jeweils drei Kinderhospizdienste geleitete Trauergruppen und andere Formen der Trauerbegleitung an, wobei in diesem Zusammenhang Müttertreffs, Familienwochenenden und Wochenenden für verwaiste Eltern genannt wurden. Jeweils zwei Kinderhospizdienste bieten geleitete Trauergruppen für Geschwisterkinder sowie für Kinder verstorbener Eltern/Großeltern an (siehe Abbildung 23).

Abbildung 23: Trauerangebote der Kinderhospizdienste



Quelle: Eigene Darstellung.

Zwischenfazit

Die überwiegende Mehrheit (92,6 Prozent) der an der Befragung teilnehmenden ambulanten Hospizdienste für Erwachsene und alle Kinderhospizdienste wiesen keine Wartezeit auf. Bei den zwei übrigen Hospizdiensten war die Wartezeit mit unter einem beziehungsweise mit 1-2 Tagen sehr gering, sodass die im Freistaat Sachsen ansässigen Hospizdienste offensichtlich eine bedarfsgerechte Begleitung Sterbender ermöglichen. Jedoch führten die ambulanten Kinderhospizdienste im Jahr 2016 in den Landkreisen Meißen und Sächsische Schweiz/Osterzgebirge keine Sterbebegleitungen durch. Ob Kinder und Jugendliche dieser Regionen im Jahr 2016 keinen Bedarf für Begleitungen durch ambulante Kinderhospizdienste aufwiesen oder ob in diesen Regionen kein bedarfsgerechtes Angebot vorhanden ist, lässt sich auf Basis der Befragungsergebnisse nicht abschließend beurteilen.

Im Hinblick auf die besonderen Bedarfe, die bei der Sterbebegleitung durch ambulante Hospizdienste entstehen, spielen von den in der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ genannten Personengruppen insbesondere die an Demenz erkrankten Menschen in Sachsen eine große Rolle. Gleichzeitig werden bislang nur wenige Sterbebegleitungen bei Menschen mit Migrationshintergrund durchgeführt. Ob dies auf einem bisher geringen Bedarf dieser Personengruppe gründet oder ein bestehender Bedarf nicht ausreichend gedeckt werden kann, lässt sich nicht abschließend sagen.

Nahezu alle ambulanten Hospizdienste verfügen über mindestens einen in Trauerbegleitung weitergebildeten haupt- oder ehrenamtlichen Mitarbeiter, sodass ein flächendeckendes Trauerangebot in Sachsen besteht. Gleichzeitig werden besondere Formen der Trauerbewältigung wie z. B. Gruppen für verwaiste Großeltern von den an der Befragung teilnehmenden Hospizdiensten noch nicht angeboten.

Hinsichtlich der Vernetzung mit anderen Leistungserbringern lässt sich konstatieren, dass ein Großteil der ambulanten Hospizdienste bereits mit SAPV-Teams und Altenpflegeeinrichtungen zusammenarbeitet.

6.2.2.2 Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung

Die Befragung der Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und des Teams der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung begann am 1. Dezember 2017. Insofern ein Team bis zum 5. Januar 2018 nicht an der Befragung teilnahm, erhielt es per E-Mail eine Erinnerung. Anschließend erfolgte nach weiteren zwei Wochen am 19. Januar 2018 eine telefonische Kontaktaufnahme und erneute Erinnerung an die Umfrage.

Bis zum 31. Januar 2018 nahmen neun der 16 insgesamt in Sachsen vorhandenen SAPV-Teams (56,3 Prozent) sowie das SAPPV-Team an der Befragung teil. Sieben der neun SAPV-Teams versorgen ausschließlich Erwachsene, während zwei Teams auch auf die Versorgung junger Erwachsener spezialisiert sind. Im Jahr 2016 versorgten die neun SAPV-Teams zwischen 260 und 578 (durchschnittlich 311,2) Patienten, während das SAPPV-Team im gleichen Jahr 48 Patienten betreute.

Wartezeit

Während bei der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung in Sachsen keine Wartezeit besteht, gab von den acht diese Frage beantwortenden SAPV-Teams die Hälfte an, dass Patienten erst nach zwei Stunden bis sieben Tagen versorgt werden könnten. Davon entscheide ein Team nach Dringlichkeit, sodass hier nur teilweise eine Wartezeit zu erwarten wäre.

Versorgungsregion

Sieben der neun (77,8 Prozent) teilnehmenden SAPV-Teams versorgten im Jahr 2016 ausschließlich Patienten innerhalb ihres eigenen Landkreises, ein Team behandelte Patienten zudem in zwei weiteren Landkreisen. Darüber hinaus versorgte ein in einem grenznahen Gebiet ansässiges SAPV-Team auch Patienten in einem anderen Bundesland. Inwiefern die von diesen Teams getätigten Aussagen zu den Versorgungsregionen auch auf andere Teams des Freistaates Sachsen, die nicht an der Befragung teilnahmen, übertragbar sind, lässt sich nicht beurteilen.

Das einzelne in Sachsen ansässige SAPPV-Team fuhr erwartungsgemäß deutlich weitere Strecken, indem es Kinder und Jugendliche in neun sächsischen Landkreisen beziehungsweise kreisfreien Städten und auch einen Patienten in einem anderen Bundesland behandelte.

Personalausstattung

Durchschnittlich verfügen die neun an der Befragung teilnehmenden SAPV-Teams über 5,6 Ärzte mit palliativmedizinischer Weiterbildung, wobei sich diese auf Voll- und Teilzeitkräfte sowie Ärzte in Rufbereitschaft aufteilen. Darüber hinaus sind in zwei Teams in geringem Umfang auch Ärzte mit andauernder Weiterbildung Palliativmedizin tätig. Durchschnittlich sind in einem SAPV-Team 7,9 Pflegekräfte mit Palliative-Care-Weiterbildung tätig, wobei auch dieser Mittelwert sich auf die Vollzeit- und Teilzeitkräfte sowie die Pflegekräfte bezieht, die ausschließlich in Rufbereitschaft für das SAPV-Team zuständig sind. Ein SAPV-Team gab zudem an, über einen Fachpfleger für Hospiz- und Palliativpflege zu verfügen. Neben den Ärzten und Pflegekräften sind für zwei der Teams Seelsorger tätig. Darüber hinaus verfügen SAPV-Teams über Mitarbeiter für die Verwaltung und Abrechnung.

Das Team der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung besteht aus vier festangestellten, in Palliativmedizin weitergebildeten Ärzten, einem Arzt mit andauernder, einem Arzt ohne palliativmedizinische Weiterbildung sowie fünf in Rufbereitschaft tätigen Ärzten.

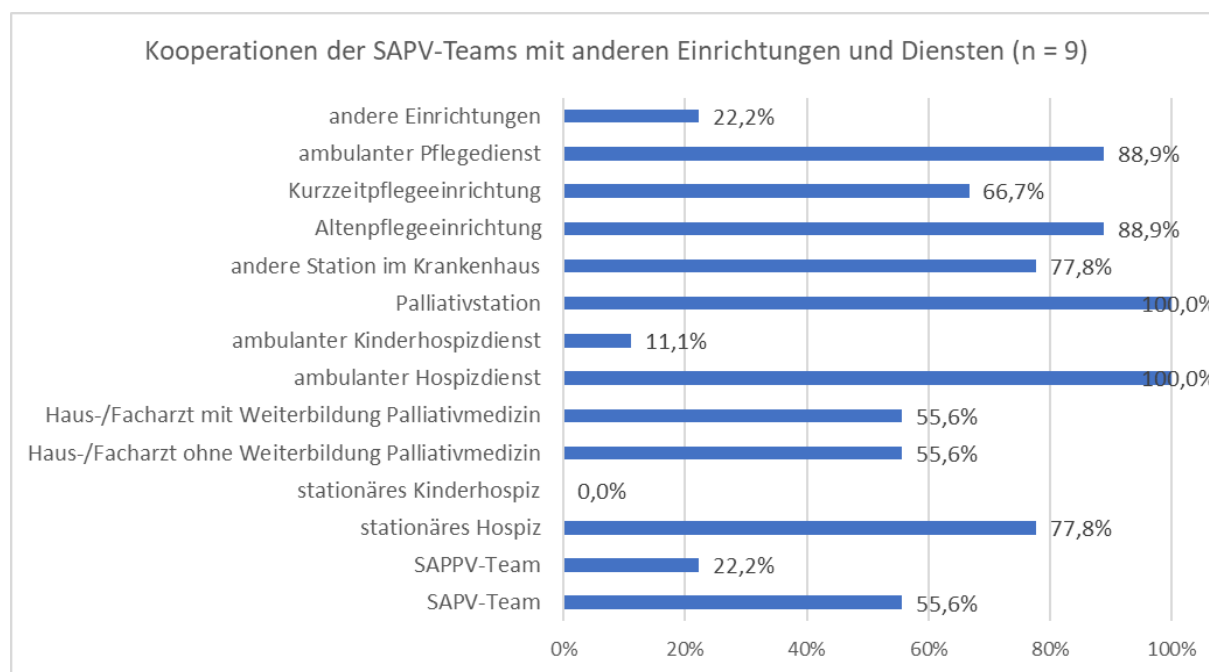
Darüber hinaus verfügt es über sechs festangestellte, in pädiatrischer Palliative Care weitergebildete Pflegekräfte sowie sechs Pflegekräfte in Rufbereitschaft und einen Sozialarbeiter.

Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern der Hospiz- und Palliativversorgung

Drei der an der Befragung teilnehmenden SAPV-Teams gaben an, in einem regionalen Versorgungsnetzwerk organisiert zu sein. Jedes der an der Befragung beteiligten Teams in Sachsen ist mit verschiedenen weiteren Leistungserbringern der Palliativ- und Hospizversorgung vernetzt (siehe Abbildung 24). So kooperieren alle SAPV-Teams mit Palliativstationen und ambulanten Hospizdiensten, jeweils acht der Teams zudem mit ambulanten Pflegediensten und Altenpflegeeinrichtungen. Jeweils sieben der teilnehmenden SAPV-Teams arbeiten mit mindestens einem stationären Hospiz und mit auf die Palliativmedizin spezialisierten Krankenhausstationen zusammen. Bei den von zwei der Teams genannten anderen Einrichtungen, mit denen Kooperationen bestehen, handelt es sich um Apotheken und Sanitätshäuser.

Das SAPPV-Team arbeitet mit anderen SAPPV-Teams, mindestens einem stationären Kinderhospiz, ambulanten Kinderhospizdiensten, Haus- und/oder Fachärzten sowie nicht auf Palliativmedizin spezialisierten Krankenhausstationen, ambulanten Pflegediensten sowie dem Sonnenstrahl e.V. in Dresden, einem Verein zur Begleitung krebskranker Kinder und Jugendlicher, zusammen.

Abbildung 24: Kooperationen der SAPV-Teams mit anderen Einrichtungen und Diensten



Quelle: Eigene Darstellung.

Personengruppen mit besonderen Versorgungsbedarfen

Hinsichtlich des höheren oder speziellen Versorgungsaufwands ist in Folge des für diese Frage geringen und sehr heterogenen Rücklaufs keine quantitative Auswertung möglich. Zusammenfassend lässt sich jedoch sagen, dass Demenzpatienten aufgrund ihrer Prävalenz unter den spezialisiert ambulant zu versorgenden Patienten den größten zusätzlichen Versorgungsbedarf zu dem ohnehin bereits hohen Versorgungsaufwand, der im Rahmen der SAPV-

Behandlung entsteht, verursachen. Darüber hinaus wurden 2016 von den diese Fragen beantwortenden SAPV-Teams auch einige wenige andere Patienten mit besonderen Bedarfen (Patienten mit Migrationshintergrund, geistig behinderte Patienten) behandelt. Ein erhöhter Versorgungsaufwand entstünde zudem bei Intensivpflegepatienten sowie psychisch Erkrankten.

In Bezug auf einen höheren Versorgungsbedarf, der bei der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung entsteht, gab das SAPPV-Team an, im Jahr 2016 Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und Demenz behandelt zu haben. Ferner wurden vereinzelt pädiatrische Patienten mit Migrationshintergrund betreut. Darüber hinaus entstünde bei der Behandlung von Patienten mit Muskelatrophien und Muskeldystrophien ein spezieller Versorgungsaufwand.

Trauerangebote

Angebote zur Trauerbewältigung werden von der überwiegenden Anzahl der an der Befragung teilnehmenden SAPV-Teams mit ambulanten Hospizdiensten koordiniert. Ein SAPV-Team nannte darüber hinaus die Möglichkeit eines Trauergesprächs direkt nach dem Versterben eines Patienten, während ein anderes Team SAPV-interne Gedenkfeierlichkeiten für die Mitarbeiter anbietet.

Zwischenfazit

Auch unter den Anbietern der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wurde mit 56,3 Prozent eine hohe Rücklaufquote erzielt. Darüber hinaus nahm das SAPPV-Team an der Befragung teil. Dennoch ist aufgrund einiger fehlender Antworten keine vollumfängliche Auswertung für Sachsen möglich.

Im Hinblick auf die Vernetzung gaben acht der neun an der Befragung teilnehmenden Leistungserbringer an, mit Altenpflegeeinrichtungen zusammenzuarbeiten. Ob in diesen Einrichtungen SAPV-Teams jedoch rechtzeitig in die Versorgung eingebunden werden und damit eine bedarfsgerechte spezialisierte Versorgung stattfindet, kann allein auf Basis des Vernetzungsgrades nicht beurteilt werden, da deutlich mehr Altenpflegeeinrichtungen als SAPV-Teams in Sachsen existieren und die Ausgestaltung der Zusammenarbeit nicht erfragt wurde.

6.2.2.3 Stationäre Hospize

Die Befragung der stationären Hospize startete am 1. Dezember 2017. Am 5. Januar 2018 wurden diejenigen Hospize, die noch nicht an der Befragung teilgenommen hatten, an die Befragung erinnert. Darüber hinaus wurden diese am 19. Januar 2018 telefonisch kontaktiert. Bis zum 31. Januar 2018 nahmen fünf der acht stationären Hospize zur Versorgung Erwachsener (62,5 Prozent) sowie das Kinderhospiz an der Befragung teil. Von den fünf Hospizen zur Versorgung Erwachsener gab eines an, auch auf die Versorgung junger Erwachsener spezialisiert zu sein.

Eines der Hospize eröffnete erst im Jahr 2017, sodass dieses im Jahr 2016 noch keine Patienten versorgte. Die anderen vier Einrichtungen versorgten 2016 durchschnittlich 137,5 Patienten (zwischen 80 und 228 Personen je Hospiz). Diese vier Einrichtungen gaben an, bei der Versorgung von Patienten eine Wartezeit zu haben, die zwischen 2 und 7 Tagen liegt. In dem Kinderhospiz sei für die Betreuung in der finalen Phase keine Wartezeit nötig. Gleichwohl würden Entlastungsaufnahmen geplant, sodass diese mit einer Wartezeit verbunden wären.

Versorgungsregion

In allen vier an der Befragung teilnehmenden Hospizen, die im Jahr 2016 Patienten versorgten, wurden nicht ausschließlich Patienten aus dem eigenen, sondern auch aus anderen Landkreisen und kreisfreien Städten des Freistaates Sachsen versorgt. Drei der Hospize behandelten auch Patienten aus anderen Bundesländern.

Personalausstattung

Vier der fünf an der Befragung teilnehmenden Hospize zur Versorgung Erwachsener machten Angaben zu ihrer Personalausstattung. In diesen sind durchschnittlich 25,25 hauptamtliche (zwischen 12 und 38) und 8,5 ehrenamtliche Mitarbeiter (zwischen 1 und 16) tätig. Das Kinderhospiz verfügt nach eigener Angabe über 49 hauptamtliche Mitarbeiter. Zudem wären 15 ehrenamtliche Mitarbeiter des ambulanten Hospizdienstes auch im stationären Hospiz tätig.

Durchschnittlich verfügen die vier Einrichtungen für Erwachsene über 12 in Palliative Care weitergebildete Pflegekräfte, von denen die überwiegende Anzahl in Teilzeit beschäftigt ist. Darüber hinaus befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in drei der Hospize jeweils Pflegekräfte in andauernder Palliative-Care-Weiterbildung. Ein Hospiz beschäftigt zudem einen Fachpfleger für Palliativ- und Hospizpflege. Zwei der Hospize gaben an, auch Pflegekräfte ohne Palliative-Care-Weiterbildung zu beschäftigen. Außerdem verfügen die Einrichtungen über Sozialarbeiter, Hauswirtschafts-, Küchen- und Verwaltungspersonal und einige Einrichtungen über sonstige Mitarbeiter der Gesundheitsberufe wie beispielsweise Physio- oder Ergotherapeuten sowie Seelsorger.

Das Kinderhospiz in Markkleeberg verfügt hingegen über 16 teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte mit der Zusatzqualifikation und 5 Pflegekräfte mit andauernder Weiterbildung „pädiatrische Palliative Care“ sowie 13 Pflegekräfte ohne eine spezielle palliativmedizinische Weiterbildung. Darüber hinaus sind ein Arzt in Teilzeit, ein Arzt in Rufbereitschaft sowie Sozialarbeiter, ein Seelsorger, Erzieher und ein Kunsttherapeut in der Einrichtung tätig.

In drei der an der Befragung teilnehmenden Hospize für Erwachsene sind ausgebildete Trauerbegleiter tätig: Zwei der Einrichtungen verfügen über hauptamtliche und eine über ehrenamtliche Trauerbegleiter.

Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern der Hospiz- und Palliativversorgung

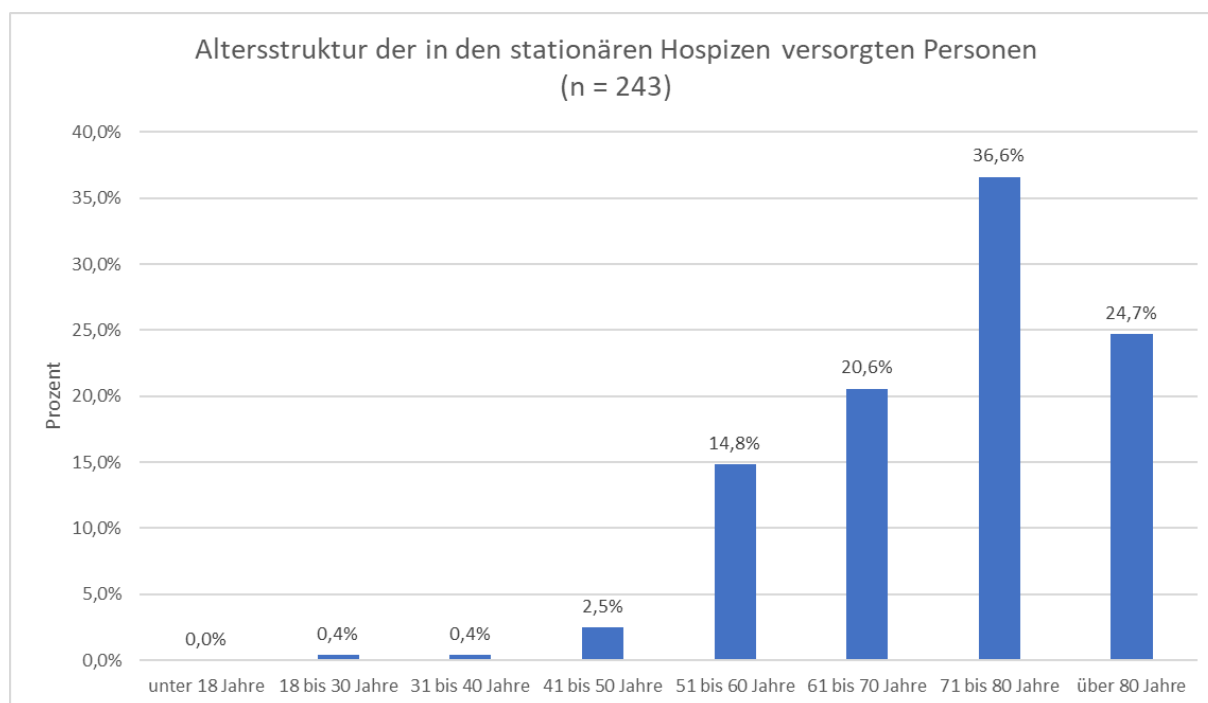
Vier der fünf an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen machten Angaben zur Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern. Von diesen gab eines an, bereits in einem regionalen Versorgungsnetzwerk organisiert zu sein, während ein anderes Hospiz sich zum Zeitpunkt der Befragung am Aufbau eines regionalen Versorgungsnetzwerks beteiligte.

Nach eigener Angabe arbeiten alle vier Hospize mit SAPV-Teams, ambulanten Hospizdiensten, Palliativstationen sowie Haus- oder Fachärzten mit palliativmedizinischer Weiterbildung zusammen. Jeweils drei der vier Einrichtungen gaben darüber hinaus an, mit Alten- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, mit nicht auf Palliativmedizin spezialisierten Krankenhausstationen, mit anderen Hospizen sowie mit Haus- oder Fachärzten ohne palliativmedizinische Weiterbildung zu kooperieren. Zwei Einrichtungen arbeiten zudem mit ambulanten Pflegediensten zusammen. Das einzige sächsische Kinderhospiz ist mit mindestens einem anderen Kinderhospiz vernetzt und arbeitet zudem mit mindestens einem SAPPV-Team, einem ambulanten Kinderhospizdienst, einer Palliativstation, anderen Krankenhausstationen, einer Kurzzeitpflegeeinrichtung, einem ambulanten Pflegedienst sowie einem sozialpädiatrischen Zentrum zusammen.

Personengruppen mit besonderen Versorgungsbedarfen

Zwei der fünf Einrichtungen machten Angaben zur Altersstruktur der von ihnen versorgten Patienten. Diese wird in Abbildung 25 wiedergegeben. Zu den Personengruppen mit besonderen Versorgungsbedarfen wurden mit der Begründung, dass diese statistisch nicht erfasst würden, nur sehr wenige Informationen angegeben, sodass eine quantitative Auswertung zu diesen nicht möglich ist. Jedoch wurden von den Einrichtungen sowohl Menschen mit Demenz und geistiger Behinderung als auch Wohnungslose und Menschen mit Migrationshintergrund versorgt. Zudem verursache die Versorgung von Bewohnern mit Infektionskrankheiten aufgrund des Präventionsbedarfs einen erhöhten Versorgungsaufwand.

Abbildung 25: Altersstruktur der in den stationären Hospizen versorgten Personen



Quelle: Eigene Darstellung.

Von den im Kinderhospiz behandelten Patienten wiesen von 106 innerhalb des Jahres 2016 behandelten Kindern und Jugendlichen 98 eine geistige Behinderung auf. Zudem wurden etwa 12 junge Erwachsene und zwei Patienten mit Migrationshintergrund behandelt.

Trauerangebote

Zwei der Hospize zur Versorgung Erwachsener machten Angaben zu den von ihnen vorgehaltenen Trauerangeboten. Diese beiden bieten die Möglichkeit der Aufbahrung sowie gemeinsame Gedenkfeierlichkeiten an, eines bietet zudem ein Trauercafé für Angehörige von Verstorbenen an. Ein weiteres Hospiz gab an, dass Trauerbegleitungen über den angeschlossenen ambulanten Hospizdienst angeboten würden.

Von dem Kinderhospiz im Landkreis Leipzig werden vielfältige Möglichkeiten zur Trauerbewältigung angeboten, die von den Angehörigen oft oder immer genutzt werden. So werden neben

der Möglichkeit zur Aufbahrung gemeinsame Gedenkfeierlichkeiten, Einzelbegleitungen, geleitete Trauergruppen (unter anderem für verwaiste Großeltern und Geschwisterkinder) sowie jeweils ein Mütter- und Vätertreff angeboten. Ab 2018 soll es zudem eine geleitete Trauergruppe für verwaiste Eltern geben.

Zwischenfazit

Von den acht insgesamt in Sachsen zur Versorgung Erwachsener existierender Hospize nahmen fünf und damit 62,5 Prozent an der Befragung teil. Trotz dieser Rücklaufquote ist aufgrund der kleinen absoluten Anzahl der Antworten und der mitunter sehr heterogenen Antwortstruktur eine zusammenfassende Auswertung der Ergebnisse schwierig, weswegen zu einigen Themenkomplexen wie beispielsweise den besonderen Bedarfen nur Tendenzen präsentiert werden konnten.

In den Hospizen zur Versorgung Erwachsener können Patienten erst nach einer Wartezeit von 2 bis 7 Tagen aufgenommen werden, was die Aussagen der Experteninterviews (siehe Kapitel 6.2.1.1) hinsichtlich der für eine bedarfsgerechte Versorgung nicht ausreichend vorhandener stationärer Hospizkapazitäten untermauert. Jedoch würde, so die ergänzende Anmerkung eines Hospizes, mitunter die verzögerte Genehmigung durch einige Krankenkassen einer bedarfsgerechten Versorgung entgegenstehen, wenn Menschen mit einem entsprechenden Bedarf bereits vor einer Aufnahme ins Hospiz versterben.

Die Hospize, die Angaben zu ihrer Personalstruktur machten, beschäftigen durchschnittlich zwölf in Palliative Care weitergebildete Pflegefachkräfte. In zwei der vier Hospize zur Versorgung Erwachsener sind offensichtlich ausschließlich in Palliative Care weitergebildete Pflegekräfte tätig. Die durch Paragraph 5 Absätze 3 und 5 der Rahmenvereinbarung (GKV-Spitzenverband et al. 2017c) bestehenden Qualitätsanforderungen, wonach lediglich die verantwortliche Pflegefachkraft sowie die stellvertretende Leitung in Palliative Care weitergebildet sein müssen, werden – zumindest von den an der Befragung teilnehmenden – Hospizen im Freistaat Sachsen übererfüllt. Im Hinblick auf die Ausbildung der Pflegekräfte kann somit von einer bedarfsgerechten Versorgung in den stationären Hospizen ausgegangen werden. Darüber hinaus werden Ehrenamtliche in die stationäre Hospizarbeit eingebunden. Ob diese jedoch ausschließlich im stationären Hospiz tätig oder originär Ehrenamtliche der ambulanten Hospizdienste sind, lässt sich auf Basis der Befragungsergebnisse nicht schlussfolgern.

Neben den ambulanten Hospizdiensten halten mitunter auch stationäre Hospize neben der Möglichkeit zur Aufbahrung des Verstorbenen auch einige weitere Angebote zur Trauerbewältigung wie beispielsweise Trauercafés vor. Auch das Kinderhospiz in Markkleeberg bietet verschiedene Formen der Trauerbewältigung und darunter eine Trauergruppe für verwaiste Großeltern an. Somit scheint es sich eher um eine regionale und noch nicht flächendeckend angebotene Form der Trauerbewältigung zu handeln.

6.2.2.4 Palliativstationen

Die Befragung der Palliativstationen startete am 4. Dezember 2017. Stationen, die bis zum 5. Januar 2018 nicht an der Befragung teilgenommen hatten, wurden an diesem Tag an die Befragung erinnert. Bis zum 31. Januar 2018 nahmen von den 30 sächsischen Palliativstationen 8 an der Befragung teil. Die Rücklaufquote beträgt damit 26,7 Prozent. Aufgrund dieser geringen Teilnahmequote ist eine vollständige Auswertung nicht möglich, sodass nachfolgend nur einige Tendenzen präsentiert werden.

Behandelte Patienten

Sieben der teilnehmenden Palliativstationen machten Angaben zur Anzahl der von ihnen im Jahr 2016 behandelten Patienten. Da eine der teilnehmenden Stationen erst unterjährig eröffnet wurde, kann der Mittelwert für die im Jahr 2016 behandelten Patienten nur über die anderen sechs Stationen ermittelt werden. Von diesen Stationen, die durchschnittlich über 8,7 Betten verfügen, wurden im Jahr 2016 durchschnittlich 226,3 Patienten behandelt.

Wartezeit

Von den acht teilnehmenden Stationen gaben sechs (75 Prozent) an, dass die Versorgung auf der Station nicht sofort erfolgen könne, sondern eine Wartezeit nötig sei. Bei einer Station müssten Patienten teilweise auf eine Aufnahme warten, während eine teilnehmende Palliativstation keine Wartezeit aufweise. Bei den Palliativstationen mit Wartezeit müssten die Patienten zwischen einem und sieben Tagen auf ihre Aufnahme warten.

Versorgungsregionen

Sieben der Stationen gaben an, aus welchen Landkreisen und kreisfreien Städte ihre Patienten kommen. Durchschnittlich behandeln die teilnehmenden Palliativstationen Patienten aus dem eigenen und zwei weiteren Landkreisen, wobei die Anzahl der versorgten Regionen zwischen einer und fünf schwankt.

Personalausstattung

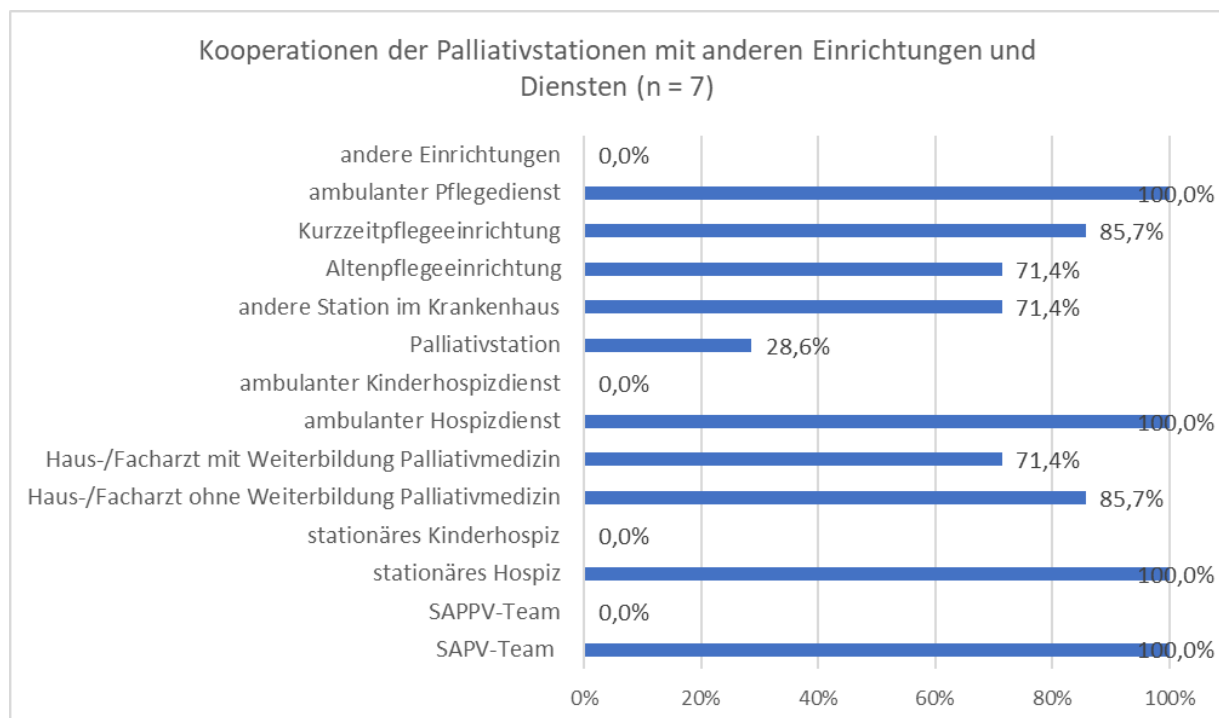
Zur Personalausstattung ihrer Palliativstation machten lediglich sechs der teilnehmenden Stationen Angaben, zudem beziehen sich die Angaben einer Station nicht ausschließlich auf die Palliativ-, sondern auch auf eine internistische Station. Auf diesem Grund muss eine quantitative Auswertung der Angaben zur Personalausstattung unterbleiben.

Qualitativ verfügen die teilnehmenden Palliativstationen über haupt- und zum Teil auch ehrenamtliche Mitarbeiter. Als hauptamtliche Mitarbeiter sind auf den Stationen verschiedene Professionen beschäftigt, darunter Ärzte mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, Pflegekräfte mit Palliative-Care-Weiterbildung, Psychologen, Sozialarbeiter sowie sonstige Mitarbeiter der Gesundheitsberufe wie Physio- und Ergotherapeuten. Darüber hinaus sind auf einigen Palliativstationen Musiktherapeuten, Seelsorger und ausgebildete ehrenamtliche Trauerbegleiter tätig.

Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern der Hospiz- und Palliativversorgung

Alle sieben Palliativstationen, die Fragen zu den Kooperationspartnern in der Hospiz- und Palliativversorgung beantworteten, arbeiten erwartungsgemäß mit mehreren anderen Leistungserbringern zusammen. Zudem gaben von den acht Palliativstationen fünf (62,5 Prozent) an, in einem regionalen Versorgungsnetzwerk organisiert zu sein. Mit welchen Leistungserbringern die teilnehmenden Palliativstationen besonders häufig zusammenarbeiten, ist in Abbildung 26 dargestellt. Dabei zeigt sich, dass alle diese Frage beantwortenden Palliativstationen mit stationären Hospizen, mit SAPV-Teams und mit ambulanten Pflegediensten zusammenarbeiten. Zudem kooperieren alle dieser Palliativstationen mit ambulanten Hospizdiensten. Darüber hinaus kooperiert die Mehrheit der Palliativstationen mit Kurzzeit- und Altenpflegeeinrichtungen, anderen Stationen im Krankenhaus sowie Haus- und/oder Fachärzten.

Abbildung 26: Kooperationen der Palliativstationen mit anderen Einrichtungen und Diensten



Quelle: Eigene Darstellung.

Personengruppen mit besonderen Versorgungsbedarfen

Auch im Hinblick auf die höheren oder speziellen Versorgungsaufwendungen, die aufgrund bestimmter Personengruppen entstehen, ist eine quantitative Auswertung aufgrund des für diese Frage geringen und sehr heterogenen Rücklaufs nicht möglich.

Jedoch lässt sich zusammenfassen, dass die an der Befragung teilnehmenden Palliativstationen Patienten mit Demenz deutlich häufiger behandeln als Patienten mit geistiger Behinderung und Patienten mit Migrationshintergrund. Wohnungslose und Patienten, die in Vollzeits- einrichtungen untergebracht sind, wurden von den teilnehmenden Stationen im Jahr 2016 nicht behandelt. Darüber hinaus wurde von einer Palliativstation ein besonderer Versorgungsaufwand bei Patienten genannt, die die obere Grenzverweildauer erreicht haben.

Trauerangebote

Sechs der an der Befragung insgesamt teilnehmenden Palliativstationen beantworteten die Frage, ob deren Station eigene Trauerangebote vorhält oder diese in Zusammenarbeit mit anderen Diensten koordiniert. Während lediglich eine Station angab, ausschließlich eigene Angebote vorzuhalten, werden auf zwei der Stationen sowohl eigene Formen der Trauerbewältigung angeboten als auch mit anderen Diensten koordiniert. Drei der Palliativstationen koordinieren ausschließlich Trauerangebote, die von anderen Diensten angeboten werden. In diesem Zusammenhang spielt insbesondere die Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten aber auch mit Seelsorgern eine wichtige Rolle. Ein Großteil der teilnehmenden Palliativstationen bietet die Möglichkeit zur Aufbahrung des Verstorbenen an, wobei diese Form von einigen Befragten nicht als eigens angebotene Möglichkeit der Trauerbewältigung benannt wurde.

6.2.2.5 Stationäre Pflegeeinrichtungen

Ende Juni 2017 existierten in Sachsen im Anwendungsbereich des Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz 771 stationäre Einrichtungen für Pflegebedürftige; davon 626 Altenpflegeheime. Von diesen wurde für die Befragung eine nach Einwohnerzahlen der Landkreise quotierte Zufallsstichprobe von 20 Prozent ausgewählt.

Die Befragung der ausgewählten stationären Pflegeheime startete am 5. Januar 2018. Pflegeheime, die bis zum 30. Januar 2018 nicht teilgenommen hatten, wurden per E-Mail erneut um eine Teilnahme an der Befragung gebeten. Bis zum 12. Februar 2018 nahmen 23 und damit 18,1 Prozent der 127 befragten Altenpflegeheime an der Befragung teil. Aus diesem Grund sind auch die Ergebnisse für die Pflegeeinrichtungen nur als Tendenz zur Hospiz- und Palliativversorgung interpretierbar, während ein vollständiges Bild nicht präsentiert werden kann. Daneben ist zu berücksichtigen, dass es zu einem Selektionseffekt unter den teilnehmenden Einrichtungen gekommen sein könnte, der die Ergebnisse beeinflusst.

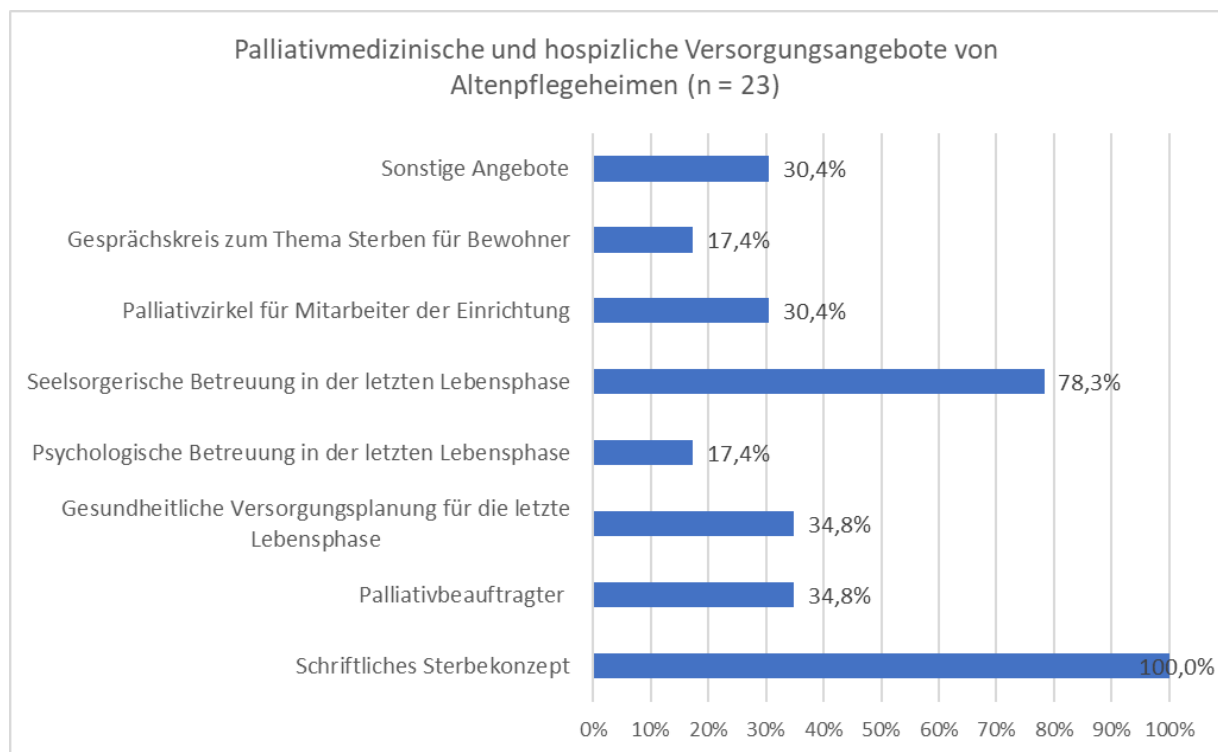
Wartezeit

Die Frage zur Wartezeit beantworteten 22 Einrichtungen. Von diesen gaben 16 (72,7 Prozent) an, dass für die Versorgung in ihrer Einrichtung eine Wartezeit gebe. Insofern eine Wartezeit besteht, schwankt diese zwischen den Einrichtungen zwischen 4 Wochen und einem Jahr.

Palliativmedizinische und hospizliche Versorgungsangebote

Abbildung 27 zeigt die Befragungsergebnisse zu den palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsangeboten von Altenpflegeheimen. Während alle 23 an der Befragung teilnehmenden Altenpflegeeinrichtungen angaben, über ein schriftliches Konzept zur Hospiz- und Palliativversorgung („Sterbekonzept“) zu verfügen, wird ein Palliativbeauftragter nur in etwa einem Drittel der Einrichtungen (34,8 Prozent) vorgehalten. Ebenfalls etwa ein Drittel der Einrichtungen (34,8 Prozent) bietet ihren Bewohnern bereits die durch das HPG intendierte gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase an. Seelsorgerisch betreut würden Sterbende demnach in 78,3 Prozent der befragten Einrichtungen. Darüber hinaus gaben sieben befragten Einrichtungen (30,4 Prozent) an, über weitere Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu verfügen und nannten in diesem Zusammenhang insbesondere die Zusammenarbeit mit spezialisierten Leistungserbringern wie SAPV-Teams, Palliativmedizinern und ambulanten Hospizdiensten.

Abbildung 27: Palliativmedizinische und hospizliche Versorgungsangebote von Altenpflegeheimen



Quelle: Eigene Darstellung.

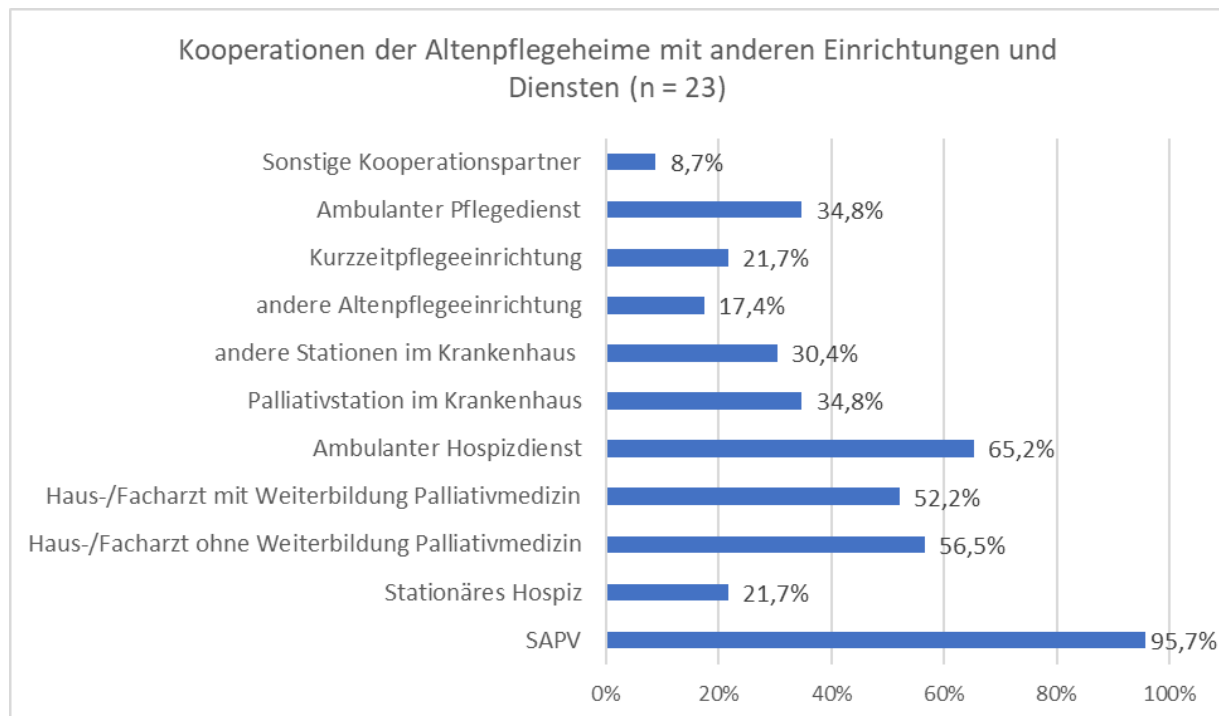
Personalausstattung

22 der insgesamt an der Befragung teilnehmenden Altenpflegeheime machten Angaben zu ihrer Personalausstattung. Von diesen gaben 11 Einrichtungen (47,8 Prozent) an, über mindestens eine in Palliative Care weitergebildete Pflegekraft zu verfügen. Im Durchschnitt sind in diesen elf Einrichtungen 1,7 in Palliative Care weitergebildete Pflegekräfte tätig, wobei diese überwiegend teilzeitbeschäftigt arbeiten. Zwei der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen beschäftigen zudem Pflegekräfte, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in der Palliative-Care-Weiterbildung befanden. Darüber hinaus sind zwei Einrichtungen auch Pflegekräfte mit abgeschlossenem Palliative-Praxis-Curriculum (40 Stunden) tätig und zwei weitere Einrichtungen beschäftigen Pflegekräfte mit einer Weiterbildung in Schmerzmanagement oder -therapie. Eine Einrichtung verfügt nach eigener Angabe über einen Fachpfleger für Hospiz- und Palliativpflege.

Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern der Hospiz- und Palliativversorgung

Wie Abbildung 28 zeigt, arbeiten 22 und damit 95,7 Prozent der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen mit SAPV-Teams und etwa zwei Drittel der Einrichtungen (65,2 Prozent) mit ambulanten Hospizdiensten zusammen. Gleichwohl kooperieren mit 34,8 Prozent beziehungsweise 21,7 Prozent nur etwa ein Drittel beziehungsweise ein Fünftel der befragten Einrichtungen mit Palliativstationen beziehungsweise Hospizen. Zwei der Einrichtungen (8,7 Prozent) nannten mit Tagespflege und Seelsorger weitere Kooperationspartner, mit denen sie im Rahmen der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung zusammenarbeiten.

Abbildung 28: Kooperationen der Altenpflegeheime mit anderen Einrichtungen und Diensten

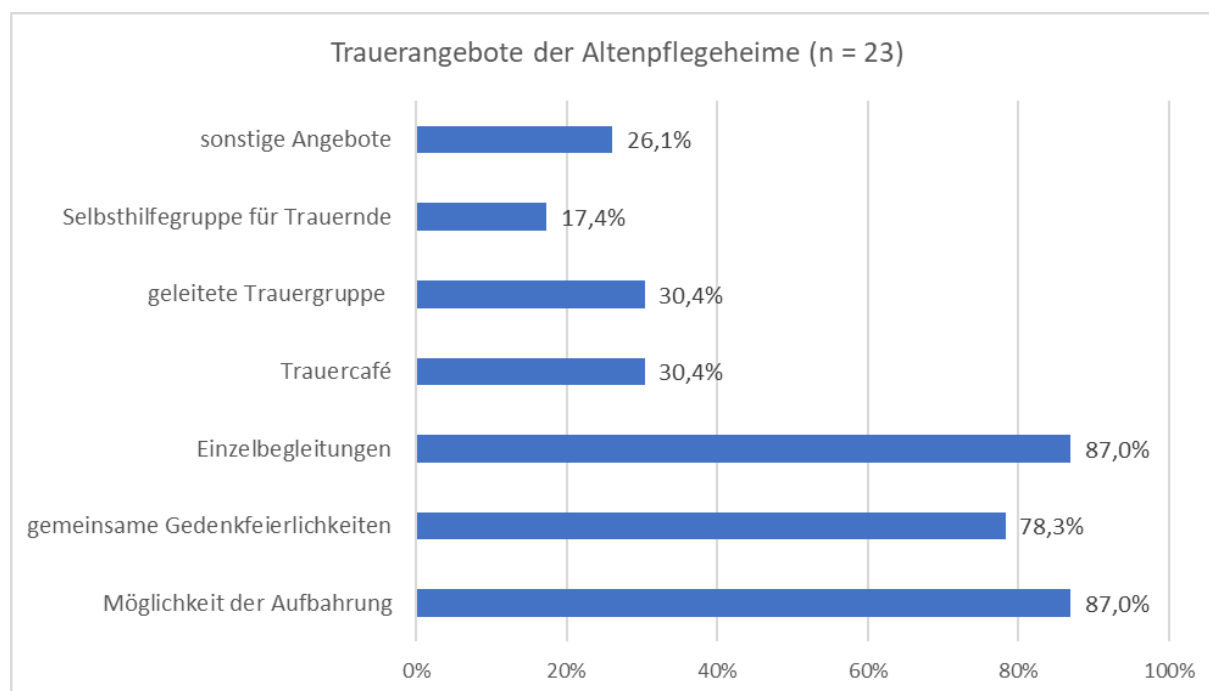


Quelle: Eigene Darstellung.

Trauerangebote

Jeweils 20 der an der Befragung teilnehmenden Pflegeeinrichtungen (87,0 Prozent) bieten die Möglichkeit der Aufbahrung des Verstorbenen sowie Einzelbegleitungen (siehe Abbildung 29). Hinsichtlich der Möglichkeit zur Aufbahrung gaben 60 Prozent der diese Möglichkeit anbietenden Einrichtungen an, diese werde von Angehörigen immer oder zumindest oft genutzt. Bezüglich der Einzelbegleitungen gaben das 65 Prozent der dieses Trauerangebot vorhaltenden Einrichtungen an. Gemeinsame Gedenkfeierlichkeiten werden von 18 und damit 78,3 Prozent der Pflegeeinrichtungen angeboten. Zu diesen gaben 72,2 Prozent der Einrichtungen, die Gedenkfeierlichkeiten anbieten, an, dass diese von den Angehörigen und Bewohnern der Einrichtung immer oder oft genutzt werden. Von etwa einem Drittel der Einrichtungen (30,4 Prozent) werden Trauercafés und geleitete Trauergruppen angeboten. Von sechs an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen (26,1 Prozent) werden weitere, im Fragebogen nicht explizit genannte Angebote vorgehalten, wobei in diesem Zusammenhang beispielsweise die Begleitung zur Trauerfeier oder Beisetzung und die Aussegnung genannt wurden.

Abbildung 29: Trauerangebote der Altenpflegeheime



Quelle: Eigene Darstellung.

Zwischenfazit

Wie die Befragung einer nach Einwohnerzahlen der Landkreise und kreisfreien Städte quotierten Zufallsauswahl von Altenpflegeheimen in Sachsen zeigte, werden palliativmedizinische und hospizliche Versorgungsangebote auch bereits in stationären Pflegeeinrichtungen vorgehalten. In diesem Zusammenhang wurde von den an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen insbesondere das Vorhalten eines schriftlichen Konzepts zur Hospiz- und Palliativversorgung genannt. Zudem würden die Bewohner einiger Pflegeheime in ihrer letzten Lebensphase seelsorgerisch betreut. Die durch das HPG intendierte Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase wird von etwa einem Drittel der in dieser Befragung teilnehmenden sächsischen Pflegeeinrichtungen bereits angeboten, wenngleich die nach Paragraph 132g Absatz 3 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen zu treffende Vereinbarung zu den Inhalten und Anforderungen der Versorgungsplanung bis zum Abschluss dieser Befragung erst Ende 2017 veröffentlicht wurde.¹⁸ Somit wurden Inhalte und Ausgestaltung der von den sächsischen Pflegeeinrichtungen angebotenen Versorgungsplanungen in dieser Befragung nicht erfasst.

Auch Trauerangebote für Angehörige der Verstorbenen sowie andere Bewohner werden von einem Großteil der Altenpflegeheime vorgehalten, wobei in diesem Zusammenhang insbesondere die Möglichkeit der Aufbahrung, Einzelbegleitungen und gemeinsame Gedenkfeierlichkeiten genannt wurden. Alle an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen arbeiten nach eigener Aussage mit weiteren Diensten und Einrichtungen zusammen, vor allem mit Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Im Vergleich zu den AHD, die zu beinahe 100 Prozent mit mindestens einer Altenpflegeeinrichtung kooperieren (siehe Kapitel 6.2.2.1),

¹⁸ Vereinbarung nach Paragraph 132g Absatz 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017.

ergibt die Auswertung der Zufallsstichprobe, dass unter den antwortenden Altenpflegeeinrichtungen nur bei etwa 65 Prozent eine Kooperation mit einem AHD stattfindet. Da ein Selektionseffekt in der Hinsicht zu vermuten ist, dass insbesondere Einrichtungen mit einem überdurchschnittlichen palliativen und hospizlichen Engagement an der Befragung teilnahmen, dürfte die Quote in Hinblick auf die gesamtsächsische Versorgungslage geringer ausfallen. Aufgrund dieses möglichen Selektionseffektes und der für eine schriftliche Befragung guten, für die Beurteilung der Gesamtversorgungslage jedoch geringen Rücklaufquote von 18,1 Prozent ist eine gewisse Verzerrung in den Ergebnissen möglich.

6.3 Handlungserfordernisse und -empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung

6.3.1 Versorgungsstrukturen-übergreifender Handlungsbedarf

Während die Stärkung und der Ausbau der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung bereits seit einiger Zeit fokussiert wird, begann die Politik erst in den letzten Jahren, auch die allgemeine Palliativversorgung, die von niedergelassenen Ärzten, ambulanten Pflegediensten, allgemeinen Krankenhausstationen sowie stationären Pflegeeinrichtungen geleistet wird, zu stärken. Insbesondere in diesen Bereichen besteht Handlungsbedarf, um die hospizliche und palliative Haltung in den gesamten Versorgungsprozess von schwerstkranken und sterbenden Menschen zu integrieren. In diesem Zusammenhang ist die Verpflichtung zum Vorhalten eines Konzeptes zur Hospiz- und Palliativversorgung, das beispielsweise Festlegungen zum Beratungsprozess, zur Vernetzung und zu einzubeziehenden Akteuren enthält, für alle Einrichtungen und Dienste unerlässlich, die an der Versorgung Sterbender beteiligt sind. Neben der Verpflichtung zur Veröffentlichung sollten diese Konzepte einer Qualitätssicherung unterliegen, deren Indikatoren z. B. im Rahmen eines Peer-Review-Verfahrens erarbeitet und regelmäßig angepasst werden könnten. Darüber hinaus könnten Vergütungszu- oder -abschläge (gegebenenfalls Bewilligungsvorbehalt der Träger) vorgesehen werden, wenn Einrichtungen über (k)ein solches Konzept verfügen und/oder die Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (nicht) in geeignetem Maße erfüllen.

Auch im Hinblick auf die Einrichtungen und Dienste der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung ist eine regelmäßige Qualitätssicherung angeraten, die beispielsweise über einen Ausbau des Nationalen Hospiz- und Palliativregisters¹⁹ fokussiert werden könnte. Dieses ermöglicht einen Vergleich der patientenbezogenen Daten einer Versorgungseinrichtung mit den aggregierten Daten anderer teilnehmender Einrichtungen derselben Versorgungsstufe (DGP 2017a) und damit der Identifikation von einrichtungsbezogenen Handlungsbedarfen. Da die Teilnahme einer Einrichtung an diesem Benchmark an das Einverständnis ihrer Patienten geknüpft ist und der Vergleich aufgrund unterschiedlicher Patientenstrukturen und der Möglichkeit von subjektiven Angaben nicht verzerrungsfrei ist, muss der Vergleich jedoch eher als Tendenz für eine einrichtungsinterne Evaluierung angesehen werden (Berger 2017).

Für die spezialisierte Versorgung fehlen darüber hinaus konsentierende Kriterien (beispielsweise hinsichtlich Erkrankung und Symptomgeschehen), die definieren, in welche Strukturen Patienten unter welchen Voraussetzungen und zu welchem Zeitpunkt gesteuert werden müssen. Auch Verantwortlichkeiten sind an dieser Stelle nicht klar definiert. Dies gilt in besonderem

¹⁹ <https://www.hospiz-palliativ-register.de/>

Maße für nicht onkologisch erkrankte Patienten, einerseits zur Sicherstellung deren bedarfsgerechter Versorgung sowie andererseits zur Vermeidung des Vorhaltens unnötiger Doppelstrukturen.

Die durchgeführte Bedarfsanalyse zur Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen basiert auf aktuellen Empfehlungen der nationalen und internationalen Fachgesellschaften zu Versorgungsangeboten, die für eine bedarfsgerechte Hospiz- und Palliativversorgung notwendig sind. Um die Empfehlungen stärker an regionalen Gegebenheiten auszurichten, sind drei Konkretisierungen empfehlenswert. Zum einen fokussieren die Richtwerte ausschließlich auf die durch eine Versorgungseinrichtung zu versorgende Bevölkerung, wobei keine Unterscheidung zwischen Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen getroffen wird. Für diese Gruppen kann jedoch von unterschiedlichen Versorgungsbedarfen ausgegangen werden – so werden Kinder und Jugendliche z. B. relativ häufiger im ambulanten Bereich versorgt. Zudem sind die Richtwerte auf die Bevölkerungsanzahl bezogen, was verzerrend wirkt, falls eine Region – wie der Freistaat Sachsen – über überdurchschnittlich hohe Mortalitätsraten verfügt. Darüber hinaus existiert lediglich eine Empfehlung für eine bedarfsgerechte stationäre Hospiz- und Palliativversorgung, wobei nicht zwischen benötigten Palliativ- und Hospizbetten unterschieden wird. Zudem sollte überprüft werden, ob die europäischen Empfehlungen den Präferenzen der deutschen Bevölkerung hinsichtlich einer qualitativ hochwertigen Palliativ- und Hospizversorgung und insbesondere präferierter Sterbeorte entsprechen. Andernfalls sollten von den nationalen Verbänden auf Basis einer Präferenzanalyse modifizierte Empfehlungen herausgegeben werden.

Zur Gewährleistung einer Analyse, die den Bedarf der Bevölkerung möglichst adäquat abbildet, sollten die Empfehlungen der nationalen und internationalen Fachgesellschaften daher

- mortalitätsadjustiert werden,
- den Bedarf für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche getrennt angeben,
- den Bedarf für stationäre Hospiz- und Palliativbetten getrennt angeben,
- regelmäßig entsprechend den Präferenzen der Bevölkerung aktualisiert werden.

Hinsichtlich des palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsangebots besteht zwischen den Bundesländern eine stark heterogene Datenqualität, die einen länderübergreifenden Vergleich und damit eine länderspezifische Bewertung erschwert. Auch der Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung als bundesländerübergreifende Adress- und Strukturdatenbank ermöglicht keinen validen Ländervergleich, da Einrichtungen sich selbst in die Datenbank eintragen. Vor diesem Hintergrund sollte die Politik darauf hinwirken, dass eine konsistente und stets aktuelle (amtliche) Datenbasis geschaffen wird, damit Transparenz bezüglich des Ausbaustandes der Hospiz- und Palliativversorgung in allen Bundesländern, gegebenenfalls sogar in allen Landkreisen, herrscht. Eine Möglichkeit wäre beispielsweise die Schaffung von Berichtspflichten der Kostenträger oder der Institutionen, denen Kosten erstattet beziehungsweise Zuschüsse gewährt werden. Die Landespolitik kann ihren Teil dazu beitragen, indem die Zahl der Betten auf Palliativstationen in den Krankenhausplänen explizit benannt wird.

Wenngleich spezialisierte Leistungserbringer der Hospiz- und Palliativversorgung – mitunter aufgrund des individuellen Engagements einzelner Leistungserbringer – untereinander bereits gut vernetzt sind und eng zusammenarbeiten, sollte insbesondere die Vernetzung mit den Anbietern der Breitenversorgung des Freistaates und der Landkreise beziehungsweise kreisfreien Städte weiterhin fokussiert und unterstützt werden, damit Betroffene und deren Angehörige gezielt die benötigte Hilfe in der bedarfsgerechten Versorgungsform erhalten. Dafür sollten die in einigen Regionen bereits stattfindenden Netzwerktreffen mit Unterstützung des SMS und LVHP auf alle Landkreise und kreisfreien Städte ausgeweitet werden und zwingend auch Leistungserbringer der allgemeinen Palliativversorgung einbeziehen, vornehmlich um

diese über die Arbeit der spezialisierten Anbieter zu informieren und somit das in einigen Bereichen vorhandene Konkurrenzdenken abzubauen. In diesem Zusammenhang bietet die Förderung der Pflegekoordinatoren in den Landkreisen und kreisfreien Städten durch den Freistaat Sachsen eine Chance zur Ausweitung und zur Verstetigung dieser Netzwerktreffen, da die Aufgaben der Pflegekoordinatoren in der Weiterentwicklung der vernetzten Pflegeberatung und der regionalen Pflegenetzwerke liegen, wobei im Rahmen der Pflegenetzwerke unter anderem die Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen einen zentralen Themenschwerpunkt darstellen sollen.

Seit Inkrafttreten des HPG haben gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf Beratung zur Hospiz- und Palliativversorgung durch die Krankenkassen, die im Rahmen der Pflegeberatung geleistet wird. Damit können Bedürftige und deren Angehörige zielgerecht erreicht und über die verschiedenen Versorgungsangebote informiert werden. Die Pflegeberater sollten dabei insbesondere Versorgungsstrukturen benennen, die über transparente und qualitätsgesicherte Konzepte (siehe oben) verfügen. Die Steuerung und Koordination der Leistungen sollte jedoch durch unabhängige, regional tätige Hospiz- und Palliativbeauftragte geleistet werden, die nach dem ersten Zugriff und Information durch die Pflegeberater als Ansprechpartner und Koordinatoren für Betroffene und deren Angehörige fungieren und neben dieser Funktion auch die Vernetzung zwischen den Leistungserbringern unterstützen, die Öffentlichkeitsarbeit übernehmen sowie der Kommunal- und Landespolitik in regelmäßigen Abständen über den Stand der Hospiz- und Palliativversorgung (Angebot, Vernetzungsgrad, Patientenzahlen et cetera) in der Region berichten. Da in jedem Landkreis beziehungsweise jeder kreisfreien Stadt in Sachsen mindestens ein ambulanter Hospizdienst tätig ist, könnte für jeden Landkreis ein Hospiz- und Palliativbeauftragter an einem ambulanten Hospizdienst angegliedert werden, der dafür – z. B. aus der Landesförderung – eine zusätzliche Vergütung erhält, die gegebenenfalls an Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität (beispielsweise Beauftragter mit Nachweis entsprechender Ausbildung, dokumentiertes Beratungsgespräch unter Einbezug Angehöriger) geknüpft ist.

Die Palliative-Care-Weiterbildung mit einem Kursumfang von 160 Stunden stellt in den spezialisierten Versorgungsformen die Voraussetzung für die Abrechnung mit den Krankenkassen dar: Während die im Rahmen der SAPV tätigen Pflegekräfte in Palliative Care weitergebildet sein müssen (GKV-Spitzenverband et al. 2012, Nr. 5.3), sind die Mindestanforderungen in stationären Hospizen und auf Palliativstationen deutlich geringer, da im Hospiz nur die stellvertretende Leitung sowie die Pflegedienstleitung (GKV-Spitzenverband et al. 2017c, Paragraph 5) und auf Palliativstationen nur die pflegerische Leitung (InEK 2017) über eine entsprechende Weiterbildung verfügen müssen. Für diese Einrichtungen sollte überprüft werden, ob im Sinne einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten Versorgung die personellen Mindestanforderungen nicht erhöht werden sollten. Auch für die Finanzierung der Leistungen ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen muss der Koordinator des Dienstes eine Palliative-Care-Weiterbildung mit einem Kursumfang von 160 Stunden nachweisen, wobei die Krankenkassen bei Zulassung lediglich den Umfang und nicht die Kursqualität überprüfen. Da sich die Qualität der Weiterbildungsangebote zwischen den Anbietern mitunter stark unterscheidet (siehe Kapitel 6.2.1.2), sollten lediglich qualitätsgesicherte Weiterbildungskurse (z. B. zertifizierte Kurse) von den Krankenkassen als Voraussetzung für die GKV-Finanzierung zugelassen werden. Da in den Palliative-Care-Weiterbildungen die für die durch das HPG geforderte Vernetzung notwendige Kommunikationskompetenz offensichtlich mitunter einen noch zu geringen Stellenwert einnimmt, sollten Weiterbildungsträger die Notwendigkeit zur Anpassung in diesem Bereich überprüfen. Neben der Palliative-Care-Weiterbildung, die für die Abrechnung nach Paragraph 39a Absatz 2 SGB V anerkannt wird, sieht die Sächsische Weiterbildungsverordnung Gesundheitsfachberufe auch eine deutlich umfangreichere Weiterbildung in Palliativ- und Hos-

pizpflege mit einem Kursumfang von 1.040 Stunden vor (Paragraf 67 Weiterbildungsverordnung Gesundheitsfachberufe), die aufgrund geringer Nachfrage aktuell nicht angeboten wird (siehe Kapitel 6.2.1.2). Vor diesem Hintergrund wird empfohlen: Erstens, den landesspezifischen Bedarf zu ermitteln und diese Weiterbildung zu bewerben, gegebenenfalls auch über die Grenzen des Freistaat Sachsen hinaus, zweitens, die vorgesehenen Module aus den Anlagen 1 und 17 zu Paragraf 67 der Weiterbildungsverordnung Gesundheitsfachberufe auf ihre im Hinblick auf den Bedarf der Pflegekräfte und der zu versorgenden Patienten praktische Relevanz mit Vertretern der Berufsgruppe zu überprüfen und gegebenenfalls zu modifizieren. Insofern diese oder eine modifizierte Weiterbildung zukünftig wieder angeboten wird, sollte öffentlichkeitswirksam darüber informiert werden, dass Pflegekräfte grundsätzlich auch einzelne Module der Weiterbildung absolvieren können und für deren erfolgreichen Abschluss Leistungspunkte nach dem European Credit Transfer System erhalten. Können diese Leistungspunkte auf ein pflegewissenschaftliches Hochschulstudium angerechnet werden oder als Voraussetzung für ein konsekutives Hochschulstudium gelten, bietet sich die Möglichkeit, die Palliative-Care-Weiterbildung bedarfsgerecht um spezifische Weiterbildungen zu ergänzen, die neben der Verbesserung der Patientenversorgung auch eine zusätzliche Motivation der Mitarbeiter und damit eine Möglichkeit zur langfristigen Bindung der Fachkräfte darstellen kann.

Nicht zuletzt sollte die Politik darauf hinwirken, dass auch die palliative Kompetenz der in der allgemeinen Palliativversorgung tätigen Leistungserbringer ausgebaut wird, da im Status quo spezialisierte Leistungserbringer wie SAPV-Teams und AHD mitunter zu früh oder zu spät in den Versorgungsprozess eingebunden werden. Zwar gehen die seit 2017 neu geschaffenen EBM-Ziffern, die für abrechnende Vertragsärzte in der Regel eine Weiterbildung Palliativmedizin und regelmäßige fachspezifische Fortbildungen vorsehen, in die richtige Richtung, sollten aber um entsprechende Regelungen für Einrichtungen der allgemeinen stationären Palliativversorgung wie Krankenhäuser und stationäre Pflegeheime ergänzt werden. Diese könnten z. B. für stationäre Einrichtungen und Pflegedienste, die eine Mindestanzahl an Sterbenden versorgen, das Vorhalten mindestens einer in Palliative Care weitergebildeten Fachkraft vorsehen, die als Multiplikator die palliative Haltung und Kompetenzen an Kollegen vermittelt. Für eine praktische Umsetzung müssen entsprechende Anreize, beispielsweise in Hinblick auf die Abrechenbarkeit von Versorgungsleistungen, diskutiert werden. Darüber hinaus sollten die Grundlagen der Hospiz- und Palliativversorgung bereits in der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger vermittelt werden und dafür in den Lehrplan aufgenommen werden.

6.3.2 Zur Hospizversorgung von Erwachsenen

Ambulante Hospizversorgung

In Bezug auf ambulante Hospizdienste ist der Freistaat Sachsen im Status quo weitestgehend ausreichend versorgt: So kam die Bedarfsanalyse zu dem Ergebnis, dass in der überwiegenden Zahl der Landkreise ausreichend Ehrenamtliche vorhanden sind, die Sterbebegleitungen leisten (siehe Kapitel 5.1.1). Lediglich die kreisfreie Stadt Leipzig und – legt man die Empfehlung zu Grunde, wonach ein AHD mit 12 Ehrenamtlichen 40.000 Einwohner versorgen kann – auch der Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge verfügen aktuell über eine zu geringe Anzahl an ehrenamtlichen Hospizhelfern, um den Bedarf für Sterbebegleitungen vollständig zu decken. Vor diesem Hintergrund ist zur Gewinnung neuer Ehrenamtlicher insbesondere in diesen Regionen die Öffentlichkeitsarbeit der Hospizdienste, unterstützt durch die Landespolitik und den Landesverband Hospizarbeit und Palliativmedizin e.V., essentiell, wobei diese hauptverantwortlich durch die regionalen Hospiz- und Palliativbeauftragten geleistet werden könnte. Mittelfristig ist die Gewinnung neuer Ehrenamtlicher auch in den anderen Landkreisen

und kreisfreien Städten intendiert. So sollten die aktuell hohen Zahlen an Ehrenamtlichen nicht darüber hinwegtäuschen, dass die mittlere Beschäftigungszeit von Hospizhelfern zuletzt sank und die Sicherung des ehrenamtlichen Engagements zur Gewährleistung eines auch zukünftigen, qualitativ hochwertigen Versorgungsangebots die stetige Gewinnung neuer sowie die Erhaltung aktuell tätiger Ehrenamtlicher erfordert. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund des Ausbaus der sächsischen Hospizversorgung und deren gegebenenfalls durch eine steigende Bekanntheit zunehmende Popularität.

Regional betrachtet besteht die Notwendigkeit der Gewinnung neuer Ehrenamtlicher neben der kreisfreien Stadt Leipzig im Besonderen auch in der kreisfreien Stadt Dresden, da in den beiden Großstädten aufgrund der hohen Zuzugsraten ein kontinuierlicher Anstieg des Bedarfs bis in das Jahr 2050 zu erwarten ist (siehe Kapitel 5.2.3). Durch den LVHP, die DGP sowie die Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland werden aktuell Konzepte zur Gewinnung von Ehrenamtlichen erarbeitet, die hier aufgegriffen werden sollten. Die Notwendigkeit zur Gewinnung neuer Ehrenamtlicher ergibt sich im Besonderen auch vor dem Hintergrund einer Tätigkeitsausweitung von ambulanten Hospizdiensten hin zu vermehrter Trauerbegleitung.

Dabei sollte sich die Ansprache zur Gewinnung neuer Ehrenamtlicher an der Zielgruppe orientieren, wobei grundsätzlich alle Altersgruppen als potentielle Ehrenamtliche angesprochen werden sollten: Jugendliche und junge Erwachsene als zukünftige Zielgruppen, Erwachsene im erwerbsfähigen Alter als Zielgruppe mit potentiell langfristigem Engagement und Senioren als Zielgruppe mit der womöglich höchsten Erfolgsrate in der Ansprache. Nachfolgende Übersicht stellt nach den verschiedenen Zielgruppen mögliche Zugangswege dar (Freie Wohlfahrtspflege Landesarbeitsgemeinschaft Bayern 2014).

- Jugendliche und junge Erwachsene: Erreichbarkeit über persönliche Ansprache und Infoveranstaltungen in Schulen („Hospiz macht Schule“), Schülerpraktika, Universitäten, soziale Medien
- Erwachsene im erwerbsfähigen Alter: Erreichbarkeit über Infoveranstaltungen und persönliche Ansprache in Kirchen, Sportvereinen, Kindertagesstätten, Flyer/Briefkastenwürfe, Presseberichte in Zeitungen/Gemeindeblättern
- Senioren: Erreichbarkeit über Flyer/Briefkastenwürfe, Infoveranstaltungen in Kirchen, Vereinen, Seniorengruppen, Mehrgenerationenhäusern, gegebenenfalls Ansprache durch Ärzte/Apotheker

Neben der Ansprache von Menschen, denen die Hospizarbeit noch unbekannt ist, erfordert die Gewinnung neuer Ehrenamtlicher auch den niedrigschwelligen Zugang zu Informationen für Interessierte, beispielsweise über Zeitspende-Agenturen oder die Engagementbörse des SMS²⁰, deren Erreichbarkeit den Interessierten im Rahmen der oben genannten Ansprachemöglichkeiten mitgeteilt werden können. Diese Maßnahmen können gleichzeitig dazu dienen, den Gedanken des Ehrenamtes stärker in die Bevölkerung zu tragen und eine Wertschätzung ehrenamtlich geleisteter Arbeit zu fördern, deren grundlegendste Voraussetzung ein gewisses Maß an Bekanntheit ist.

Darüber hinaus ist die langfristige Bindung Ehrenamtlicher durch geeignete Unterstützungsmaßnahmen von besonderer Bedeutung. Die Entwicklungen des zunehmenden Bedarfs bei gleichzeitig kürzerem Engagement und damit verbundene Herausforderungen werden auch auf europäischer Ebene von Untersuchungen der *EAPC Task Force on Volunteering in Hos-*

²⁰ <https://www.ehrenamt.sachsen.de/engagementboerse/>

pice and Palliative Care in Europe bestätigt und flossen in die Entwicklung eines Positionspapieres zum Ehrenamt in der Hospiz- und Palliativversorgung ein (Goossensen et al. 2016; Pelttari 2018). Auch die Entwicklung einer „europäischen Charta zum Ehrenamt in Hospiz und Palliativ Care“ wurde umgesetzt (Pelttari 2018). Deren Kernpunkte sollten auch für die Entwicklung sächsischer Strukturen als Anhaltspunkte dienen:

- Den Ehrenamtlichen eine anerkannte und klar definierte Rolle zuweisen, ihre Ansichten und Meinungen in Entscheidungsprozessen berücksichtigen und sie dazu befähigen und ermutigen, sich in verschiedenen Bereichen (neben Begleitung auch Organisation, Fundraising, Verwaltung) einzubringen.
- Die ehrenamtliche Begleitung im Allgemeinen fördern, indem sie als Kernaufgabe anerkannt wird und Patienten / Angehörige ermutigt werden, diese anzunehmen.
- Durch klare Rollendefinitionen, ein sorgsames Auswahlverfahren und Weiterbildung ein effektives Management des Ehrenamts sichern.
- Das Ehrenamt auf Organisations-, regionaler und nationaler Ebene durch ausreichende finanzielle Unterstützung, wissenschaftliche Begleitung, transparente Daten sowie politische Einflussnahme unterstützen.

Grundsätzlich sollten Maßnahmen in diesem Bereich einer detaillierten Analyse der Bedürfnisse und Präferenzen der ehrenamtlich tätigen Menschen folgen. Denkbar wären in diesem Zusammenhang z. B. regelmäßig verfügbare Austauschforen für als Hospizhelfer tätige Ehrenamtliche, der Ausbau von Supervisionsangeboten, aber auch eine Ausweitung bestehender Würdigungskonzepte, wie dem Ehrenamtspass der Bürgerstiftung Dresden (Bürgerstiftung Dresden o. J.), der Vergünstigungen z. B. in Kultureinrichtungen und Restaurants umfasst, oder gegebenenfalls der Aufwandspauschale, insofern diese nicht auskömmlich ist. Ferner sollten im Freistaat tätige Hospizdienste identifiziert werden, die erfolgreiche Maßnahmen zur Erhaltung von Ehrenamtlichen implementiert haben, um im Rahmen von Netzwerktreffen einen Austausch zu diesen Maßnahmen anzustreben. Zwingend sichergestellt werden sollte jedoch der Erhalt des Ehrenamtscharakters und die Vermeidung des Einbezugs von Ehrenamtlichen in originär hauptamtliche Tätigkeiten.

Im Status quo weisen die ambulanten Hospizdienste den Befragungen zufolge keine Wartezeit für Neuaufnahmen auf (siehe Kapitel 6.2.2) und auch die Infrastrukturbewertung, die bis auf die Region um Hoyerswerda gute Erreichbarkeiten für die ambulanten Hospizdienste zeigt (siehe Kapitel 4.3), deutet auf eine ausreichende Kapazität in Bezug auf die Anzahl und die regionale Verteilung der Hospizdienste hin. Diesbezüglich bestätigen auch die geführten Experteninterviews keinen notwendigen Ausbaubedarf (siehe Kapitel 6.2.1.1). Für die Region um Hoyerswerda sollte der Bedarf mit Blick auf die regionalen Besonderheiten analysiert sowie gegebenenfalls geeignete Maßnahmen zur Deckung des Bedarfs initiiert werden (z. B. Kooperation mit brandenburgischen AHD oder Zulassung von Neugründungen).

Die zwischen den Landkreisen mitunter streuenden Anteile von Gestorbenen mit ambulanter Hospizbetreuung können – bei jeweils ausreichender Kapazität – darauf hinweisen, dass die ambulante Hospizarbeit nicht in allen Landkreisen gleichermaßen in der allgemeinen Bevölkerung bekannt ist. Vor diesem Hintergrund war der durch das HPG geschaffene Anspruch auf Beratung zur Hospiz- und Palliativversorgung durch die Krankenkassen ein erster wichtiger Schritt, der um geeignete Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit ergänzt werden sollte. Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit sollte auch zunehmend bei den Leistungsanbietern der allgemeinen Palliativversorgung (niedergelassene Ärzte, Pflegeheime, Krankenhäuser) stattfinden, da ambulante Hospizdienste mitunter noch deutlich zu spät in den Versorgungsprozess eingebunden werden würden (siehe Kapitel 6.2.1.1). Diese könnte durch die regionalen, bei den ambulanten Hospizdiensten angesiedelten Palliativ- und Hospizbeauftragten geleistet werden.

Neben den Sterbebegleitungen leisten ambulante Hospizdienste wichtige Arbeit in der Unterstützung der Angehörigen von Verstorbenen, indem sie vielfältige Formen der Trauerbegleitung anbieten. Sie leisten damit zentrale Aufgaben bei der Stabilisierung und Orientierung von Menschen, die einen nahestehenden Menschen verloren haben, die es auch vor dem Hintergrund des gesundheitsökonomischen Potentials niedrigschwelliger Angebote dringend zu erhalten gilt. Da die Trauerbewältigung eine vielschichtige und interdisziplinäre Aufgabe darstellt, ist anhand von regionalen Analysen ferner zu evaluieren, ob in bestimmten Regionen oder für bestimmte Personengruppen (z. B. für Jugendliche und junge Erwachsene sowie verwaiste Großeltern) ein Ausbau der Trauerangebote intendiert ist.

Wenngleich der primäre Fokus der Hospizdienste auf der Begleitung von Sterbenden liegen sollte, leisten ambulante Hospizdienste mit der Trauerbegleitung weitere Aufgaben, denen auch ein entsprechender Bedarf gegenübersteht. Insbesondere für Angehörige von durch AHD sterbebegleiteten Angehörigen können die ambulanten Hospizdienste somit eine geeignete Anlaufstelle bieten, wenn diese während der Sterbebegleitung bereits Vertrauen zu den Koordinatoren und Ehrenamtlichen der Hospizdienste aufgebaut haben. Sonstige Angebote für Trauernde, wie z. B. telefonische Seelsorge oder Beratungsstellen als Anlaufpunkte, werden auch unabhängig vom Betrieb eines ambulanten Hospizdienstes von einigen Trägern der freien Wohlfahrtspflege angeboten. Insgesamt weist die Informationslage zu Angeboten und Ansprechpartnern jenseits der ambulanten Hospizdienste jedoch darauf hin, dass der Zugang für Betroffene, insbesondere in einer schwierigen persönlichen Situation, erschwert sein kann. Ambulante Hospizdienste können aufgrund ihrer regionalen Verankerung und Bekanntheit Anlaufstelle für Trauernde und Multiplikatoren für die Öffentlichkeitsarbeit in diesem Bereich sein.

Dem entgegen steht, dass die Finanzierung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen aktuell explizit nur durch die Anzahl der Ehrenamtlichen und die Anzahl der abgeschlossenen Sterbebegleitungen eines Dienstes bestimmt wird, sodass für Trauerangebote – insbesondere für Angehörige von Verstorbenen, die durch den AHD nicht sterbebegleitet wurden – mitunter eine Querfinanzierung stattfinden muss. Zur Sicherstellung der Trauerarbeit müssen Konzepte erarbeitet werden, wonach auch durch AHD angebotene Trauerbegleitungen eigens vergütet werden. In diesem Zusammenhang muss das zu entwickelnde Vergütungssystem jedoch gewährleisten, dass ambulante Hospizdienste sich künftig nicht in einem solchen Maße der Trauerbegleitung widmen, dass die Begleitung von Sterbenden nicht mehr bedarfsgerecht gewährleistet wird.

Im Bereich der Trauerarbeit ist zudem aus ordnungspolitischer Sicht zu diskutieren, welche Institution als Kostenträger die Finanzierung der Trauerangebote gewährleisten sollte. Maßnahmen der Trauerbegleitung und Beratung liegen im Bereich der Sozialfürsorge und stellen damit gesamtgesellschaftliche Aufgaben dar, bei denen entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip Dienste und Träger in freigemeinnütziger Trägerschaft einen Vorrang bei der Aufgabenerfüllung haben. Soweit die gesetzliche Krankenversicherung dabei im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben eine allgemeine Trauerbegleitung querfinanziert, ist dies als Beitrag zur Gesundheitserhaltung Trauernder als präventive Maßnahme durchaus möglich. Die gesetzliche Krankenversicherung erhält zur Abgeltung solcher gesamtgesellschaftlichen Aufgaben einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln. Sollte diese Querfinanzierung im Zeitverlauf ein erhebliches Volumen ausmachen, ist über eine Erhöhung dieses Zuschusses nachzudenken. Daneben stellt neben dem ehrenamtlichen Engagement auch die Landesförderung, deren Spektrum potentieller Förderungsgegenstände (FRL Hospiz Ziffer II Nr. 1) die Beratung und Begleitung trauernder Angehöriger und Gestaltung sowie Vermittlung von Trauerangeboten und anderen Unterstützungsangeboten sowie Maßnahmen der Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit abdeckt, eine Finanzierungsquelle dar, um die Sicherstellung und den öffentlichkeitswirksamen Ausbau der Trauerbegleitungen durch die ambulanten Hospizdienste zu gewährleisten. Da im Rahmen

dieser Tätigkeiten insbesondere Personalaufwendungen relevant sind, könnte auch eine Förderung der Personalkosten über eine Anschubfinanzierung (aktuell begrenzt auf einen Zeitraum von 12 Monaten) hinaus geprüft werden.

Das Inkrafttreten des HPG und die damit verbundene Sachkostenfinanzierung durch die Krankenkassen erhöhte die an die AHD gezahlte Krankenkassenförderung und bewirkte, dass in Sachsen nun eine geringere Anzahl der ambulanten Hospizdienste die Landesförderung in Anspruch nimmt. Vor diesem Hintergrund sollte überprüft werden, ob die Förderung gezielt ambulante Hospizdienste in ländlich geprägten Regionen unterstützen kann, falls in diesen Regionen die Vergütung durch die Krankenkassen aufgrund geringer Fallzahlen an Sterbebegleitungen und weniger Ehrenamtlichen eine wirtschaftlich auskömmliche Situation nicht erlaubt und eine bedarfsgerechte Versorgung von Sterbenden in diesen Regionen aufgrund von regionalen Besonderheiten (z. B. längere Anfahrtswege in Gebirgsregionen) auch nicht durch Mitversorgungen durch andere AHD ermöglicht werden kann.

Stationäre Hospizversorgung

Gemäß der Analyse des mortalitätsadjustierten Bedarfs ist der Freistaat Sachsen aktuell mit stationären Hospizbetten nicht ausreichend versorgt, wobei bereits unter der Prämisse eines Bedarfs von 32 Betten je 1 Million Einwohner und einer Bedarfsanalyse auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte der Erzgebirgskreis, der Landkreis Zwickau, die kreisfreie Stadt Dresden, die Landkreise Bautzen, Sächsische Schweiz/Osterzgebirge, Leipzig und Nordsachsen einen Mehrbedarf aufweisen (siehe Kapitel 5.1.2). Unter Berücksichtigung der Empfehlung von 40 Betten je 1 Million Einwohner vergrößert sich die Versorgungslücke in diesen Landkreisen. Da in der Vergangenheit Erreichbarkeiten bei der Errichtung neuer Hospize nicht ausreichend berücksichtigt wurden, zeigt auch die Infrastrukturbewertung, dass der Freistaat Sachsen im Hinblick auf die Erreichbarkeit (erfasst in Minuten Fahrzeit mit dem Pkw) stationärer Hospize nicht optimal versorgt ist (siehe Karte 3).

Die aktuell im Landkreis Nordsachsen bestehende Versorgungslücke wird durch das zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Studie im Bau befindliche Hospiz in Torgau gedeckt. Darüber hinaus wird die bei Berücksichtigung der Empfehlung von 40 Betten je 1 Million Einwohner aktuell bestehende Versorgungslücke durch die Inbetriebnahme der aktuell in Planung befindlichen Hospize (Bischofswerda, Dresden, Niesky) auf Landesebene vollständig gedeckt. Auch vor dem Hintergrund der Erreichbarkeiten (siehe Karte 5) sowie der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Weiterversorgung von auf Palliativstationen stabilisierten Patienten sollte die Errichtung dieser drei geplanten Hospize fokussiert werden. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass ein weiterer Kapazitätsausbau stationärer Hospize die Knappheit insbesondere der in Palliative Care weitergebildeten Pflegefachkräfte weiter verstärkt und damit auch Auswirkungen auf die palliative Versorgung in Pflegeheimen haben kann, da eine Tätigkeit in stationären Hospizen mitunter als attraktiver wahrgenommen wird. Hier ist vor allem die Bundespolitik angehalten, den dringend benötigten Ausbau von Pflegekräften weiter voranzutreiben.

Darüber hinaus sollte die künftige Standortplanung stärker an regionalen Gegebenheiten und (prognostizierten) Bedarfen und unter Berücksichtigung bestehender Versorgungsstrukturen ausgerichtet werden. Da ein bedarfsgerechter Ausbau von Versorgungsangeboten zudem stets auch an Fragen der Finanzierung und entsprechender Anreize gebunden ist, sind auch die bisherigen Finanzierungs- und Fördermaßnahmen vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung zu diskutieren.

Bis zum Zeitpunkt der gesetzlichen Anpassung erhielten stationäre Hospize zwar einen Zuschuss von den gesetzlichen Krankenkassen, dieser umfasste jedoch keine Investitionskosten. Eine rein auf Eigenmitteln, Spenden oder Fremdkapital basierte Errichtung stationärer Hospize war für viele Träger schwierig, sodass noch vor wenigen Jahren ein erheblicher Ausbaubedarf existierte²¹. Dem Aufbau bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen in diesem Bereich gilt auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Sachsen – insbesondere in Hinblick auf die fortschreitende Überalterung und die Auflösung traditioneller Familienstrukturen – ein besonderes öffentliches Interesse. Die Landesförderung zum Neu-, Um- und Ausbau und zur Sanierung von stationären Hospizen (FRL Hospiz 2007, siehe Kapitel 3.1) bildete ein geeignetes und erfolgreiches Instrument, um die notwendige Weiterentwicklung der Strukturen bis zum heutigen Stand zu gewährleisten. Darüber hinaus kann eine investive öffentliche Förderung auch ordnungspolitisch und ökonomisch begründet sein. Während die Leistungen stationärer Hospize ihren Bewohnern und gegebenenfalls deren Angehörigen zugutekommen, stellt die Vorhaltefunktion eines Hospizes ein Optionsgut dar, welches allen zugutekommt und daher – analog zur dualen Finanzierung im akutstationären Bereich – von der Gesellschaft, respektive den öffentlichen Haushalten, finanziert werden sollte.

Die duale Krankenhausfinanzierung ist indes nicht unumstritten, da im Falle von auf politischen Entscheidungen basierenden, aufgebauten Überkapazitäten Krankenkassen als spätere Kostenträger nur bedingt Möglichkeiten zur wirksamen Einflussnahme haben. Diese Situation gilt in der aktuellen Ausgestaltung der Finanzierungs- und Förderstruktur für stationäre Hospize in Sachsen gleichermaßen, wenn auch die aktuelle Rahmenvereinbarung vorsieht, dass Krankenkassen frühzeitig in Planungsprozesse bei Neugründungen einbezogen werden sollen (GKV-Spitzenverband et al. 2017c).

In eine Diskussion um die Rechtfertigung einer öffentlichen Finanzierung sollte aus ökonomischer Sicht zudem die Relevanz der Investitionskosten für ein entsprechendes Versorgungsangebot (beispielsweise gemessen über den Anteil an den Gesamtkosten) einbezogen werden. Im Vergleich zur Krankenhausfinanzierung ist z. B. eine öffentliche Investitionsförderung auch in anderen Versorgungsbereichen möglich. So können die (betriebsnotwendigen) Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen nach Paragraph 9 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) auch von den Ländern gefördert werden, was jedoch im Vergleich zur Krankenhausfinanzierung keine flächendeckende Praxis ist (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2018). In dieser Betrachtung ist auch die Auslastung verschiedener Versorgungsangebote ein relevanter Faktor: Je weniger diese streut, umso geringer ist die Relevanz von Investitionskosten für den Vergleich der Kosten verschiedener Einrichtungen.

Daneben ist auch die zwischenzeitliche Entwicklung in Hinblick auf die Finanzierung stationärer Hospize zu beachten. Deren Stärkung wurde vom Gesetzgeber mit dem HPG intendiert und auch erreicht. Auch die aktuelle Rahmenvereinbarung eröffnet hier einen Verhandlungsspielraum: So ist die Abdeckung aller in Paragraph 7 Absatz 1 (sachlich-räumliche Ausstattung) genannten Leistungen des stationären Hospizes bei leistungsfähiger und wirtschaftlicher Betriebsführung vorgesehen, einschließlich der Aufwendungen für die Betriebsverwaltung und die Investitionskosten, die nicht durch eine öffentliche Förderung gedeckt sind. Zu den förderfähigen Investitionskosten gehören Abschreibungen für Gebäude, Abschreibungen für Anlagegüter/Inventar, geringwertige Wirtschaftsgüter, Instandhaltung/Instandsetzung, Fremdkapitalverzinsung sowie Miete/Leasing/Pacht oder Erbbauzins (GKV-Spitzenverband et al. 2017c). Insgesamt wurden zudem für die Bedarfssatzkalkulation im Vergleich zu anderen Einrichtun-

²¹ So existierten noch im Jahr 2007 in Sachsen lediglich 4 Hospize.

gen Vorteile, beispielsweise in Hinblick auf die den Orientierungswerten zur Kalkulation zugrunde gelegte notwendige Auslastung, geschaffen, die die Finanzierungssicherheit für die Betreiber gestärkt haben.

Die Studie empfiehlt daher, die investive Landesförderung vor dem Hintergrund dieser Argumente zu diskutieren. Es empfiehlt sich, sie zumindest solange beizubehalten, bis eine bedarfsgerechte Versorgung in allen Regionen Sachsens erreicht ist, mit ihr dabei aber eine stärkere Steuerungsfunktion zu verknüpfen. Die Definition einer bedarfsgerechten Versorgung bezieht sich dabei auf die Empfehlung der je 1 Million Einwohner benötigten Betten (siehe Kapitel 3.5) sowie auf eine Mindesterreichbarkeitsschwelle (z. B. innerhalb von 45 Minuten MIV oder 60 Minuten ÖPNV). Wenngleich die Krankenkassen durch den in diesem Bereich bestehenden Kontrahierungszwang die Finanzierung von in die Vorgaben der Rahmenvereinbarung erfüllenden stationären Hospizen versorgten GKV-Versicherten übernehmen müssen, kann eine Steuerung einer bedarfsgerechten regionalen Versorgung im Raum durch die Landesförderung unterstützt werden. Vor diesem Hintergrund sollte die Bewilligung der Landesförderung zur Vermeidung von Überversorgung ausschließlich für geplante Vorhaben in noch unterversorgten Gebieten erfolgen. Wenngleich durch die Inbetriebnahme aktuell geplanter und in Bau befindlicher Einrichtungen kapazitätsmäßig eine Bedarfsdeckung erreicht wird (siehe Kapitel 5.1.2), sollte in regelmäßigen Abständen eine Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit – unter Berücksichtigung aktueller medizinischer, demografischer und gegebenenfalls epidemiologischer Entwicklungen – und der zugrundeliegenden Annahmen und Richtwerte (Bevölkerungspotential, Erreichbarkeiten, Wartezeiten) erfolgen. Nicht zuletzt sollte eine Bedarfsplanung nicht nur Grundlage der Kapazitäts- sondern auch der Standortplanung sein und somit:

- (i) unter Berücksichtigung von Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten auf Ebene der Regionen (der kreisfreien Städte Chemnitz, Dresden, Leipzig inklusive deren umliegenden Landkreisen) den aktuellen und zukünftigen Bedarf berücksichtigen,
- (ii) Erreichbarkeiten berücksichtigen, indem sie eine maximale Entfernung²² zum Wohnort zu Grunde legt,
- (iii) Kapazitäten von Palliativstationen einbeziehen, um einen optimalen, bedarfsgerechten Versorgungsprozess zwischen den verschiedenen Settings der Hospiz- und Palliativversorgung zu gewährleisten.

6.3.3 Zur Palliativversorgung von Erwachsenen

Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Im Jahr 2015 wurde bei etwa 28 Prozent der im Freistaat Sachsen verstorbenen Menschen eine palliativmedizinische Ersterhebung durch einen Hausarzt abgerechnet. Nach Schätzungen der DGP benötigen jedoch bis zu 90 Prozent der Versterbenden palliative Versorgung (Melching 2015, S. 8), sodass die Durchdringung mit allgemeinen ambulanten Palliativleistungen offensichtlich noch nicht bedarfsgerecht ist und damit eines weiteren Ausbaus bedarf. Dieser steht nach Expertenaussage jedoch insbesondere die hohe Praxisauslastung und damit die für eine ausreichende Palliativversorgung benötigte fehlende Zeit entgegen. Zwar gehen die seit 2017 neu geschaffenen EBM-Ziffern bezüglich der Förderung der palliativmedizinischen Kompetenz in der vertragsärztlichen Versorgung in die richtige Richtung, greifen jedoch zu kurz, um das Kapazitätsproblem zu reduzieren. Fragestellungen bedarfsgerechter Kapazitäten fallen in den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Bedarfsplanung gemäß

²² In den Experteninterviews wurde hier beispielsweise ein Richtwert von 60 Minuten im ÖPNV vorgeschlagen.

Paragrafen 99 SGB V und folgende, in die sich die Gemeinsamen Landesgremien nach Paragraph 90a SGB V beratend einbringen können.

Neben der vertragsärztlichen Versorgung wird die allgemeine ambulante Palliativversorgung ferner durch ambulante Pflegedienste geleistet, die zum Zeitpunkt der Durchführung der Experteninterviews keine Möglichkeit zur Abrechnung dieser Leistungen hatten. Mit Inkrafttreten der neuen HKP-Richtlinie im November 2017 wurde nun auch eine Abrechnungsmöglichkeit für Pflegedienste geschaffen, palliativpflegerische Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege abzurechnen. Ob durch diese Neuregelung eine bedarfsgerechte Versorgung im ambulanten pflegerischen Bereich erreicht werden kann, sollte in einem angemessenen Zeithorizont evaluiert werden.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Bezogen auf die Anzahl der SAPV-Teams ergab die Bedarfsrechnung (siehe Kapitel 5.1.1), dass der Freistaat Sachsen über eine bedarfsgerechte spezialisierte ambulante Palliativversorgung verfügt. Dies gilt bis auf Ausnahme des Landkreises Zwickau, der entsprechend der Analyse ein zusätzliches SAPV-Team benötigt, auch für alle Landkreise und kreisfreien Städte. Während für den Landkreis Zwickau somit ein Sofortanpassungsbedarf von einem Leistungserbringer besteht, sind die weiteren Landkreise und kreisfreien Städte unter der Voraussetzung eines konstanten Angebots auch bis zum Jahr 2050 ausreichend versorgt. Einschränkung ist jedoch anzumerken, dass die durchgeführte Bedarfsanalyse die Anzahl der Teams, jedoch nicht Unterschiede in deren personeller Ausstattung berücksichtigt. Wenngleich sich die Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes (ein Team je 250.000 Einwohner) auf ein Team mit acht Vollzeitkräften bezieht, konnte die personelle Ausstattung der Teams aufgrund der nicht vollständigen Datenverfügbarkeit in der Bedarfsanalyse nicht berücksichtigt werden. Darüber hinaus unterstellt die Analyse, dass ein SAPV-Team Versorgung im gesamten Landkreis übernimmt, in dem es tätig ist. Insofern einige SAPV-Leistungserbringer über ein kleineres Team verfügen und/oder kleinere Regionen versorgen, können die Ergebnisse eine Unterschätzung des tatsächlichen Bedarfs bewirken. Vor diesem Hintergrund kann es unter den beschriebenen Voraussetzungen auch in anderen Landkreisen einen Anpassungsbedarf für die SAPV geben, den die durchgeführte Infrastrukturbewertung auch bestätigt: Demnach ist die erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit, die neben der Anzahl der Gestorbenen auch die Entfernung zwischen Wohnort und Leistungserbringer berücksichtigt, auch in den einigen Teilen der Landkreise Mittelsachsen, Meißen, des Vogtlandkreises sowie des gesamten Erzgebirges nicht optimal (siehe Karte 12).

Neben dem zusätzlichen Versorgungsbedarf im Landkreis Zwickau ergibt sich in Folge der unterschiedlichen Qualität der Teams ein weiterer Handlungsbedarf. Da offensichtlich nicht alle der im Freistaat Sachsen tätigen SAPV-Leistungserbringer eine 24-stündige Erreichbarkeit für Patienten gewährleisten, die mitunter unnötige Krankenhauseinweisungen induzieren können, sollten durch die Selbstverwaltung geeignete Qualitätsindikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt werden (siehe dazu Berger 2017), die durch die Krankenkassen im Rahmen der Abrechnungsprüfung überwacht werden und denen bei Nichterfüllung unter Umständen eine Vergütungskürzung folgt. Die aktuelle Ausgestaltung der SAPV-Vergütung kann mitunter einen Fehlanreiz im Sinne einer Leistungsausweitung auf Patienten ohne speziellen Versorgungsbedarf bewirken. Hier sollten Vergütungssysteme entwickelt werden, die diese Anreize reduzieren, gleichzeitig aber Raum für Vergütungsmodifikationen lassen, um regionale Besonderheiten wie lange Anfahrtswege, geringe Fallzahlen oder hohe Mietaufwendungen ausreichend berücksichtigen zu können.

Patienten mit besonderen Bedarfen, darunter insbesondere mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen wie Demenz, werden im Status quo offensichtlich noch nicht bedarfsgerecht im

ambulanten Sektor versorgt, sodass diese oftmals stationär aufgenommen werden. Im Hinblick auf den in Folge des demografischen Wandels zu erwartenden Anstieg dementieller Erkrankungen sollte ein spezieller Kompetenzerwerb durch die SAPV-Teams fokussiert werden, wobei in Abhängigkeit der Prävalenzen je Region möglicherweise ein Team mit speziell weitergebildeten Ärzten und Pflegefachkräften je Region ausreichend ist. Neben den Patienten mit Demenzerkrankung weisen auch weitere Menschen, darunter insbesondere die von der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland definierten Personengruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit (geistiger) Behinderung sowie Wohnungslose und Menschen in Vollzugseinrichtungen einen besonderen Betreuungs- und Versorgungsbedarf auf. Wenngleich gegenwärtig die Prävalenz von Erkrankungen, die einer SAPV bedürfen, unter diesen Personengruppen im Freistaat Sachsen noch gering zu sein scheint, sollten Konzepte erarbeitet werden, wie diesen besonderen Bedarfen langfristig adäquat begegnet werden kann.

Spezialisierte stationäre Palliativversorgung

Auch hinsichtlich der Palliativbetten zeigte die Bedarfsanalyse auf Ebene des Freistaates Sachsen einen ausreichenden Versorgungsgrad (siehe Kapitel 5.1.2). Dabei bündeln sich die Kapazitäten vornehmlich in den Städten, während die ländlicheren Regionen eine im Vergleich zum Bedarf zu geringe Kapazität aufweisen. Gleichzeitig verfügt jeder Landkreis beziehungsweise jede kreisfreie Stadt über mindestens eine Palliativstation, wobei unklar ist, welche der Stationen tatsächlich die palliativmedizinische Komplexbehandlung ganztägig anbieten kann. Zudem bewirkt der durch das HPG geschaffene vereinfachte Übergang in eine besondere Einrichtung Herausforderungen in Bezug auf die Qualitätskontrolle durch die Krankenkassen, wenn Palliativstationen krankenhaushausindividuelle Vergütungen vereinbaren und die zur Qualitätskontrolle geeigneten OPS-Codes keine Grundlage der Vergütung darstellen. Vor dem Hintergrund einer qualitativ hochwertigen Versorgung wäre neben der Entwicklung und Überprüfung von geeigneten Qualitätsindikatoren – unter Berücksichtigung von Erreichbarkeitsrichtwerten – eine zunehmende Bündelung der spezialisierten Palliativstationen in größeren Krankenhäusern anzustreben, wohingegen in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung der Ausbau der allgemeinen Palliativkompetenz sowie der Palliativdienste fokussiert werden sollte. Da im Status quo mitunter sowohl Palliativstationen als auch einzelne Palliativbetten als eine Quelle für attraktive Zusatzentgelte angesehen werden, könnte der Anreiz zum Ausbau von Palliativstationen und -betten durch eine Anpassung der Vergütung allgemeiner stationärer Palliativleistungen erreicht werden, während die Vergütung des Zusatzentgelts 8-98e (spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung) an bestimmte Mindestmengen geknüpft werden könnte. Da aufgrund nicht ausreichender Hospizkapazitäten gegenwärtig ein Behandlungsrückstau auf Palliativstationen zu verzeichnen ist, sollte die Bewilligung von Palliativstationen an die Prüfung der Verlegungsmöglichkeiten gekoppelt werden, wobei eine integrierte Bedarfsplanung für Hospiz- und Palliativbetten anzustreben ist.

Die in sächsischen Krankenhäusern tätigen Palliativdienste wurden im Rahmen dieser Studie erstmals durch telefonische Konsultation der Leistungserbringer erfasst. 26 der Krankenhäuser des Freistaates verfügen über einen Palliativdienst, von denen acht ausschließlich beratend tätig sind. Auffällig ist, dass diese entgegen der Empfehlungen, wonach Krankenhäuser mit über 250 Betten ohne eigene Palliativstation über einen Palliativdienst verfügen sollten (siehe Kapitel 3.5), in Sachsen überwiegend in Kliniken tätig sind, die zudem auch über eine eigene Palliativstation verfügen. Die Auswirkungen der Palliativdienste auf den palliativmedizinischen Bedarf können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgeschätzt werden, da sich die Strukturen noch im Aufbau befinden und bislang noch keine einheitliche Vergütung vorgesehen ist. Zu erwarten ist jedoch, dass diese einen Ausbau der palliativmedizinischen Kompetenz auf nicht auf Palliativmedizin spezialisierten Krankenhausstationen bewirken können.

Ein weiterer Handlungsbedarf kann an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer palliativmedizinischer Versorgung ausgemacht werden, wobei insbesondere das Entlassmanagement bei stationärer Versorgung Verbesserungen bedarf, da – in Abhängigkeit des Krankenhaussträgers – Palliativpatienten mitunter entlassen werden, ohne dass deren ambulante Weiterversorgung durch ein SAPV-Team beantragt wäre. Neben der stärkeren Vernetzung der Leistungserbringer sowie der Aufnahme von Überleitungsbögen in den Versorgungsprozess könnte die Organisation der Weiterversorgung als ein Indikator zur Qualitätsbewertung und Qualitätssicherung aufgenommen werden. Darüber hinaus können auch palliativmedizinische Versorgungszentren die Vernetzung zwischen ambulanten und stationärem Bereich fördern und damit Verbesserungen im Versorgungsprozess von Palliativpatienten bewirken, in dem unter anderem krankenhaus- und sektorenübergreifende Fallberatungen stattfinden. Ein Vorbild für die Entwicklung eines solchen Zentrums könnte das KompetenzZentrum Palliative Care in Baden-Württemberg sein, in dem Ärzte und Wissenschaftler der medizinischen Fakultäten Freiburg, Heidelberg, Mannheim, Tübingen und Ulm gemeinsam Standards in den Bereichen Patientenversorgung, Forschung sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung entwickeln und etablieren (KompetenzZentrum Palliative Care Baden-Württemberg 2018). Darüber hinaus bietet ein solches Zentrum, in dem neben der Patientenversorgung auch Forschung geleistet und Aus-, Fort- und Weiterbildungen angeboten werden, die Chance, anwendungsbezogene und am aktuellen Bedarf orientierte Lehre anzubieten sowie die Patientenversorgung auf Basis aktueller Forschungsergebnisse effektiv und effizient zu gestalten.

6.3.4 Zur Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen

Die ambulante Hospizbegleitung von schwerstkranken Kindern und Jugendlichen und deren Familien ist im Freistaat Sachsen in nahezu allen Regionen abgedeckt. In den Landkreisen Meißen und Sächsische Schweiz / Osterzgebirge wurden von den ambulanten Kinderhospizdiensten im Jahr 2016 jedoch keine Begleitungen durchgeführt, sodass überprüft werden sollte, ob in diesen Regionen ein zusätzlicher Bedarf besteht. Darüber hinaus können Begleitungen in der Region um Hoyerswerda nicht bedarfsgerecht geleistet werden, weswegen eine Vernetzung mit dem ambulanten Kinderhospizdienst in Cottbus anzustreben ist. Aufgrund der geringen Fallzahlen der ambulanten Kinderhospizdienste sowie der damit verbundenen weiten Anfahrtswege weisen Hospizdienste zur Versorgung von Kindern und Jugendliche durchschnittlich deutlich höhere Sachkosten auf als Hospizdienste für Erwachsene, die in der Finanzierung durch die Krankenkassen gegenwärtig nicht ausreichend abgebildet werden. Aus diesem Grund sollte die Landesförderung in diesem Bereich weiterhin bestehen bleiben, um auch für Kinder und Jugendliche und deren Familien eine bedarfsgerechte Hospizbegleitung zu gewährleisten.

Neben der Sterbebegleitung werden auch von den ambulanten Kinderhospizdiensten vielfältige Formen der Trauerbewältigung angeboten. Auf Basis der Befragung der Leistungserbringer konnte gezeigt werden, dass keiner der Dienste Trauerangebote für verwaiste Großeltern und nur zwei der Dienste Trauerangebote für Geschwisterkinder vorhalten. Darüber hinaus fehlen den befragten Experten zufolge spezielle Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene. Hier besteht – auch vor dem Hintergrund von zumutbaren Erreichbarkeiten – ein Bedarf für weitere Angebote, wobei zur Vermeidung von Doppelstrukturen eine enge Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten für Erwachsene erforderlich ist. Aufgrund der Individualität der Trauer und der im Sterbeprozess von Kindern und Jugendlichen involvierten Personengruppen wie Eltern, Geschwister, Großeltern sollte der Ausbau von Angeboten jedoch einer detaillierten Analyse des Bedarfs für Trauerangebote folgen.

Das Team der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung deckt zusammen mit dem SAPPV-Team aus Jena den Bedarf für die spezialisierte ambulante Palliativversor-

gung von Kindern und Jugendlichen im Freistaat Sachsen. Da SAPV-Leistungserbringer jedoch nicht in Kliniken versorgen dürfen, sollten für eine bedarfsgerechte stationäre Palliativversorgung auch Palliativdienste für Kinder und Jugendliche geschaffen werden. Die adäquate ambulante Versorgung erfordert neben einem spezialisierten SAPPV-Team jedoch auch bezogen auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und deren besondere Krankheitsbilder speziell ausgebildete Pflegedienste, die gegenwärtig insbesondere im ländlichen Raum nicht genügend vorhanden sind.

Ein zentraler Handlungsbedarf besteht hinsichtlich der Versorgung von Patienten, die sich im Transitionsprozess zum Erwachsenen befinden. Während insbesondere in städtischen Regionen die Versorgungskoordination durch die sozialpädiatrischen Zentren übernommen wird, müssen junge Erwachsene oder deren Angehörige gegenwärtig ihre Versorgung eigenständig koordinieren. Außerdem ist, nachdem ein Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat, auf Antrag eine Verlängerung möglich, die eine Weiterversorgung durch das Kinderhospiz oder das SAPPV-Team ermöglicht. Anschließend fehlen jedoch geeignete Strukturen, da sowohl im niedergelassenen Bereich als auch unter den SAPV-Teams zur Versorgung Erwachsener die Expertise zur Behandlung von bei Kindern und Jugendlichen diagnostizierten lebenslimitierenden, oftmals sehr seltenen Erkrankungen nicht in ausreichendem Maße vorhanden ist. In diesem Zusammenhang sind daher Regelungen zu erarbeiten, wie Patienten, die im Kindes- oder Jugendalter eine lebenslimitierende Diagnose erhalten, nach dem Erreichen des Erwachsenenalters adäquat und ihren Bedürfnissen entsprechend weiter zu versorgen sind.

Während mit Datteln in Nordrhein-Westfalen und München Palliativzentren für Kinder und Jugendliche in Süd- und Westdeutschland bestehen, die neben der ambulanten und stationären Versorgung auch die palliative Fort- und Weiterbildung von in diesem Bereich tätigen Leistungserbringern übernehmen, wird von den befragten Experten überdies ein Bedarf für ein Palliativzentrum zur Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen in Mitteldeutschland gesehen. Dieses könnte aufgrund der in Dresden mit der durch die hier tätigen Kinderpalliativmediziner gebündelten Expertise in der kreisfreien Stadt errichtet werden. Die mögliche Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie Lehre und Forschung könnte sowohl Chancen für die Patientenversorgung und die Fort- und Weiterbildung bieten als auch im Freistaat Sachsen ein Leuchtturmprojekt der pädiatrischen Palliativversorgung darstellen.

Handlungserfordernisse bestehen ferner hinsichtlich der perinatalen Palliativversorgung, wenn Eltern ein Kind mit einer infausten Prognose erwarten. Im Status quo würden diese Schwangerschaften – entgegen der Bedürfnisse der betroffenen Familien – noch allzu häufig in Schwangerschaftsabbrüchen münden. Um diesen zu entgegnen wären insbesondere regionale Ansprechpartner notwendig, die über die Möglichkeiten der perinatalen Palliativversorgung umfangreich informieren und dabei auch palliativmedizinisch weitergebildete Pädiater einbeziehen. Da gegenwärtig noch kein Kostenträger für die Versorgung eines ungeborenen Kindes zuständig ist, müssen darüber hinaus Regelungen getroffen werden, wie Leistungen, die im Rahmen der ambulanten perinatalen Palliativversorgung erbracht werden, adäquat finanziert werden können.

6.3.5 Zur Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Wenngleich von den an der für diese Studie durchgeführten Befragung von Altenpflegeheimen die Mehrheit der teilnehmenden Einrichtungen angab, über ein schriftliches Konzept zur Hospiz- und Palliativversorgung zu verfügen, seelsorgerische oder psychologische Betreuung in der letzten Lebensphase anzubieten sowie mit SAPV-Teams zusammenzuarbeiten, lässt sich vermuten, dass mehrheitlich diejenigen Einrichtungen an der Befragung teilnahmen, die im

Hinblick auf die Hospiz- und Palliativversorgung bereits besonders gut aufgestellt sind und die Befragung somit kein repräsentatives Bild für die sächsischen Pflegeheime darstellt. Vor diesem Hintergrund besteht insbesondere zur Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen weiterer Forschungsbedarf.

Den befragten Experten zufolge wäre die Hospiz- und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen mehrheitlich das Ergebnis individuellen Engagements, wohingegen hinsichtlich einer flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung noch großer Nachholbedarf bestünde. Auch der Landespflegeausschuss des Freistaates Sachsen konstatiert in der im Jahr 2009 veröffentlichten und 2012 neu gefassten Orientierungshilfe, dass die Palliativversorgung nicht in ausreichendem Maße von allen Pflegeeinrichtungen umgesetzt würde (Landespflegeausschuss 2012). Darin werden Anforderungen an Träger der Einrichtungen und Pflegekräfte skizziert, wobei diese in Anforderungen auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene unterschieden werden. Die Orientierungshilfe des Landespflegeausschusses des Freistaates Sachsen wird gegenwärtig überarbeitet und kann den sächsischen Pflegeeinrichtungen somit auch zukünftig zentrale Anhaltspunkte in der Weiterentwicklung der für eine bedarfsgerechte Hospiz- und Palliativversorgung notwendigen Strukturen und Prozesse bieten.

Da einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Hospiz- und Palliativversorgung aktuell offensichtlich fehlende zeitliche und finanzielle Ressourcen der Einrichtungen gegenüberstehen, könnten Anpassungen in den Pflegesätzen der Schlüssel zu einer besseren Versorgung sein. Neben einer bedarfsgerechten Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Pflegeheimbewohnern kann eine Stärkung der palliativen und hospizlichen Kompetenz in Pflegeheimen auch die Entlastung anderer Versorgungsbereiche des Gesundheitswesens und damit geringere Versorgungskosten bewirken, wenn z. B. Krankenhauseinweisungen vermieden werden können. Die Vergütungsanpassungen sollten gleichzeitig jedoch mit der Entwicklung von geeigneten Qualitätsindikatoren einhergehen, die durch geeignete Akteure, wie beispielsweise die Heimaufsichten bei entsprechender Erweiterung von deren Kompetenzen oder im Zuge der Abrechnung durch die Kranken- und Pflegekassen überwacht werden könnten. In diesem Zusammenhang könnten Einrichtungen, die diese nicht erfüllen, entsprechend Mindervergütungen erhalten. Insbesondere die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf, die aufgrund aufwändig zu versorgender Erkrankungen überdies einen besonderen Versorgungsbedarf aufweisen und im Status quo von Pflegeeinrichtungen nicht aufgenommen werden, könnte durch eine den Mehraufwand adäquat widerspiegelnde Vergütung deutlich verbessert werden. Eine Stärkung von Kompetenzen in der Sterbebegleitung besonderer Gruppen könnte zum einen durch eigenen Kompetenzausbau der Einrichtungen oder durch eine stärkere Vernetzung mit speziell weitergebildeten Leistungserbringern erfolgen. Die Notwendigkeit der finanziellen Stärkung der Einrichtungen ergibt sich zunehmend auch aus dem bislang noch ungedeckten Bedarf für stationäre Hospize, da die Inbetriebnahme der im Bau und in Planung befindlichen Hospize eine zunehmende Konkurrenz um (in Palliative Care weitergebildete) Pflegefachkräfte bewirken könnte. Damit verbunden könnte unter sonst gleichen Bedingungen sogar eine Verschlechterung der palliativen Kompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen verbunden sein, denen auf bundespolitischer Ebene dringend begegnet werden muss. Während die im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD (Koalitionsvertrag CDU, CSU und SPD zur 19. Legislaturperiode) vorgesehene Verbesserung der Bezahlung von Pflegekräften ein wichtiger Schritt ist, scheint die Schaffung von 8.000 neuer Pflegestellen, die zudem für die medizinische Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen vorgesehen sind, den tatsächlichen Bedarf nicht annähernd zu decken, um eine Entlastung der aktuell tätigen Pflegekräfte und damit eine Verbesserung sowohl der Arbeitsbedingungen in der Pflege als auch der Versorgung von zu pflegenden Menschen zu bewirken (Paritätischer Gesamtverband 2018).

Handlungsbedarf wird darüber hinaus in der stärkeren Vernetzung mit spezialisierten Leistungsanbietern sowie im Ausbau der palliativen Kompetenz unter Pflegefach- und Pflegehilfskräften gesehen, wobei nicht jede Pflegekraft eine Palliative-Care-Weiterbildung benötigt, sondern eine bis zwei weitergebildete Pflegekräfte, abhängig von der Größe der Einrichtung, den Kompetenzausbau durch interne Schulungen bewirken können. Auch dem Landespflegeausschuss des Freistaates Sachsen zufolge stellt die (Weiter-)Entwicklung der Kompetenz aller Mitarbeiter zum Umgang mit Sterben und Tod sowie mit Verlust und Trauer eine grundsätzliche Anforderung an stationäre Pflegeeinrichtungen dar (Landespflegeausschuss 2012).

Das durch das HPG geschaffene Kooperationsgebot zwischen ambulanten Hospizdiensten und stationären Pflegeeinrichtungen wird noch nicht von allen Pflegeheimen umgesetzt, da von den an der Befragung teilnehmenden Pflegeeinrichtungen bislang nur etwa zwei Drittel mit AHD zusammenarbeiten (siehe Kapitel 6.2.2.5). Aufgrund der zuvor skizzierten Limitation der Befragung dürfte die tatsächliche Kooperationsrate sogar noch unter diesem Wert liegen. In diesem Zusammenhang lässt sich jedoch vermuten, dass die Anzahl der im Freistaat Sachsen tätigen ambulanten Hospizdienste nicht ausreichend ist, um Kooperationsvereinbarungen mit allen 626 Altenpflegeheimen Sachsens (Stand: Juni 2017) einzugehen und in diesen bedarfsgerecht Sterbebegleitungen zu leisten. Vor diesem Hintergrund ist eine spezifische Analyse des Bedarfs von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen unerlässlich, als deren Ergebnis gegebenenfalls eine Modifikation der Bedarfszahlen für ambulante Hospizdienste (siehe Kapitel 3.5) erfolgen müsste.

Insbesondere Pflegeeinrichtungen sollten über transparente, qualitätsgesicherte Konzepte zur Hospiz- und Palliativversorgung verfügen, die Regelungen zur Bezugspflege, zur durch das HPG intendierten Versorgungsplanung, zur spirituellen und psychologischen Begleitung sowie zur Einbindung Angehöriger enthalten. Aktuell sollen Pflegeeinrichtungen „Angebote zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes durchführen“ (GKV-Spitzenverband et al. 2011). Das Vorhandensein eines solchen Konzeptes ist Bestandteil der Qualitätsprüfungsrichtlinien und wird im Rahmen der Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder alternativ den Prüfdienst der privaten Krankenversicherung festgestellt. Dabei muss dieses Konzept bestimmte Mindestinhalte wie Aussagen zu Absprachen mit den Bewohnern zu Vorstellungen der letzten Lebensphase und zum Verfahren nach dem Versterben sowie zur Vermittlung von seelsorgerischer oder psychologischer Sterbebegleitung enthalten (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund und GKV-Spitzenverband 2018). 99,8 Prozent der 13.304 durch den MDK oder Prüfdienst der privaten Krankenversicherung im Jahr 2016 geprüften stationären Pflegeeinrichtungen erfüllten das Kriterium des Vorhandenseins von konzeptionellen Aussagen zur Sterbebegleitung (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. 2017). Jedoch erscheinen die Regelungen insbesondere im Hinblick auf die geprüften Inhalte aktuell nicht ausreichend, um eine bedarfsgerechte Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten. Konzepte zur Hospiz- und Palliativversorgung, die mindestens Aussagen zu den oben genannten Kriterien enthalten, sollten vor diesem Hintergrund verbindlich von Pflegeeinrichtungen gefordert werden.

Auch durch die Heimaufsicht beim Kommunalen Sozialverband Sachsen wird im Rahmen der Prüfung stationärer Pflegeeinrichtungen sowohl das Vorhandensein einer Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten als auch einer Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt bei einem Bedarf für Schmerztherapie erhoben (Kommunaler Sozialverband Sachsen 2017). Als überwiegend strukturelle Indikatoren bilden diese Kriterien eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung für eine bedarfsgerechte Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen. Vor diesem Hintergrund sollten die Heimaufsicht beziehungsweise der MDK auch zentrale Indikatoren zur wirksamen Umsetzung, wie beispielsweise den bedarfsgerechten Einbezug dieser Leistungserbringer im Sterbeprozess, überprüfen. Auch die durch das HPG intendierte Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist noch kein regelhafter Bestandteil

der palliativen und hospizlichen Begleitung in stationären Pflegeheimen, wobei von den befragten Experten die zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews noch nicht erfolgte Veröffentlichung der die Ausgestaltung dieser Planung definierende Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes et al. als zentraler Hinderungsgrund genannt wurde. Ende des Jahres 2017 sind diese Empfehlungen nun veröffentlicht worden (GKV-Spitzenverband et al. 2017a). In diesem Zusammenhang soll die gesundheitliche Versorgungsplanung für das Lebensende folgendem Zweck dienen:

- Leistungsberechtigte sollen die Möglichkeit erhalten, „Vorstellungen über medizinisch-pflegerische Abläufe, das Ausmaß, die Intensität, Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Interventionen sowie palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Maßnahmen in der letzten Lebensphase zu entwickeln und mitzuteilen.“ (GKV-Spitzenverband et al. 2017a, Paragraph 2 Absatz 1) .
- Es sollen Angebote der Sterbebegleitung und psychosozialen Unterstützung aufgezeigt werden, wobei auch über Kooperationspartner (z. B. AHD) informiert werden soll.
- Der Wille des Leistungsberechtigten soll als Grundlage für die Versorgung in der letzten Lebensphase ermittelt und dokumentiert werden, wobei die Unterlagen bei Verlegung in eine weiterbehandelnde Einrichtung mitzugeben sind.

Die Beratung des Leistungsberechtigten beziehungsweise des gesetzlich Vertretenden oder rechtlich Betreuenden, deren Inanspruchnahme freiwillig erfolgt, hat als qualifizierter Gesprächsprozess durch einen Berater zu erfolgen, der folgende Qualifikationen aufweist:

- Abgeschlossene Berufsausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger, Kinderkrankenpfleger, staatlich anerkannter Heilerziehungspfleger, Heilpädagoge oder Erzieher oder eine vergleichbare Ausbildung oder ein Studium im Bereich der Gesundheits- und Pflegewissenschaften oder Geistes-, Sozial- oder Erziehungswissenschaften²³
- 3-jährige, für die gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase einschlägige Berufserfahrung
- Absolvierte Weiterbildung zum Berater der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß Paragraph 132g SGB V, bestehend aus einem theoretischen und einem praktischen Teil

In den Beratungsprozess ist grundsätzlich auch der behandelnde Arzt einzubeziehen. Darüber hinaus soll der Berater der Einrichtung, der eine enge Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Sterbender beteiligten Leistungserbringer (z. B. niedergelassenen Ärzten, AHD, Hospize, SAPV-Teams) sicherzustellen hat, regelmäßig an regionalen Vernetzungstreffen teilnehmen.

Die Empfehlungen umfassen damit auch Regelungen zur Qualität und Qualitätssicherung, die zudem in Paragraph 13 dargelegt sind. Indem der Berater grundsätzliche Qualifikationsanforderungen zu erfüllen hat (Paragraph 13 Absatz 2), die Versorgungsplanung in den Gesamtprozess der Einrichtung einzubinden ist (Paragraph 13 Absatz 3) und das Ergebnis des Beratungsprozesses und damit die Wünsche des Leistungsberechtigten (Paragraph 13 Absatz 4) zu dokumentieren sind, werden grundlegende Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgegeben. Die Festlegungen der Vereinbarung bilden die Voraussetzung für die Abrechnung dieser Leistung mit den gesetzlichen Krankenversicherungen, wobei das Einhalten dieser Vereinbarungen durch die Einrichtungen nachzuweisen ist.

²³ Unter Umständen auch Ärzte, wenn diese eine dreijährige einschlägige Berufserfahrung in den letzten 8 Jahren aufweisen.

Die Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase bieten den Einrichtungen die Möglichkeit, die letzte Lebensphase ihrer Bewohner ganz bewusst zu gestalten und ungewollte Versorgungsumbrüche zu verhindern. Darüber hinaus bietet die Beratung und die Dokumentation den Einrichtungen eine zunehmende Rechtssicherheit und die Vorgaben können eine stärkere Vernetzung mit anderen Leistungserbringern bewirken. Vor dem Hintergrund des vorgesehenen geringen Stelenumfangs und der Freiwilligkeit dieses Instruments bleibt abzuwarten und muss Gegenstand künftiger Evaluationen sein, ob die Versorgung schwerstkranker und sterbender Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen zukünftig tatsächlich flächendeckend verbessert wird.

7 Fazit

Die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung sind im Freistaat Sachsen im Vergleich zu den Jahren 2011 und 2012 weiter ausgebaut worden, wobei der Ausbau in diesem Zeitraum insbesondere im Bereich der spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung stattfand. Beide Versorgungsbereiche, die SAPV und die Bettenanzahl auf Palliativstationen, sind nun im Freistaat Sachsen – mit Ausnahme des Landkreises Zwickau, wo aktuell ein weiteres SAPV-Team benötigt wird – quantitativ so ausgebaut, dass eine weitestgehend bedarfsgerechte Versorgung schwerstkranker und sterbender Erwachsener möglich ist. Das landesweit tätige Team der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung sichert darüber hinaus die ambulante Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen.

Ambulante Sterbe- und Trauerbegleitungen von Erwachsenen werden durch die ehrenamtlichen Hospizhelfer der 48 ambulanten Hospizdienste sichergestellt, wobei die Anzahl der Hospizdienste seit 2011 konstant blieb. Die Anzahl der ehrenamtlich tätigen Hospizhelfer ermöglicht mit Ausnahme der kreisfreien Stadt Leipzig, in der aktuell bereits ein Mehrbedarf an Ehrenamtlichen besteht, die bedarfsgerechte Begleitung Sterbender und deren Angehöriger. Darüber hinaus werden Sterbe- und Trauerbegleitungen von Kindern und Jugendlichen sowie deren Angehörigen durch 6 ambulante Kinder- und Jugendhospizdienste geleistet. Wurde die stationäre Hospizversorgung im Jahr 2012 noch durch 8 Hospize mit 102 Betten geleistet, ist dieser Versorgungsbereich auf nunmehr 133 Betten in 11 Hospizen ausgebaut worden. Von diesen sichert das Kinderhospiz im Landkreis Leipzig mit 10 Betten die Hospizversorgung von schwerstkranken Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien. Trotz dieses Ausbaus weisen einige Landkreise, insbesondere in den Regionen Leipzig und Dresden, Versorgungslücken auf, die jedoch durch die aktuell noch im Bau befindlichen beziehungsweise geplanten Einrichtungen geschlossen würden.

Auch in den im Rahmen dieser Studie durchgeführten Experteninterviews wurde dem Freistaat Sachsen eine in den spezialisierten Versorgungsbereichen mit Ausnahme der stationären Hospizversorgung gute Versorgungslage bescheinigt, wobei der positive Effekt der Landesförderung im Zusammenhang mit dem Ausbau der Strukturen hervorgehoben wurde. Auch eine durch das SMS durchgeführte Länderumfrage zeigte, dass der Freistaat Sachsen in Bezug auf die Förderung der Hospiz- und Palliativarbeit eine bundesweite Vorreiterrolle einnimmt, da er als einziges Bundesland sowohl die ambulante und stationäre Hospizversorgung als auch die Arbeit des Landesverbandes für Hospizarbeit und Palliativmedizin e. V. fördert. Das SMS war zudem einer der Unterzeichner der im Jahr 2010 verabschiedeten „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“, deren Fokus insbesondere auf qualitativen Zielen liegt, von denen einige kurzfristig (z. B. Entwicklung von Informationsmaterial) und die meisten mittelfristig umsetzbar sind. Für diese mittelfristig erreichbaren Ziele, die mitunter Daueraufgaben darstellen, sind mit Koordinierungsstellen und Arbeitskreisen gewachsene Strukturen nötig und geschaffen worden. In zahlreichen Handlungsfeldern, beispielsweise dem Ausbau bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen, der Vernetzung der Angebote und deren finanzieller Absicherung, der Sensibilisierung für die Bedürfnisse besonderer Betroffenengruppen und dem Anstoß entsprechender Maßnahmen sowie der unterstützenden Forschung und Evaluation, konnten in Sachsen durch das Engagement und die Kooperation der unterschiedlichen Akteure sowie die gezielte finanzielle Förderung wichtige Ziele realisiert oder erfolgreich angestoßen werden. Langfristig soll mit Hilfe der Charta auch

auf individueller Ebene ein Verständnis für die Themen Sterblichkeit und Tod sowie die Gestaltungs- und Versorgungsmöglichkeiten am Lebensende erreicht werden²⁴. Hierfür sind weiterhin Anstrengungen zur wirksamen Öffentlichkeitsarbeit sowie zum Ausbau der Hospiz- und Palliativkompetenz in allen Versorgungsbereichen und Berufsgruppen nötig, die mit dem Thema in Berührung kommen. Ebenfalls gilt es weiterhin, die Vernetzung insbesondere in den Bereich der ambulanten Regelversorgung sowie die Umsetzung von Konzepten zur Organisation-, Qualitäts- und Strukturentwicklung für eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung auszubauen.

Neben den durch die Charta definierten Handlungsempfehlungen wurden im Rahmen dieser Studie auf Basis der Bestandsaufnahme, der Infrastrukturbewertung, der Bedarfsrechnung und -prognose sowie der qualitativen, anhand von Experteninterviews und standardisierten Befragungen der Leistungserbringer durchgeführten Bewertungen weitere Handlungserfordernisse identifiziert sowie darauf aufbauend Handlungsempfehlungen abgeleitet. Die zentralen Handlungserfordernisse und -empfehlungen stellt nachfolgende Tabelle 41 dar, wobei diese in Hinblick auf die Finanzierung, die Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen und die letztliche Umsetzung in verschiedene Zuständigkeitsbereiche (Bundes- und Landespolitik, gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundes- beziehungsweise Landesebene, Fachgesellschaften und -verbände) fallen.

²⁴ Für einen detaillierteren Überblick siehe Kapitel 3.4 sowie Tabelle 49 im Anhang.

Tabelle 41: Zentrale, aus der Studie abgeleitete Handlungserfordernisse und -empfehlungen

Versorgungsbe- reich	Handlungsbedarf	Umsetzung	Zuständigkeitsbereich
Versorgungsstrukturen-übergreifend	Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung , z. B. durch - (1) Verpflichtung von allen an der Versorgung Sterbender beteiligten Einrichtungen zum Vorhalten eines qualitätsgesicherten, transparenten Konzepts zur Hospiz- und Palliativversorgung - (2) Schaffung zusätzlicher Fachkraftstellen in der Pflege - (3) Aufnahme von Grundlagen der Hospiz- und Palliativversorgung in Lehrplan für Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger - (4) Schaffung personeller Mindestanforderungen	kurz- bis mittelfristig	(1) & (2) Bundespolitik (3) Landespolitik (4) Gemeinsame Selbstverwaltung
	Entwicklung von Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für spezialisierte Versorgungsbereiche und Pflegeheime	kurz- bis mittelfristig	Gemeinsame Selbstverwaltung
	Ausbau des Nationalen Hospiz- und Palliativregisters zur Erleichterung einrichtungsbezogener Qualitätssicherung und Information der Einrichtungen	kurz- bis mittelfristig	Rahmenbedingungen durch Bundespolitik, Umsetzung durch DGP
	Erarbeitung konsentierter Kriterien zur Steuerung des Versorgungsprozesses (insb. welche Symptome beziehungsweise gegebenenfalls Erkrankungen zu welchem Zeitpunkt welche Versorgungsform erfordern)	kurzfristig	Gemeinsame Selbstverwaltung
	Erarbeitung von Regelungen, wie Patienten, die im Kindes- oder Jugendalter lebenslimitierend erkranken, nach Erreichen des Erwachsenenalters bedarfsgerecht weiterversorgt werden können	kurzfristig	Gemeinsame Selbstverwaltung
	Überarbeitung und regelmäßige Überprüfung von Empfehlungen der Fachgesellschaften zur bedarfsgerechten Versorgung mit Bezug auf: - Sterbefälle - die Präferenzen der Bevölkerung - nach Erwachsenen beziehungsweise Kindern und Jugendlichen unterschiedenen Bedarfen - dem Bedarf an stationären Kapazitäten, unterschieden nach Hospiz- und Palliativbetten	kurz- bis mittelfristig	Fachgesellschaften
	Schaffung einer stets aktuellen Datenbasis der je Bundesland vorhandenen Hospiz- und Palliativangebote sowie Ausweis der Palliativbetten in den Landeskrankenhausplänen	kurzfristig	Landespolitik und Landesverbände für Hospizarbeit und Palliativmedizin
	Schaffung regionaler Hospiz- und Palliativbeauftragter zur/zum:	kurz- bis mittelfristig	Landespolitik und Kommunen, Gemeinsame Selbstverwaltung auf Landesebene

Versorgungs- bereich	Handlungsbedarf	Umsetzung	Zuständigkeitsbereich
	- Koordination der Versorgungsangebote für Schwerstkranke und deren Angehörige - Ausbau der Vernetzung zwischen Leistungsanbietern der allgemeinen und spezialisierten Versorgung - Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit - Information der Landespolitik		
	Ausbau der regionalen Netzwerktreffen unter Einbezug von Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung	kurzfristig	Landespolitik, LVHP, Kommunen, Gemeinsame Selbstverwaltung auf Landesebene
	Erarbeitung von Konzepten zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit besonderen Bedarfen , bspw. - Menschen mit Demenz - Menschen mit Migrationshintergrund	kurzfristig mittelfristig	LVHP, Fachgesellschaften auf Bundesebene
	Im Rahmen der Krankenkassenfinanzierung stärkere qualitätsgesicherte Überprüfung der Palliative-Care-Weiterbildung (z. B. Anerkennung von zertifizierten Kursen)	kurzfristig	Krankenkassen
	Ermittlung des landesspezifischen Weiterbildungsbedarfs der Pflegekräfte und ggf. Modifikation der Anlagen 1 und 7 der SächsGfWBVO und überregionale Bewerbung der Weiterbildung bei Neuaufnahme der Weiterbildung	kurz- bis mittelfristig	Landespolitik
	Stärkung der perinatalen Palliativversorgung durch Schaffung (1) regionaler Ansprechpartner für betroffene Familien (2) von Regelungen zur Kostenübernahme	kurz- bis mittelfristig	(1) Leistungserbringer (2) Gemeinsame Selbstverwaltung
ambulante Hospizversorgung	Zielgruppenorientierte Ansprache zur Gewinnung neuer Ehrenamtlicher , gegebenenfalls ergänzt um Analyse der Bedarfe Ehrenamtlicher zur Sicherung eines langfristigen Engagements	kurzfristig (Leipzig), mittelfristig (weitere Landkreise)	Kommunen, AHD, LVHP
	Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit , insb. in Landkreisen mit unterdurchschnittlichem Anteil von sterbebegleiteten Verstorbenen	kurz- bis mittelfristig	Kommunen, AHD, LVHP
	Überarbeitung der Förderung ambulanter Hospizdienste nach FRL Hospiz mit folgendem Fokus: - Beibehaltung der Förderung für ambulante Kinderhospizdienste	kurz- bis mittelfristig	Landespolitik

Versorgungs- bereich	Handlungsbedarf	Umsetzung	Zuständigkeitsbereich
	- gezielte Förderung von AHD in Regionen mit erschwerter Finanzierungssituation aufgrund regionaler Besonderheiten - Förderung allgemeiner Trauerangebote von AHD		
	Schaffung von Trauerangeboten für verwaiste Großeltern, Jugendliche und junge Erwachsene	kurz- bis mittelfristig	AHD/AKHD
stationäre Hospizversorgung	Inbetriebnahme geplanter Kapazitäten , insbesondere in der Region Dresden (kreisfreie Stadt Dresden und umliegende Landkreise)	kurzfristig	Landespolitik, Leistungserbringer,
	Standortsteuerung bei weiterem Kapazitätsausbau	kurzfristig	Landes- und Kommunalpolitik
	Förderung geplanter Hospize gemäß FRL Hospiz nur, sofern diese für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig sind. Regelmäßige Prüfung der Bedarfe zur Planung von Kapazitäten und Standorten, wobei die Bedarfsplanung - auf Ebene der Regionen (kreisfreie Städte und umliegende Landkreise) erfolgen, - Erreichbarkeiten berücksichtigen, - Kapazitäten von Palliativstationen einbeziehen sollte.	kurz-, mittel- und langfristig	Landespolitik
AAPV	Schaffung von speziell auf die Belange von schwerstkranken Kindern und Jugendlichen ausgebildeten Pflegediensten (insb. im ländlichen Raum)	kurz- bis mittelfristig	Rahmenbedingungen durch Bundespolitik, Umsetzung durch Leistungserbringer
	Ausbaubedarf im Bereich der haus- und kinderärztlichen ambulanten Palliativversorgung	kurz- bis mittelfristig	Gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene
SAPV	Kapazitätsmäßiger Anpassungsbedarf für ein weiteres SAPV-Team im Landkreis Zwickau , ggf. weiterer regionaler Anpassungsbedarf aufgrund schwieriger Erreichbarkeit	kurzfristig	Krankenkassen, Leistungserbringer
	(1) Entwicklung von Indikatoren zur Sicherstellung einheitlicher Qualitätsstandards (2) Überprüfung dieser im Rahmen der Abrechnungsprüfung	kurz- bis mittelfristig	(1) Gemeinsame Selbstverwaltung (2) Krankenkassen bzw. MDK

Versorgungsbe- reich	Handlungsbedarf	Umsetzung	Zuständigkeitsbereich
stationäre Palliativversorgung	Für Palliativstationen: (1) Entwicklung von Indikatoren zur Sicherstellung einheitlicher Qualitätsstandards (2) Überprüfung dieser im Rahmen der Abrechnungsprüfung	kurz- bis mittelfristig	(1) Gemeinsame Selbstverwaltung (2) Krankenkassen bzw. MDK
	Planung unter Berücksichtigung bedarfsgerechter Verlegungsmöglichkeiten (insb. Hospizkapazitäten)	kurz- bis mittelfristig	Landespolitik
	Weiterer Ausbau der allgemeinen palliativen Kompetenz und Stärkung der Vergütung allgemeiner stationärer palliativmedizinischer Leistungen	mittelfristig	Gemeinsame Selbstverwaltung, Leistungserbringer
	Bündelung von spezialisierten Palliativstationen unter Berücksichtigung von Erreichbarkeiten in größeren Krankenhäusern, z. B. durch Knüpfung der Vergütung an Mindestmengen	mittel- bis langfristig	Vorgaben durch Landespolitik, Umsetzung durch Krankenkassen, Leistungserbringer
	Integration der verschiedenen Leistungssektoren , z. B. durch - (1) Verbesserung des Entlassmanagements - (2) Errichtung palliativmedizinischer Kompetenzzentren	kurzfristig (mittelfristig)	(1) Vorgaben durch Selbstverwaltung, Umsetzung durch Krankenhäuser (2) Landespolitik
	Schaffung von palliativmedizinischen Konsiliardiensten zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen	kurz- bis mittelfristig	Gemeinsame Selbstverwaltung, Leistungserbringer
stationäre Pflegeeinrichtungen	Verbindliches Konzept zur Versorgungsplanung am Lebensende	kurz- bis mittelfristig	Bundespolitik, Gemeinsame Selbstverwaltung
	Stärkung der palliativen Kompetenz i. V. m. Vergütungsanpassungen und der Entwicklung von geeigneten Qualitätsindikatoren (z. B. personellen Mindestanforderungen)	kurz- bis mittelfristig	Bundespolitik, Gemeinsame Selbstverwaltung
	Kontrolle der Qualitätsindikatoren	kurz- bis mittelfristig	Vorgaben durch Landespolitik, Umsetzung durch Heimaufsicht und/oder Kranken-/Pflegekassen bzw. MDK/PKV-Prüfdienst
	Stärkere Vernetzung mit spezialisierten Leistungserbringern (SAPV, AHD)	kurzfristig mittelfristig	Pflegeeinrichtungen

8 Anhang

8.1 Aktuelle Standorte der Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Tabelle 42: Standorte der 48 ambulanten Hospizdienste in Sachsen

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ
Chemnitz, Stadt	Chemnitz	Domus Palliativmedizin u. Hospiz für Chemnitz und Umgebung	Leipziger Str. 137 a	09113
	Chemnitz	Hospiz- und Palliativdienst Chemnitz e. V.	Am Karbel 61a	09116
Erzgebirgskreis	Annaberg-Buchholz	Ambulanter Malteser Hospizdienst, Außenstelle Annaberg	Barbara-Uthmann-Ring 157/158	09456
	Aue	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst	Schneeberger Str. 98	08280
	Breitenbrunn	Ambulanter Hospizverein Erlabrunn e. V.	Am Märzenberg 1	08359
	Ehrenfriedersdorf	Ambulanter Hospizdienst Greifenstein e. V.	Chemnitzer Str. 64	09427
	Marienberg	Hospiz- und Palliativdienst Marienberg e. V.	Dr. Wilhelm-Külz-Allee 7	09496
	Oelsnitz	Ambulanter Hospizdienst mit palliativ-pflegerischer Beratung Oelsnitz der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.	Pflockenstr. 44	09376
	Zschorlau	Hospizdienst der HERR-BERGE Burkhardtsgrün	An der Herrberge 1-9	08321
Mittelsachsen	Döbeln	Hospizarbeit- und Palliativberatung Döbeln	Otto-Johnsen-Str. 4	04720
	Flöha	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst	Bahnhofstr. 8b	09557
	Freiberg	Freiberger Hospizgruppe	Petersstr. 46	09599
	Geringswalde	Ambulanter Hospizdienst der Diakonie Sozialdienst GmbH	Dresdner Str. 27c	09326
	Mittweida	Domus Palliativmedizin und Hospiz für Chemnitz und Umgebung	Hainichener Str. 4-6	09648
	Oederan	Hospiz- und Palliativdienst "Begleitende Hände" Oederan e. V.	Richard-Wagner-Str. 1	09569
Vogtlandkreis	Klingenthal	Hospiz- und Beratungsdienst Klingenthal/Auerbach	Markneukirchner Str. 2	08248
	Plauen	Ambulanter Malteser Hospizdienst Plauen	Thomas-Mann-Str. 12	08523
	Reichenbach	Hospizverein Vogtland e. V. Reichenbach/Auerbach	Nordhorner Platz 1	08468
Zwickau	Glauchau	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst beim Freien Hospizverein Erzgebirgsvorland e. V.	Ulmenstr. 4	08371

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ
	Glauchau	Christlicher Hospizdienst „Lebensspur“ Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst	Pestalozzistr. 17	08371
	Limbach-Oberfrohna	Freier Hospizverein Erzgebirgsvorland e. V., Zweigstelle Limbach-Oberfrohna	Johannisplatz 4	09212
	Zwickau	Ökumenischer Hospizdienst ELISA Zwickau Stadt und Landkreis	Reichenbacher Str. 36	08056
Dresden, Stadt	Dresden	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst des Ev.-Luth. Diakonissenanstalt Dresden e. V.	Holzhofgasse 29	01099
	Dresden	Ambulanter Hospizdienst Volkssolidarität Dresden	Altgorbitzer Ring 58	01169
	Dresden	Ambulanter Malteser Hospizdienst Dresden	Leipziger Str. 33	01097
	Dresden	Christlicher Hospizdienst Dresden e. V.	Canalettostr. 13	01307
Bautzen	Bautzen	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst Bautzen	Karl-Liebknecht-str. 16	02625
	Bischofswerda	Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Bautzen ZwSt. Bischofswerda	Bautzener Str. 37	01877
	Hoyerswerda	Ambulanter Hospizdienst der Caritas im Landkreis Kamenz und Hoyerswerda, Außenstelle Hoyerswerda	L.-v.-Beethoven-Str. 26	02977
	Hoyerswerda	Ambulanter Hospizdienst der Malteser - Dienststelle Hoyerswerda	Robert-Schumann-Str. 11	02977
	Kamenz	Ambulanter Hospizdienst der Caritas im Landkreis Kamenz und Hoyerswerda	Haydnstr. 8	01917
Görlitz	Görlitz	Christlicher Hospizdienst Görlitz	Mühlweg 3	02826
	Herrnhut	Ambulanter Hospizdienst der Christliche Hospiz Ost-sachsen gGmbH ZwSt. Herrnhut	Comeniusstr. 12	02747
	Niesky	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst EM-MAUS Niesky	Bautzener Str. 21	02906
	Zittau	Ambulanter Hospizdienst der Christliche Hospiz Ost-sachsen gGmbH	Lessingstr. 16	02763
Meißen	Meißen	Ambulanter Hospizdienst des Caritas Verbandes Meißen e. V.	Wettinstr. 15	01662
	Riesa	Hospizarbeit- und Palliativberatung Riesa-Großenhain	Lessingstr. 9	01597
Sächsische Schweiz/ Osterzgebirge	Dohna	Ambulanter Hospizdienst Dohna/Heidenau/Osterzgebirge	Sedlitzer Str. 2	01809
	Neustadt	Ambulanter Hospizdienst Pirna, Zweigstelle Neustadt/Sa.	Kirchplatz 2	01844
	Pirna	Ambulanter Malteser Hospizdienst Pirna	Dr.-Wilhelm-Külz-Str. 1 b	01796
Leipzig, Stadt	Leipzig	Ambulanter Hospizdienst Advena	Birkenstr. 16	04177
	Leipzig	Hospiz Verein Leipzig e. V.	Kommandant-Prendel-Allee 97	04299

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ
Leipzig	Grimma	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst	Bockenberg 3	04668
	Neukieritzsch, OT Deutzen	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst im Leipziger Land	Am Wasserturm 7	04575
Nordsachsen	Delitzsch	Hospizdienst des Diakonischen Werkes Delitzsch/Eilenburg e. V.	Schlossstr. 4	04509
	Oschatz	Ökumenisch-Ambulanter Hospizdienst	Kirchplatz 2	04758
	Torgau	Ambulanter Hospizdienst Torgau	Pfarrstr. 1	04860
	Torgau	Ökumenischer Ambulanter Hospizdienst des Caritasverbandes Torgau	Karl-Marx-Platz 1c	04860

Quelle: Karmann et al. (2014), Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V., Internetauftritte der Leistungserbringer (Stand: November 2017).

Tabelle 43: Standorte der 6 ambulanten Kinderhospizdienste in Sachsen

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ
Chemnitz, Stadt	Chemnitz	Ambulanter Kinderhospiz-Dienst "Schmetterling"	Rudolph-Krahl-Str. 61a	09116
Erzgebirgskreis	Bad Schlema	Ambulanter Kinderhospiz-Dienst Westsachsen e. V.	Friedrich-Fröbel-Str. 1	08301
	Ehrenfriedersdorf	Ambulanter Hospizdienst Greifenstein e. V.	Chemnitzer Str. 64	09427
Dresden, Stadt	Dresden	Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst Dresden	Nicolaistr. 28	01307
Görlitz	Görlitz	Christlicher Hospizdienst Görlitz, Kinder- und Jugendhospizdienst in der Oberlausitz	Mühlweg 3	02826
Leipzig	Markkleeberg	Ambulanter Kinderhospizdienst Bärenherz	Kees'scher Park 3	04416

Quelle: Karmann et al. (2014), Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V., Internetauftritte der Leistungserbringer (Stand: November 2017).

Tabelle 44: Standorte der 10 stationären Hospize für Erwachsene in Sachsen

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ	Betten
Chemnitz, Stadt	Chemnitz	Hospiz Chemnitz	Am Karbel 61 a	09116	16
Erzgebirgs-kreis	Breitenbrunn, OT Erlabrunn	Erzgebirgs Hospiz Erlabrunn	Am Märzenberg 1	08359	8
Mittelsach-sen	Oederan	Stationäres Hospiz Ellen Gorlow	Richard-Wagner-Str. 1	09565	10
	Leisnig	Hospiz Lebenszeit	Am Haselberg 9	04703	12
Vogtland-kreis	Falkenstein	Hospiz Vogtland "Villa Falgard"	Bahnhofstr. 14	08223	12
Zwickau	Werdau	Hospiz Werdau	Crimmitschauer Strasse 34 c	08412	9
Görlitz	Herrnhut	Hospiz Siloah	Comeniusstr. 12	02747	12
Meißen	Radebeul	Hospiz Radebeul	Augustusweg 101f	01445	16
Leipzig, Stadt	Leipzig	Hospiz ADVENA	Birkenstraße 11	04177	16
	Leipzig	Hospiz Villa Auguste Leipzig gGmbH	Kommandant-Pren-del-Allee 106	04299	12

Quelle: Karmann et al. (2014) , Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, Landesverband für Hospizarbeit und Palli-ativmedizin Sachsen e.V., Internetauftritte der Leistungserbringer (Stand: April 2018).

Tabelle 45: Standort des stationären Kinderhospizes in Sachsen

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ	Betten
Leipzig	Markkleeberg	Gemeinnützige Hospizium GmbH Kinderhospiz Bärenherz Leipzig	Kees'scher Park 3	04416	10

Quelle: Karmann et al. (2014) , Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, Landesverband für Hospizarbeit und Palli-ativmedizin Sachsen e.V., Internetauftritte der Leistungserbringer (Stand: November 2017).

Tabelle 46: Standorte der 30 Palliativstationen in Sachsen

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ	Betten
Chemnitz, Stadt	Chemnitz	DRK-Krankenhaus Chemnitz Rabenstein	Unritzstr. 23	09117	12
	Chemnitz	Klinikum Chemnitz	Bürgerstr. 2	09113	11
Erzgebirgskreis	Aue	HELIOS Klinikum Aue	Gartenstr. 6	08280	6
	Breitenbrunn	Kliniken Erlabrunn	Am Märzenberg 1a	08359	8
Mittelsachsen	Freiberg	Kreiskrankenhaus Freiberg	Donatsring 20	09599	6
	Mittweida	Landkreis Mittweida Krankenhaus	Hainichener Str. 4-6	09648	6
Vogtlandkreis	Plauen	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	Röntgenstr. 2	08529	8
	Rodewisch	Klinikum Obergöltzsch Rodewisch	Stiftstr. 10	08228	6
Zwickau	Glauchau	Rudolf Virchow Klinikum Glauchau	Virchowstr. 18	08371	6
	Zwickau	Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau	Karl-Keil-Str. 35	08060	10
Dresden, Stadt	Dresden	Diakonissenkrankenhaus Dresden	Holzhofgasse 29	01099	6
	Dresden	Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden	Wintergartenstr. 15/17	01307	11
	Dresden	Städtisches Klinikum Dresden-Friedrichstadt	Friedrichstr. 41	01067	10
	Dresden	Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden	Fetscherstr. 74	01307	14
Bautzen	Bautzen	Oberlausitz-Kliniken – Krankenhaus Bautzen	Am Stadtwall 3	02625	10
	Hoyerswerda	Lausitzer Seenland Klinikum	Maria-Grollmuß-Str. 10	02977	6
	Kamenz	Malteser Krankenhaus St. Johannes	Nebelschützer Str. 40	01917	6
Görlitz	Ebersbach-Neugersdorf	Klinikum Oberlausitzer Bergland	Röntgenstr. 23	02730	6
	Görlitz	Malteser Krankenhaus St. Carolus	Carolusstr. 212	02827	9
	Weißwasser	Kreiskrankenhaus Weißwasser gGmbH	Karl-Liebknecht-Str. 1	02943	6
Meißen	Coswig	Fachkrankenhaus Coswig	Neucoswiger Str. 21	01640	9
	Riesa	Elblandkliniken Riesa-Großenhain	Weinbergstr. 8	01589	6
Sächsische Schweiz/Osterzgebirge	Pirna	HELIOS Klinikum Pirna	Struppener Str. 13	01796	6
	Sebnitz	Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz	Dr.-Steudner-Str. 75b	01855	7
Leipzig, Stadt	Leipzig	Klinikum St. Georg	Delitzscher Str. 141	04129	10
	Leipzig	St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig	Biedermannstr. 84	04277	10

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ	Betten
	Leipzig	Universitätsklinikum Leipzig	Semmelweisstr. 14	04103	12
Leipzig	Borna	SANA Kliniken Leipziger Land	Rudolf-Virchow-Str. 2	04552	8
	Wurzen	Muldentalkliniken Wurzen	Kutusowstr. 70	04808	6
Nordsachsen	Oschatz	Collm Klinik Oschatz	Parkstr. 1	04758	6

Quelle: Karmann et al. (2014), Krankenhausplan Sachsen (Stand: 01.07.2016), Internetauftritte der Krankenhäuser.

Tabelle 47: Standorte der 16 SAPV-Teams in Sachsen

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ
Chemnitz, Stadt	Chemnitz	Palliativprojekt Chemnitz	Unritzstr. 21 c	09117
Erzgebirgskreis	Schwarzenberg	Palliatives Brückenteam DRK Aue-Schwarzenberg	Am Fichtbusch 38-40	08340
Mittelsachsen	Dresden	Home Care Sachsen e. V. - Team II	Blumenstr. 70	01307
	Freiberg	Palliativnetz Freiberg	Dörnerzaunstr.1	09599
Vogtlandkreis	Plauen	Brückenteam Vogtlandkreis	Syrastr. 2	08523
Zwickau	Zwickau	Brückenteam Zwickau	Karl-Keil-Str. 35	08060
Dresden, Stadt	Dresden	Brückenteam am Krankenhaus St. Josef-Stift	Wintergartenstr. 15-17	01307
	Dresden	UPC-SAPV	Fetscherstr.74	01307
Bautzen	Dresden	Home Care Sachsen e. V. - Team I	Blumenstr. 70	01307
	Lauta/Laubusch	Palliativteam Lausitz e.V.	Hauptstr. 68	02961
Görlitz	Löbau	SAPV-Team Oberlausitz gGmbH	Äußere Zittauer Str. 47A	02708
	Niesky/OT See	SAPV-Team Niesky	Martin-Voß-Str. 42	02906
Meißen	Dresden	Home Care Sachsen e. V. - Team II	Blumenstr. 70	01307
Sächsische Schweiz/Osterzgebirge	Dresden	Home Care Sachsen e. V. - Team I	Blumenstr. 70	01307
Leipzig, Stadt	Leipzig	Brückenteam am Hospiz Villa Auguste SAPV	Kommandant-Prendel-Allee 106	04299
	Leipzig	Palliativnotdienst	Gutsmuthsstr. 11	04177

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ
Leipzig	Borna	SAPV-Team Südraum Leipzig	Rudolf-Virchow-Str. 2	04552
	Wurzen	SAPV-Team Muldental	Kutusowstr. 70	04808
Nordsachsen	Torgau	Palliativnotdienst Nordsachsen	Ritterstr. 15	04860

Anmerkung: Als Summe über die Landkreise und kreisfreien Städte ergeben sich 19 Leistungserbringer zur Versorgung Erwachsener. Auf Landesebene existieren jedoch nur 16 SAPV-Teams, da drei Teams jeweils zwei Landkreise versorgen. Quelle: Karmann et al. (2014), Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V., Internetauftritte der Leistungserbringer (Stand: November 2017).

Tabelle 48: Standort des SAPPV-Teams in Sachsen

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ
Dresden, Stadt	Dresden	Brückenprojekt am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden	Fetscherstr.74	01307

Quelle: Karmann et al. (2014) , Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V., Internetauftritte der Leistungserbringer (Stand: November 2017).

8.2 Zentrale Empfehlungen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Tabelle 49: Zentrale Empfehlungen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Leitsatz	Titel	1. Gesellschaftspolitische Herausforderungen – Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation
	zentrale Themen	- Recht auf Sterben unter würdigen Bedingungen - gesellschaftliche Wertvorstellungen - Ablehnung der Tötung auf Verlangen
	zentrale Empfehlungen	
	Handlungsfeld 1	Entscheidungs- und Handlungskompetenz am Lebensende - Einrichtung umfassender Informationsangebote für Betroffene - Stärkung von Selbstbestimmung (z. B. durch Patientenverfügungen/Advanced Care Planning)
	Handlungsfeld 2	Priorisierung von gesundheitspolitischen Zielen und Schwerpunkten - Fehlanreizen entgegenwirken - ökonomische Gesichtspunkte thematisieren - Berücksichtigung des multidimensionalen Schmerzbegriffes bei Versorgungsplanung - mehr Forschung zu pädiatrischen Themen
	Handlungsfeld 3	Kommunikation - öffentliche Debatten anstoßen - Thema Sterben stärker von den Medien zu berücksichtigen - einheitliche Kommunikationsstrategie für die Charta
Leitsatz	Titel	2. Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstrukturen

zentrale Empfehlungen	zentrale Themen	- vernetzte Versorgungsstrukturen für eine bedarfsgerechte Versorgung - Zugangsgerechtigkeit
	Handlungsfeld 1	Transfer in die Regelversorgung <i>ambulanter Bereich:</i> - Bildung eines integrativen vernetzten ambulanten PV-Angebots - Weiterentwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildung <i>stationärer Bereich:</i> - Erstellen von Konzepten zur Organisation-, Qualitäts- und Strukturentwicklung - finanzielle Absicherung von Palliativstationen und Palliativdiensten <i>Pflegeeinrichtungen:</i> - Etablierung einer Hospizkultur und palliativmedizinischer Grundsätze <i>Bundespolitik:</i> - laufende Evaluation und Berichterstattung <i>Landespolitik:</i> - Moderation und Koordinierung im ambulanten Bereich bei Einbindung aller Akteure (insbesondere aller AHD und SAPV-Teams) - ausreichende Finanzierung des Ausbaus der stationären PV und regelmäßige Überprüfung des Bedarfs - Unterstützung bei der Entwicklung von Hospiz- und Palliativkompetenz - Förderung der Vernetzung von stationären Hospiz-, Palliativ- und Pflegeeinrichtungen
	Handlungsfeld 2	Besondere Betroffenenengruppen <i>Leistungserbringer:</i> - Sensibilisierung der Mitarbeiter für Migranten, Demenzkranke und geistig Behinderte in der PV - Vernetzung mit Glaubens- und Kultureinrichtungen - Messung des zusätzlichen Ressourcenaufwandes für spezielle Gruppen <i>Bildungseinrichtungen:</i> - verstärkte Forschung zum Komplex Migranten, Demenzkranke und Menschen im Justizvollzug in der Hospiz- und Palliativversorgung <i>Landespolitik:</i> - gerechten Zugang von Migranten entwickeln, fördern und unterstützen - Bereitstellung der notwendigen Ressourcen für Demenzkranke am Lebensende - Kommunikative Dienstleistungen anbieten - Wohnen, Teilhabe und Selbstbestimmung von pädiatrischen Palliativpatienten thematisieren - Vermeiden von Verlegungen geistig Behinderter außerhalb des vertrauten Umfelds am Lebensende - Entwicklung von Modellprojekten zur Versorgung wohnungsloser Menschen - Entwicklung der Rahmenbedingungen für bedarfsgerechte Versorgung von Menschen im Justizvollzug und Aufnahme in Curricula der Anwärter - Finanzierungsverantwortung klären, insbes. an Schnittstellen der Versorgung - Entwicklung von geeignetem Informationsmaterial
	Handlungsfeld 3	Vernetzung, Zusammenarbeit und Verantwortung in der Region <i>Landespolitik:</i> - Moderation und Koordination des Vernetzungsprozesses - Unterstützung von Forschungs- und Evaluationsprojekten
Leitsatz	Titel	3. Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung
	zentrale Themen	- Festschreiben des jeweils aktuellen Erkenntnisstands zu den Themen Sterblichkeit, Spiritualität und Ethik in den Curricula

zentrale Empfehlungen	Handlungsfeld 1	Bildungsqualität in Berufsfeldern, die am Sterben unmittelbar beteiligt sind <i>Fachgesellschaften/Berufsverbände:</i> - Konzeption neuer Curricula <i>Landespolitik:</i> - neue Curricula als verpflichtende Basis zur Vermittlung durch die Bildungsträger anerkennen <i>Kostenträger:</i> - Unterstützung der Qualifizierungsangebote
	Handlungsfeld 2	Bildungsqualität in Berufsfeldern, die verstärkt mit den Themen Sterben und Tod beteiligt sind (z. B. Polizei und Rettungskräfte) - analog Handlungsfeld 1
	Handlungsfeld 3	Bildungsqualität in der Gesellschaft zu den Themen Krankheit, Sterben und Tod (insbesondere im (vor-)schulischen Bereich) <i>Kultuspolitik:</i> - Verankerung der Themen lebensverkürzende Erkrankung und plötzlicher Tod als Bildungsauftrag
Leitsatz	Titel	4. Entwicklungsperspektiven und Forschung
zentrale Empfehlungen	zentrale Themen	- Behandlung und Betreuung nach dem allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse - Förderung der relevanten Forschung und Verbesserung der Rahmenbedingungen
	Handlungsfeld 1	Förderung von Strukturen und Projekten <i>Bundespolitik:</i> - Auflegen spezifischer Förderprogramme - Evaluation der Versorgung <i>Landespolitik:</i> - Unterstützung der Profilbildung von Universitäten und Hochschulen im Bereich Palliativversorgung <i>Forschungsinstitutionen:</i> - Berücksichtigung des Themas Palliativversorgung in Gutachten, Arbeitskreisen et cetera <i>Kostenträger:</i> - Bereitstellung von Daten
	Handlungsfeld 2	Forschungsethik und -methodik <i>Forscher:</i> - Integration und Dokumentation der ethischen Diskussion in Forschungsprozess - Vorbereitung des Nachwuchses auf inhaltliche und methodische Besonderheiten
	Handlungsfeld 3	Forschungsagenda <i>Forschungsförderer:</i> - Berücksichtigung der Palliativversorgung bei Themensetzung
Leitsatz	Titel	5. Die europäische und internationale Dimension
zentrale Empfehlungen	zentrale Themen	- Recht auf Behandlung nach international anerkannten Standards und Empfehlungen - Vernetzung von PV-relevanten Institutionen
	Handlungsfeld 1	Palliativversorgung als Menschenrecht <i>Bundes- und Landespolitik:</i> - Unterstützung der Charta-Handlungsempfehlungen - Betonung des Ehrenamts in der nationalen und internationalen Diskussion <i>BMG/BMBF:</i> - Eintritt für besseren Zugang aller Länder zu notwendigen Arzneimitteln im Rahmen der PV

		- Beteiligung Deutschlands an internationalen Forschungsvorhaben - Vermittlung deutscher Erfahrungen im Ausland <i>Forschungseinrichtungen/Fachverbände:</i> - stärkere internationale Vernetzung
	Handlungsfeld 2	Terminologie und Definition der Begriffe im internationalen Vergleich - analog Handlungsfeld 1
	Handlungsfeld 3	Qualitätssicherung/ Qualitätsindikatoren - analog Handlungsfeld 1

Quelle: Eigene Darstellung nach DGP et al. (2016).

8.3 Literaturanalyse zur Effektivität verschiedener Versorgungsformen

Suchstrategie

Tabelle 50: Literaturanalyse in PubMed zur Bewertung der Effektivität von Versorgungsformen

Ziele	1. Bewertung der Effektivität von - ambulanten Hospizdiensten - spezialisierter ambulanter Palliativversorgung 2. Vergleich der Effektivität von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten 3. Vergleich der Effektivität von kleinen und großen ambulanten Diensten
Suchbegriffe PubMed	Block I (jeweils mit ODER verknüpft) 1. palliative medicine[MeSH] 2. palliative care[MeSH] 3. hospice and palliative care nursing[MeSH] 4. terminal care[MeSH] 5. hospices[MeSH] 6. palliative medicine[Title] 7. palliative care[Title] 8. terminal care[Title] 9. end of life care[Title] 10. hospic*[Title] UND Block II (jeweils mit ODER verknüpft) 1. effectivity[Title/Abstract] 2. quality of life[Title/Abstract] 3. place of death[Title/Abstract] UND Block III (jeweils mit ODER verknüpft) 1. Germany[MeSH] 2. German*[Title/Abstract]
Einschlusskriterien	• Publikationssprache: deutsch, englisch • Publikationszeitraum: Januar 2007 – Oktober 2017 • In Deutschland durchgeführte Studien

Ausschlusskriterien	• Keine Adjustierung für Störgrößen, die herangezogene Endpunkte beeinflussen können
Suchstrategie	1. Titelscreening zur Beurteilung potentiell relevanter Publikationen 2. Abstractscreening für die nach (1) identifizierten, unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien als relevant eingestuft Studien 3. Volltextsuche der durch (2) identifizierten, unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien als relevant eingestuft Studien

Quelle: Eigene Darstellung.

Ergebnisse der Literaturanalyse

Tabelle 51: Studien zur Effektivität von palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsangeboten

Versorgungsform	Studie	Zielstellung	Methodik	Ergebnisse
verschiedene	Gaertner et al. (2013)	Einfluss der stationären Palliativversorgung auf Symptomkontrolle, Sterbeort und Versorgungskosten von Krebspatienten innerhalb der letzten 6 Lebensmonate.	Retrospektive Auswertung von GKV-Routinedaten der BARMER GEK zum Vergleich von Patienten, die innerhalb der letzten 6 Lebensmonate mindestens einmal stationär palliativ versorgt wurden (n = 841), mit nicht stationär palliativ versorgten Patienten hinsichtlich Sterbeort, Kosten der Behandlung und Surrogaten für die Qualität der Symptomkontrolle, Umfang der medizinischen Behandlung und Entscheidungen am Lebensende. Nicht stationär palliativ versorgte Patienten wurden mithilfe eines Propensity Score Matchings auf Basis von Alter, Geschlecht und Krankheitschwere als geeignete Kontrollpatienten (n = 841) identifiziert.	Die Kosten der Behandlung aus GKV-Perspektive betrugen für die stationär palliativ versorgten Patienten durchschnittlich 21.879 € und für die Kontrollpatienten durchschnittlich 17.885 €. Die stationär palliativ versorgten Patienten wurden häufiger einer Chemotherapie unterzogen und verstarben häufiger im Krankenhaus, bekamen jedoch auch häufiger und höher dosierte Opioide. Die Autoren schlussfolgern, dass eine stationäre Palliativversorgung ein adäquates Schmerzmanagement ermöglicht. In Bezug auf die Anzahl chirurgischer Eingriffe und künstliche Ernährung wurden keine Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden.
SAPV	Groh et al. (2014)	Einfluss der SAPV auf Symptomkontrolle und Lebensqualität bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen sowie auf die Belastung und Lebensqualität deren pflegenden Angehörigen	Prospektive, nicht-randomisierte Studie aller durch eines der SAPV-Teams des Universitätsklinikums München versorgten Patienten. Als Datenquellen dienten Patientenakten, Informationen von Palliativmedizinern sowie verschiedene Fragebögen (Patienten: McGill Quality of Life Questionnaire, Minimal Documentation System for Palliative Medicine, Palliative Outcome Scale; Angehörige: Quality of Life in Life-Threatening Illness-Family Carer Version, Häusliche Pflegeskala, Hospital Anxiety and Depression Scale) zu zwei Messzeitpunkten (innerhalb der ersten Woche nach SAPV-Beginn und binnen nachfolgender 2 Monate bei Erwachsenen beziehungsweise 6 Monate pädiatrischen Patienten)	Es wurden 60 Erwachsene (Medianalter: 67,5 Jahre) und 40 Kinder (Medianalter: 6 Jahre) in die Studie einbezogen, deren Behandlung zwischen April 2011 bis Juni 2012 erfolgte. Bei den erwachsenen Patienten überwog der Anteil mit onkologischen Erkrankungen deutlich. 95 % der erwachsenen und 45 % der pädiatrischen Patienten starben bis zum Ende der Studie, 75 % und 90 % davon zu Hause. Die Lebensqualität von erwachsenen Patienten und Kindern sowie ihrer pflegenden Angehörigen verbesserte sich während der SAPV. Zudem konnte die Belastung der pflegenden Angehörigen reduziert werden.

Versorgungsform	Studie	Zielstellung	Methodik	Ergebnisse
verschiedene	Pinzon et al. (2012)	Untersuchung des Zusammenhangs von Symptomprävalenzen und Sterbeort	Schriftliche Befragung Hinterbliebener eines zwischen Mai und August 2008 Verstorbenen zu Symptomlast innerhalb der letzten zwei Lebensstage, Qualität der Behandlung und (präferiertem) Sterbeort; Einfluss des Sterbeortes auf die Symptomprävalenz durch multiple logistische Regressionsanalysen analysiert, wobei für Alter, Geschlecht, Familienstand und Krankheitstyp (Krebs/andere Erkrankung) adjustiert wurde. Sterbeorte wurden klassifiziert in: zu Hause, Krankenhaus, palliativmedizinische Einrichtung (Palliativstation oder Hospiz) und Pflegeheim	1.378 Fragebögen wurden komplett ausgefüllt zurückgesandt (36,0 %), für Analysen konnten 990 Personen herangezogen werden. Verteilung der Sterbeorte: zu Hause: 393; Krankenhaus: 377, palliativmed. Einrichtung: 95; Pflegeheim: 125 Die meisten Verstorbenen litten an mittlerer bis schwerer Schwäche (94,5 %), Erschöpfung (93,5 %), Appetitlosigkeit (87,4 %) und benötigten Hilfe bei täglichen Aktivitäten (87,9 %). Schmerzen, Atemnot und Nervosität waren in Krankenhäusern am stärksten ausgeprägt. Verwirrung und Desorientierung überwogen in Pflegeheimen. Patienten, die in einer spezialisierten palliativmedizinischen Einrichtung verstarben, wiesen ein geringeres Risiko für Probleme mit der Wundversorgung als zu Hause Verstorbene auf. Die Überlastung der Angehörigen war bei in Pflegeheimen und im Krankenhaus versorgten Patienten unwahrscheinlicher als bei zu Hause versorgten Patienten.

Quelle: Eigene Darstellung.

8.4 Literaturanalyse zu präferierten und realisierten Sterbeorten

Tabelle 52: Ausgewählte Studien zu Präferenzen von Menschen hinsichtlich des Sterbeortes und Vergleich zu tatsächlichen Sterbeorten

Studie	Ziel und Methodik	Ergebnisse	
		Präferenzen	Wirklichkeit
Calanzani et al. (2014)	Telefonische Befragung von zufällig ausgewählten 9.344 Erwachsenen aus fünf europäischen Ländern zu ihrem präferierten Sterbeort	50,5 % der Befragten aus Deutschland nannten das Krankenhaus (exkl. Palliativstation) als unerwünschtesten Sterbeort, 23,7 % das Pflegeheim. Ergebnis der binären logistischen Regression (abhängige Variable: Wunsch, nicht im Pflegeheim zu sterben) für Befragte aus Deutschland (N=1.363): - Alter über 50 Jahre (Adjusted Odds Ratio (aOR): 1,24, 95 % Confidence Interval (CI): 0,95 – 1,24) - in Deutschland geboren (aOR: 1,77, 95 % CI: 1,05 – 2,99) - Mitarbeit im Haushalt (aOR: 0,72, 95 % CI: 0,54 – 0,96)	nicht untersucht
DHPV (2017)	Befragung, inwiefern sich Menschen mit dem Thema Tod und Sterben auseinandersetzen, zu den Präferenzen hinsichtlich des Sterbeortes, dem Informationsgrad hinsichtlich der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsstrukturen, der Relevanz einer Patientenverfügung und Ansprechpartnern in Bezug auf die Begleitung am Lebensende	Präferenzen hinsichtlich des Sterbeortes unter Menschen, die sich bereits Gedanken zum Thema Sterben gemacht haben, Befragung 2017 (2012): - 58 % (66 %) zu Hause - 27 % (18 %) in Einrichtung zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen - 4 % (3 %) im Krankenhaus	nicht untersucht
Escobar Pinzon et al. (2013)	Analyse des Sterbewunschs und der Diskrepanz zu tatsächlichen Sterbeorten in Rheinland-Pfalz Schriftliche Umfrage von Angehörigen von 5.000 zufällig ausgewählten, in 2008 Verstorbenen	1.378 beantwortete Fragebögen (Rücklaufquote: 36,0 %) Verteilung der Präferenzen hinsichtlich des Sterbeortes von Patienten, die vor Versterben einen Sterbewunsch äußerten: - 93,8 % zu Hause - 0,7 % im Krankenhaus - 2,8 % auf Palliativstation oder im Hospiz - 2,4 % in Pflegeeinrichtung	Tatsächliche Sterbeorte: - 38,2 % zu Hause - 39,3 % im Krankenhaus - 7,5 % auf Palliativstation oder im Hospiz - 13,4 % in Pflegeeinrichtung - 1,6 % anderswo - 0,1 % keine Angabe

Studie	Ziel und Methodik	Ergebnisse	
		Präferenzen	Wirklichkeit
		- 0,3 % anderswo	➔ 58,9 % starben tatsächlich an dem präferierten Sterbeort Einflussfaktoren auf das Sterben in präferiertem Sterbeort: - Leben in ländlicher Gemeinde (aOR: 1,88, 95 % CI: 1,02-3,43) - Leben in ländlicher Stadt (aOR: 2,30, 95 % CI: 1,17-4,49) - Leben in kleiner Stadt (aOR: 1,95, 95 % CI: 1,04-3,68) - Nicht arbeitender Angehöriger (aOR: 1,79, 95 % CI: 1,16-2,76) - Angehöriger im selben Haushalt: (aOR: 2,28, 95 % CI: 1,57-3,32)
Gomes et al. (2013)	systematischer Review, der u. a. die Präferenzen hinsichtlich des Sterbens zu Hause analysiert	insg. 210 Studien aus 33 Ländern; Studienpopulation: 29.926 Menschen der Allgemeinbevölkerung, 34.021 Patienten und 19.514 Pflegern, 11.613 ältere Menschen, 3.504 Heilberufler und 1.729 Medizin- oder Pflegestudenten; circa 1/3 der Studien Patienten mit Krebs Präferenzen in Bezug auf das Sterben zu Hause in 130 Studien analysiert in 75 % der Studien gaben > 50 % der Befragten eine Präferenz für die Häuslichkeit an (Spannweite 51-100 %), in circa 1/3 der Studien lag der Anteil > 70 %. Heterogenität zwischen den Gruppen: Allgemeinbevölkerung: 24 Studien zeigten, dass die Mehrheit (52-92 %) das Sterben zu Hause präferiert Patienten und Pflegepersonal: 94 Studien (58 mit Patienten, 2 mit Pflegepersonal, 34 mit beiden Personengruppen): Patienten überwiegend Präferenzen für das Sterben zu Hause mit großer Variabilität	nicht untersucht

Studie	Ziel und Methodik	Ergebnisse	
		Präferenzen	Wirklichkeit
		zwischen den Studien (18-100 %); Pflegepersonal: bei Mehrheit der Befragten Wunsch nach Sterben der Angehörigen in Häuslichkeit 4 Studien: höhere Präferenz für Verbringen der letzten Lebensphase zu Hause als tatsächliches Sterben in der Häuslichkeit	
Zentrum für Qualität in der Pflege (2013)	Anonyme Bevölkerungsbefragung im Oktober 2013 zu den Themen „Bedürfnisse bei der Versorgung am Lebensende“ und „Vorstellungen vom Sterben“; nach Alter, Region, Geschlecht, und Bildung gewichtete Stichprobe von 1.007 Befragte, In-Home-Befragung per PC oder TV	Präferenzen in Bezug auf den Sterbeort: - 49 % zu Hause - 27 % in einem Hospiz - 15 % keine Angabe - 4 % in stationärer Pflegeeinrichtung - 3 % im Krankenhaus - 1 % egal, in Abhängigkeit der Umstände - 2 % sonstiges Präferenzen in Bezug auf die Begleitung im Moment des Sterbens: - circa 20 % wollen alleine sterben - 61 % wünschen, nicht alleine zu sein davon Begleitung gewünscht durch: - 81 % Lebenspartner - 70 % andere Familienangehörige - 32 % Freunde - 25 % professionelle Pflegekraft - 18 % seelsorgerische Begleitung - 18 % Arzt - 13 % psychologische Begleitung	nicht untersucht

Quelle: Eigene Darstellung.

8.5 Bevölkerungsprognose

Tabelle 53: Bevölkerungsprognose 2020 bis 2050 nach Landkreisen und kreisfreien Städten (in 1.000)

Landkreis	2020	2030	2050
Chemnitz, kreisfreie Stadt	249,0	236,3	212,8
Erzgebirgskreis	345,9	311,4	252,4
Mittelsachsen	313,7	288,6	244,3
Vogtlandkreis	232,6	212,9	178,4
Zwickau	324,7	297,6	250,0
Dresden, kreisfreie Stadt	582,3	591,7	611,0
Bautzen	309,4	284,8	241,3
Görlitz	257,9	232,7	189,4
Meißen	249,8	237,3	214,1
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	253,8	241,2	217,8
Leipzig, kreisfreie Stadt	602,0	617,7	650,3
Leipzig	264,5	254,5	235,6
Nordsachsen	200,6	190,9	172,9
Freistaat Sachsen	4.186,3	3.997,5	3.645,1

Quelle: Eigene Berechnungen nach Statistisches Landesamt Sachsen (2016a). Anmerkung: Die Zahlen für 2050 wurden durch die Autoren dieser Studie selbst berechnet (siehe Kapitel 5.2.1).

8.6 Interviewleitfäden

Interviewleitfaden Experten auf Landesebene

Halbstandardisiertes Experteninterview – Leitfaden Thema 1 (*Experten auf Landesebene*) (Stand: 14.09.2017)

Gesprächspartner:

Einleitung

„Vielen Dank, dass Sie sich ca. 60 Minuten Zeit nehmen, um uns einige Fragen zur hospizlichen und palliativen Versorgung in Sachsen zu beantworten. Da wir Ihre Aussagen im weiteren Verlauf der Studie für Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen verwenden möchten, würden wir das Gespräch gerne digital aufzeichnen und uns ggf. Notizen machen. Ist das für Sie in Ordnung?“

„Vielen Dank. Ist es für Sie in Ordnung, wenn wir Sie als Experten nennen (z.B. im Bericht an den Auftraggeber, dem Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz)?“

Antwort „JA“

Antwort „Nein“: nachträgliche Autorisierung anbieten: „Okay, wie wäre es, wenn wir Ihnen die entsprechenden Textpassagen vor der Veröffentlichung zukommen lassen würden?“

Inhaltlicher Beginn

Kurze Information zum Hintergrund und Vorgehen

„Vielen Dank. Wir beschäftigen uns im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz intensiv mit der palliativen und hospizlichen Versorgung im Freistaat Sachsen. Hierbei geht es insbesondere um die aktuelle Situation des Angebots, des Bedarfs sowie um eine Bedarfsprognose auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Im Rahmen dieser Expertengespräche sollen aktualisierte Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der in der Hospizstudie von 2013 aufgezeigten Problem- und Handlungsfelder erfasst werden.

Vor diesem Hintergrund möchten wir Ihre Einschätzung zum Status quo und zu Verbesserungspotentialen – jeweils in der hospizlichen und der palliativen Versorgung – erheben. Hierzu möchten wir Sie zu Ihrer Einschätzung zu den Bereichen **(1) Grundgedanke und Versorgungsziel, (2) Tätigkeitsfelder, (3) Fortbildung und Qualität, (4) Finanzierungsaspekte, (5) Versorgungssituation in Sachsen (6) Hospizarbeit und Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche in Sachsen und (7) Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen** [Anmerkung: Themenfeld 7 betrifft nur Experten der Palliativ- und Hospizverbände] befragen.

Zunächst soll es um die Hospizversorgung in Sachsen gehen.“

I. Themenabschnitt: Hospizversorgung

1. Grundgedanke und Versorgungsziel in Sachsen

- Was sollte Ihrer Meinung nach im Mittelpunkt der hospizlichen Versorgung stehen?
- Welche Versorgungsziele sollten in Sachsen kurz-, mittel- und langfristig im Fokus stehen? (bspw. besondere Bedarfe, Einbindung von Ehrenamtlichen)
- Welche wesentlichen Entwicklungen sind seit 2013 zu verzeichnen?

2. Tätigkeitsfelder

- Haben sich die Tätigkeitsfelder von Ehrenamtlichen seit 2013 verändert? Wenn ja, wie?
- In welchen Fällen gerät die ehrenamtliche Tätigkeit an ihre Grenzen? Wie wird eine angemessene Begleitung in Grenzfällen sichergestellt?
- Wie gelingt eine frühzeitige Einbindung Angehöriger bei der Sterbebegleitung?
- Welche Angebote der Trauerbewältigung im Rahmen der hospizlichen Begleitung gibt es und wo sind diese angesiedelt? Wer ist hier hauptverantwortlich tätig?
- Welche Angebote der Trauerbegleitung gibt es darüber hinaus? (bspw. für Angehörige nach Suizid)

3. Fortbildung und Qualität

- Wie bewerten Sie die Qualität und die Qualitätssicherung in der Ausbildung Ehrenamtlicher?

4. Finanzierungsaspekte

- Besteht Ihrer Ansicht nach eine auskömmliche Finanzierung für die Arbeit der ambulanten Hospizdienste und stationären Hospize? (Ja, Nein, Teilweise. Inwiefern ja, inwiefern nein?)
- Entstehen Ihrer Ansicht nach Fehlanreize aufgrund der Ausgestaltung der Finanzierung? (Ja, Nein, Teilweise. Inwiefern ja, inwiefern nein? bspw. Gefahr eines Ungleichgewichtes von Sterbebegleitungen zu Ausbildung und Vorhalten von Ehrenamtlichen durch GKV-Zuschuss, der auf dieser Relation basiert?)
- Könnte die finanzielle Landesförderung der ambulanten Hospizdienste maßgeblich zum Ausbau dieser Versorgungsangebote beitragen? (Ja, Nein, Teilweise. Inwiefern ja, inwiefern nein? Stichwort Anschubfinanzierung Personalkosten / jährlicher Sachkosten-Zuschuss.)
- Wie wichtig ist Ihrer Meinung die investive Landesförderung durch den Freistaat Sachsen?
- Wie schätzen Sie die Spendenbereitschaft in der Bevölkerung ein?

5. Versorgungssituation

- Aufgrund der Altersentwicklung in Sachsen kommt insbesondere der Koordination zwischen Pflegeheimen und Hospizdiensten eine hohe Bedeutung zu. Welche Hauptanforderungen sehen Sie in diesem Zusammenhang für die Organisation in Pflegeheimen und für das Pflegepersonal?
- Wurden seit 2013 bereits vernetzte Strukturen zwischen Pflegeheimen und Hospizdiensten aufgebaut?
- Wie bewerten Sie die aktuelle räumliche Verteilung der verschiedenen Versorgungsangebote (AHD und stationäre Hospize)?
- Wurden seit 2013 Einzugsgebiete und Erreichbarkeit beim Ausbau der Angebote berücksichtigt?
- Welche Richtwerte bzgl. der Erreichbarkeit und des Einzugsgebietes können für die verschiedenen Versorgungsarten herangezogen werden?

6. Hospizliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen

- Wie beurteilen Sie den aktuellen Stand der Versorgung von Kindern und Jugendlichen?
- Wie beurteilen Sie die räumliche Verteilung der Angebote?

„Im Folgenden möchten wir Ihre Einschätzung zur Palliativversorgung in Sachsen erfahren, wobei wir Ihnen gern - wie schon im Themenabschnitt zur Hospizversorgung - Fragen zu den sechs Bereichen **(1) Grundgedanke und Versorgungsziel, (2) Tätigkeitsfelder, (3) Fortbildung und Qualität, (4) Finanzierungsaspekte, (5) Versorgungssituation in Sachsen sowie (6) Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen** stellen möchten.“

II. Themenabschnitt: Palliativversorgung

1. Grundgedanke und Versorgungsziel in Sachsen

- Was sollte Ihrer Meinung nach im Mittelpunkt der palliativmedizinischen Versorgung stehen?
- Welche Versorgungsziele sollten in Sachsen kurz-, mittel- und langfristig im Fokus stehen? (bspw. Verhältnis AAPV und SAPV bzw. stationäre Palliativversorgung)?
- Welche wesentlichen Entwicklungen sind seit 2013 zu verzeichnen?

2. Tätigkeitsfelder

- Wie kann das Aufgabenspektrum der palliativmedizinischen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich charakterisiert werden? Welche Erkrankungen stehen im Mittelpunkt? (stationärer Bereich: Angebot der palliativmedizinischen Komplexleistung durch Palliativdienst)
- Welche besonderen Anforderungen sind in den vergangenen Jahren zu verzeichnen?
- Welche besonderen alters- und morbiditätsspezifischen Anforderungen ergeben sich an die Versorgung?
- Welche Anforderungen ergeben sich hinsichtlich der Einbindung Angehöriger?

3. Fortbildung und Qualität

- Wie bewerten Sie den Fortbildungsstand im Fach Palliativmedizin und die palliative Kompetenz in der sächsischen Versorgung?
- Inwieweit konnte Ihrer Meinung nach seit 2013 die allgemeine ambulante Palliativversorgung gestärkt werden?
- Wie bewerten Sie die Qualität und die Qualitätssicherung in der Weiterbildung zur Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Palliativ- und Hospizpflege?
- Wenden ausgebildete ärztliche und nicht-ärztliche Fachkräfte die in der Fort- und Weiterbildung erworbenen Kenntnisse Ihrer Meinung nach in der Praxis an? (Ja, Nein, Teilweise. Inwiefern ja, inwiefern nein? Was sind mögliche Ursachen / Barrieren?)

- In welchem Umfang und auf welcher gesetzlichen Grundlage (§ 39a SGB V und/oder nach der Weiterbildungsverordnung Gesundheitsfachberufe - SächsGfbWBVO) bilden sich Pflegefachkräfte in der Palliativ- und Hospizpflege überwiegend weiter?
- Warum werden Ihrer Meinung nach von einigen Fachkräften nur einzelne Module, jedoch nicht die gesamte Weiterbildung nach SächsGfbWBVO absolviert?
- Gibt es aktuelle Statistiken zu absolvierten Weiterbildungen (Anzahl und Umfang in Bezug auf die absolvierten Module)?

4. Finanzierungsaspekte

- Besteht Ihrer Ansicht nach eine auskömmliche Finanzierung für die Arbeit in der ambulanten und stationären Palliativversorgung? Ja, Nein, Teilweise. Inwiefern ja, inwiefern nein?
- Entstehen Ihrer Ansicht nach Fehlanreize aufgrund der Ausgestaltung der Finanzierung? Ja, Nein, Teilweise. Inwiefern ja, inwiefern nein? Bspw. Leistungsverlagerung?

5. Versorgungssituation

- Wie beurteilen Sie die Entwicklung der Versorgungssituation seit 2013?
- Wie beurteilen Sie die Entwicklung der räumlichen Verteilung seit 2013?
- Wie beurteilen Sie die Entwicklung seit 2013 in Hinblick auf den Ausbau von Netzwerken für die Palliativversorgung im ländlichen Raum?

6. Palliativmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

- Wie beurteilen Sie den aktuellen Stand der Versorgung von Kindern und Jugendlichen?
- Wie beurteilen Sie die räumliche Verteilung der Angebote?

[nur für Interview mit Experten der Palliativ- und Hospizverbände]:

III. Themenabschnitt: Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

„Abschließend möchten wir Sie gern noch zu einigen Aspekten der Hospiz- und Palliativversorgung in Einrichtungen der stationären Pflege befragen.

Mit Inkrafttreten des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) im Dezember 2015 wurden Ansätze in Hinblick auf die palliativmedizinische und hospizliche Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen geschaffen. So wurde gesetzlich geregelt, „dass Pflegeheime ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten können.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Zudem sieht Art. 3 HPG eine Anpassung des § 28 Abs. 5 SGB XI vor. Demnach schließt Pflege auch Sterbegleitung ein.“

- Studien zufolge versterben beinahe 50% aller Bewohner in der stationären Altenhilfe in den ersten 6 Monaten. Welcher Anteil dieser Menschen sollte Ihrer Einschätzung nach palliativmedizinisch betreut werden? Inwiefern erfolgt eine solche Betreuung? Stichwort unentdeckter Bedarf
- Gibt es Ihrer Einschätzung nach in stationären Pflegeeinrichtungen Personengruppen, die einen besonderen Bedarf bei der palliativmedizinischen Betreuung aufweisen? Inwiefern erfolgt eine solche Betreuung?
- Werden Ihrer Erfahrung nach die Empfehlungen des HPG zur gesundheitlichen Beratung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen bereits umgesetzt? Ja, Nein, Teilweise. Inwiefern ja, inwiefern nein? ggf. nachfragen nach regionalen Unterschieden und Unterschieden in Bezug auf verschiedene Träger der Einrichtungen
- Bestehen in stationären Pflegeeinrichtungen ausreichende und zweckdienliche Beratungsangebote bzgl. der hospizlichen und palliativmedizinischen Versorgung? Ja, Nein, Teilweise. Inwiefern ja, inwiefern nein? ggf. nachfragen nach regionalen Unterschieden

- Wie beurteilen Sie den Stand der Palliativ-Care-Weiterbildung des Personals in stationären Pflegeeinrichtungen?
- Sind Ihrer Einschätzung nach die stationären Pflegeeinrichtungen in lokale Netzwerke der HPV eingebunden? Ja, Nein, Teilweise. Mit welchen Anbietern (Dienste, Hausärzte)? ggf. nachfragen nach regionalen Unterschieden
- Wie sind ggf. Kooperationen mit Hospiz- und Palliativdiensten ausgestaltet? Ansprechpartner? Palliativbeauftragter?
- Ist die hospizliche und palliativmedizinische Beratung und Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen Ihrer Meinung nach ausreichend? Ja, Nein, Teilweise. Inwiefern ja, inwiefern nein? ggf. nachfragen nach regionalen Unterschieden
- Besteht Ihrer Ansicht nach eine auskömmliche Finanzierung für die palliativmedizinische Beratung und Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen? Ja, Nein, Teilweise. Inwiefern ja, inwiefern nein?

IV. Abschluss:

Gibt es neben den angesprochenen Themenkomplexen noch einen Aspekt, den Sie ansprechen wollen?

A4: Interviewleitfaden Leistungserbringer

Halbstandardisiertes Experteninterview – Leitfaden *Leistungserbringer* (Stand: 14.09.2017)

Gesprächspartner:

Einleitung

„Vielen Dank, dass Sie sich ca. 60 Minuten Zeit nehmen, um uns einige Fragen zur hospizlichen und palliativen Versorgung in Sachsen zu beantworten. Da wir Ihre Aussagen im weiteren Verlauf der Studie zur quantitativen Erfassung der Weiterbildung im Bereich Palliativ- und Hospizpflege und Palliativmedizin in Sachsen verwenden möchten, würden wir das Gespräch gerne digital aufzeichnen und uns ggf. Notizen machen. Ist das für Sie in Ordnung?

„Vielen Dank. Ist es für Sie in Ordnung, wenn wir Sie als Experten nennen (z.B. im Bericht an den Auftraggeber, das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz)?

Antwort „**JA**“

Antwort „**Nein**“: nachträgliche Autorisierung anbieten: „Okay, wie wäre es, wenn wir Ihnen die entsprechenden Textpassagen vor der Veröffentlichung zukommen lassen würden?“

Inhaltlicher Beginn

Kurze Information zum Hintergrund und Vorgehen

„Vielen Dank. Wir beschäftigen uns im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz intensiv mit der palliativen und hospizlichen Versorgung im Freistaat Sachsen. Hierbei geht es insbesondere um die aktuelle Situation des Angebots, des Bedarfs sowie um eine Bedarfsprognose auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Im Rahmen dieser zweiten Runde von Expertengesprächen sollen aktualisierte Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der in der Hospizstudie von 2013 aufgezeigten Problem- und Handlungsfelder erfasst werden.

Vor diesem Hintergrund soll eine standardisierte Befragung unter den in Sachsen tätigen Leistungserbringern in Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung durchgeführt werden. Zur konzeptionellen Entwicklung und Validierung des Fragebogens möchten wir Sie deshalb um Ihre Einschätzung in den Themenbereichen **(I) Stand der Weiter- und Fortbildung Pflegekräfte, (II) Grad der Vernetzung verschiedener Leistungsanbieter, (III) besondere Bedarfe bestimmter Gruppen** sowie **(IV) der Einbindung Angehöriger / Angeboten der Trauerbewältigung** befragen.

I. Themenabschnitt: Weiter- und Fortbildung Pflegefachkräfte

- Welche Weiterbildungen haben Pflegefachkräfte Ihrer Einrichtung absolviert?
- Auf welcher gesetzlichen Grundlage erfolgte die Weiterbildung überwiegend?
- Wie beurteilen Sie Umfang und Qualität dieser Weiterbildung?
- Werden in der Weiterbildung Ihrer Meinung nach alle relevanten Themenfelder abgedeckt?
- In welchem Umfang wenden weitergebildete Pflegefachkräfte ihre erworbenen Kenntnisse in der Praxis aktiv an?
- Gibt es Schwerpunkte, die in Hinblick auf die praktische Tätigkeit der Pflegekräfte weiter vertieft werden sollten?

II. Themenabschnitt: Grad der Vernetzung verschiedener Leistungsanbieter

- Inwiefern sind Ihnen andere Hospizdienste/palliative Leistungserbringer in Ihrer Region bekannt?
- Mit welchen anderen Leistungserbringern (Palliativdienste/Hospize, aber auch Pflegeheime) arbeiten Sie zusammen? (Mit welchen davon am häufigsten?)
- Welche Zusammenarbeit besteht allgemein zwischen ambulanten Hospizdiensten und Krankenhäusern, die über keine Palliativstation verfügen?
- Wie ist diese Zusammenarbeit ausgestaltet? (Ansprechpartner, Rahmenvereinbarungen)
- Inwiefern werden Sie bei der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit übergeordnet unterstützt? (Kommune, Versorgungsnetzwerk)
- Sind Sie in einem regionalen Versorgungsnetzwerk organisiert?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks?
- Welche Auswirkungen ergeben sich aus der Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks für Leistungserbringer?
- Welche Auswirkungen ergeben sich aus der Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks für Patienten?

III. Themenabschnitt: Besondere Bedarfe und Anforderungen

- Gibt es Patienten, bei denen aufgrund bestimmter Ursachen ein erhöhter oder spezieller medizinischer Versorgungsaufwand notwendig ist? (bspw. sieht die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland einen besonderen Bedarf bei Menschen mit Migrationshintergrund, Demenzerkrankung, Behinderung, bei Kindern und Jugendlichen, Wohnungslosen und Menschen in Vollzugseinrichtungen – gibt es Ihrer Einschätzung nach darüber hinaus Personengruppen mit einem erhöhten medizinischen Versorgungsaufwand?)
- Welche besonderen Bedarfe haben diese Patienten? (wenn nicht selbst darauf eingegangen, nach jungen Erwachsenen fragen)
- Gibt es neben den medizinischen Bedarfen auch andere besondere Bedarfe? (bspw. bei Sprach- und Verständigungsproblemen oder kulturellen Rahmenbedingungen, organisatorischer Art)
- Kann auf diese Bedarfe eingegangen werden? Wenn ja: wie?
- Wo sehen Sie den größten Verbesserungsbedarf bei der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in Sachsen? (allgemein und bezogen auf die zuvor Personengruppen; Rangfolge für

medizinisch, psychosozial, pflegerisch, organisatorisch...; weiter genannter Verbesserungsbedarf ebenfalls einordnen lassen)

IV. Einbindung Angehöriger, Angebote der Trauerbewältigung

- Inwieweit und auf welche Art und Weise werden aktuell Angehörige in die Arbeit Ihrer Einrichtung einbezogen?
- Was sind Ihrer Einschätzung nach die überwiegenden Bedarfe und Anforderungen Angehöriger?
- Kann diesen Rechnung getragen werden? Kommt es hierbei zu Engpässen? Wenn ja, wo?
- Gibt es Patienten, bei denen aufgrund bestimmter Ursachen besondere Bedarfe und Anforderungen an die Einbindung Angehöriger bzw. die Trauerarbeit entstehen? (bspw. bei Kindern und Jugendlichen oder durch kulturelle Unterschiede)
- Inwieweit kann diesen Rechnung getragen werden? Kommt es hierbei zu Engpässen? Wenn ja, wo?
- Welche Konzepte zur Trauerbewältigung bieten Sie an? Welche weiteren Konzepte sind Ihnen bekannt?
- Welche Angebote haben sich bewährt? Welche nicht?

V. Abschluss:

Gibt es neben den angesprochenen Themenkomplexen noch einen Aspekt, den Sie ansprechen wollen?

8.7 Fragebögen

1. *Ambulante Hospizdienste:*

Befragung von Leistungserbringern der Palliativ- und Hospizversorgung in Sachsen:

Ambulante Hospizdienste

Sehr geehrte Koordinatorinnen und Koordinatoren der ambulanten Hospizdienste in Sachsen,

im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz untersuchen wir als WIG2 Institut in Zusammenarbeit mit Herrn Professor Dr. Karmann (TU Dresden) im Rahmen der Hospizstudie 2017 das Versorgungsangebot, den Versorgungsbedarf und die Entwicklung der hospizlichen und palliativmedizinischen Versorgung in Sachsen. Auf Basis der Ergebnisse von Experteninterviews und standardisierten Befragungen sollen Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, wie den Herausforderungen der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung derzeit und zukünftig in geeigneter Weise entsprochen werden kann.

Die Darstellung des Versorgungsangebots fußt dabei wesentlich auf einer quantitativen Erfassung der in der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung tätigen Leistungsanbieter. Vor diesem Hintergrund möchten wir durch Fragen zu den Themen (1) allgemeine Informationen, (2) personelle Ausstattung, (3) Vernetzung mit anderen Leistungserbringern, (4) Patientengruppen mit besonderen Bedarfen und (5) Angebote der Trauerbegleitung die Struktur und das Versorgungsangebot Ihres ambulanten Hospizdienstes erfassen.

Das Ausfüllen des Fragebogens wird etwa 15 Minuten dauern. Alternativ zu beiliegendem papierbasierten Fragebogen können Sie diesen unter dem Ihnen per E-Mail zugesendeten Link auch online ausfüllen. Wenn Sie auch über einen ambulanten Kinderhospizdienst verfügen, füllen Sie für diesen bitte einen gesonderten Fragebogen aus. Mit der Beantwortung der Fragen geben Sie uns wichtige Einblicke in bestehende Strukturen der Palliativ- und Hospizversorgung im Freistaat Sachsen und tragen so wesentlich zu einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen am Lebensende bei.

Sollten Sie Fragen haben, stehen Ihnen als Ansprechpartnerinnen des WIG2 Instituts Leipzig Frau Ines Weinhold unter [Telefonnummer] oder Frau Franziska Claus unter [Telefonnummer] gern zur Verfügung.

Für Ihre Unterstützung der aktuellen Hospizstudie danken wir Ihnen ganz herzlich!

I. Allgemeine Informationen	
1. Name des Dienstes:	
2. Sitz des Dienstes:	
3. Spezialisierung:	☐ Erwachsene ☐ Kinder und Jugendliche ☐ junge Erwachsene
4. Gibt es für die Versorgung durch Ihren Dienst eine Wartezeit? Wenn ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Wartezeit an.	☐ Nein ☐ Ja, die durchschnittliche Wartezeit beträgt: _____
5. Wie viele Sterbebegleitungen hat Ihr Dienst im Jahr 2016 durchgeführt?	abgeschlossene Sterbebegleitungen: _____ Sterbebegleitungen insgesamt: _____
6. In welchen Regionen führen Sie Sterbebegleitungen durch? Bitte geben Sie jeweils auch an, wie viele abgeschlossene Sterbebegleitungen Sie in den jeweiligen Regionen im Jahr 2016 durchgeführt haben.	
Sterbebegleitungen erfolgen in:	Anzahl der im Jahr 2016 abgeschlossenen Sterbebegleitungen in der Region:
☐ Chemnitz, Stadt	
☐ Erzgebirgskreis	
☐ Mittelsachsen	
☐ Vogtlandkreis	
☐ Zwickau	
☐ Dresden, Stadt	
☐ Bautzen	
☐ Görlitz	
☐ Meißen	
☐ Sächsische Schweiz/Osterzgebirge	
☐ Leipzig, Stadt	
☐ Landkreis Leipzig	
☐ Nordsachsen	
☐ andere Bundesländer	
☐ andere Länder	

II. Personalausstattung

7. Bitte geben Sie für Ihren Dienst die Anzahl der hauptamtlich und ehrenamtlich tätigen Personen an.

hauptamtlich Tätige: _____

ehrenamtlich Tätige: _____

8. Bitte geben Sie an, welche der folgenden Berufsgruppen hauptamtlich oder in Rufbereitschaft für Ihren Dienst tätig sind. Bitte differenzieren Sie für die hauptamtlich Beschäftigten dabei auch nach Voll- und Teilzeitkräften.

Tätigkeit	Anzahl gesamt	Anzahl Vollzeit- kräfte	Teilzeitkräfte		Rufbereitschaft, wo zu- treffend	
			Anzahl	Summe Stunden / Woche	Anzahl	Summe Stunden / Woche
Pflegekräfte <u>mit Zusatzqualifikation</u> „Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit andauernder Wei- terbildung</u> „Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit Zusatzqualifikation</u> „Pädiatrische Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit andauernder Wei- terbildung</u> „Pädiatrische Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>ohne</u> Weiterbildung „Palliative Care“ oder „pädiatrische Palliative Care“						
Fachpfleger/-innen für Palliativ- und Hospizpflege						
Fach <u>kinder</u> pfleger/-innen für Pallia- tiv- und Hospizpflege						
Ärzte/-innen <u>ohne Zusatzweiterbil- dung</u> Palliativmedizin						
Ärzte/-innen <u>mit Zusatzweiterbil- dung</u> Palliativmedizin						
Psychologen/-innen						
Sozialarbeiter/-innen						
Sonstige Mitarbeiter/-innen Gesund- heitsfachberufe (Physio-, Ergothera- peuten/-innen etc.)						
Musiktherapeuten/-innen						
Seelsorger/-innen						
weitere und zwar: _____						

9. Wie viele Ihrer hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind ausgebildete bzw. aktuell in der Ausbildung befindliche Trauerbegleiter/-innen?

	hauptamtlich	ehrenamtlich
ausgebildete Trauerbegleiter/-innen		
in Ausbildung zum/zur Trauerbegleiter/-in		

III. Vernetzung

10. Ist Ihr Dienst in einem regionalen Versorgungsnetzwerk organisiert?	☐ Nein, auch nicht im Aufbau ☐ Nein, aber derzeit im Aufbau ☐ Ja: in welchem? _____
11. Mit welchen der folgenden Einrichtungen bzw. ambulanten Dienste kooperieren Sie?	☐ (anderer) ambulanter Hospizdienst für Erwachsene ☐ (anderer) ambulanter Kinderhospizdienst ☐ stationäres Hospiz für Erwachsene ☐ stationäres Kinderhospiz ☐ Haus-/Facharzt <u>ohne</u> Weiterbildung Palliativmedizin ☐ Haus-/Facharzt <u>mit</u> Weiterbildung Palliativmedizin ☐ SAPV-Team ☐ Palliativstation im Krankenhaus ☐ andere Stationen im Krankenhaus (bspw. Onkologie) ☐ Altenpflegeeinrichtung ☐ Kurzzeitpflegeeinrichtung ☐ ambulanter Pflegedienst ☐ sonstige und zwar: _____ ☐ sonstige und zwar: _____ ☐ sonstige und zwar: _____

IV. Besondere Bedarfe und Anforderungen

12. a) Wie viele Patienten und Patientinnen der folgenden Altersgruppen hat Ihr Dienst im Jahr 2016 begleitet?	a) Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahre)	_____					
	b) junge Erwachsene (18 bis 30 Jahre)	_____					
	c) Erwachsene (31 bis 40 Jahre)	_____					
	d) Erwachsene (41 bis 50 Jahre)	_____					
	e) Erwachsene (51 bis 60 Jahre)	_____					
	f) Erwachsene (61 bis 70 Jahre)	_____					
	g) Erwachsene (71 bis 80 Jahre)	_____					
	h) Erwachsene über 80 Jahre	_____					
12. b) Wie viele Patienten und Patientinnen der folgenden Personengruppen begleitete Ihr Dienst im Jahr 2016?	a) Menschen mit Migrationshintergrund	_____					
	b) an Demenz erkrankte Menschen	_____					
	c) Menschen mit geistiger Behinderung	_____					
	d) Wohnungslose	_____					
	e) Menschen in Vollzugseinrichtungen	_____					
13. Begleiten Sie darüber hinaus weitere ☐ Patienten und Patientinnen, bei denen ☐ aufgrund bestimmter Ursachen ein erhöhter oder spezieller Versorgungsaufwand notwendig ist?	Nein Ja, und zwar: _____ _____ _____						
14. Welche sind die größten Herausforderungen bei der Versorgung dieser Personengruppen? Bitte ordnen Sie die folgenden besonderen Bedarfe je Personengruppe nach ihrer Wichtigkeit (1 = größte Herausforderung in Bezug auf diese Gruppe, 6 = geringste Herausforderung in Bezug auf diese Gruppe).							
Kriterium	Patienten mit Migrationshintergrund	an Demenz erkrankte Patienten	Patienten mit geistiger Behinderung	Kinder und Jugendliche	Wohnungslose	Patienten in Vollzugseinrichtungen	weitere, in Frage 13 genannte Patienten
medizinische							
pflegerische							
organisatorische							
psychosoziale							
Kommunikation							
kulturelle							
keine Angabe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

V. Themenabschnitt: Trauerangebote

15. Wie viele Trauerbegleitungen mit ausgebildetem Trauerbegleiter/ausgebildeter Trauerbegleiterin hat Ihr Dienst im Jahr 2016 durchgeführt?

16. Welche Formen der Trauerbewältigung werden von Ihrem Dienst angeboten? Wenn Sie eine Form der Trauerbewältigung anbieten, geben Sie bitte auch an, wie oft Angehörige das entsprechende Angebot nutzen.

Angebot	<u>nie</u> von Angehörigen genutzt	<u>selten</u> von Angehörigen genutzt	<u>gelegentlich</u> von Angehörigen genutzt	<u>oft</u> von Angehörigen genutzt	<u>immer</u> von Angehörigen genutzt	von uns nicht angeboten
Einzelbegleitungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trauercafé	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für verwaiste Eltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für verwaiste Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für Kinder verstorbener Eltern / Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für Geschwisterkinder	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für verwaiste Eltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für verwaiste Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für Kinder verstorbener Eltern / Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für Geschwisterkinder	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Möglichkeit der Aufbahrung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
gemeinsame Gedenkfeiern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige und zwar:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige und zwar:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VI. Sonstiges/Weitere Anmerkungen:

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

2. Ambulante Kinderhospizdienste:

I. Allgemeine Informationen	
1. Name des Dienstes:	
2. Sitz des Dienstes:	
3. Spezialisierung:	☐ Kinder und Jugendliche ☐ junge Erwachsene
4. Gibt es für die Versorgung durch Ihren Dienst eine Wartezeit? Wenn ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Wartezeit an.	☐ Nein ☐ Ja, die durchschnittliche Wartezeit beträgt: _____
5. Wie viele Sterbebegleitungen hat Ihr Dienst im Jahr 2016 durchgeführt?	abgeschlossene Sterbebegleitungen: _____ Sterbebegleitungen insgesamt: _____
6. In welchen Regionen führen Sie Sterbebegleitungen durch? Bitte geben Sie jeweils auch an, wie viele abgeschlossene Sterbebegleitungen Sie in den jeweiligen Regionen im Jahr 2016 durchgeführt haben.	
Sterbebegleitungen erfolgen in:	Anzahl der im Jahr 2016 abgeschlossenen Sterbebegleitungen in der Region:
☐ Chemnitz, Stadt	
☐ Erzgebirgskreis	
☐ Mittelsachsen	
☐ Vogtlandkreis	
☐ Zwickau	
☐ Dresden, Stadt	
☐ Bautzen	
☐ Görlitz	
☐ Meißen	
☐ Sächsische Schweiz/Osterzgebirge	
☐ Leipzig, Stadt	
☐ Landkreis Leipzig	
☐ Nordsachsen	
☐ andere Bundesländer	
☐ andere Länder	

II. Personalausstattung

7. Bitte geben Sie für Ihren Dienst die Anzahl der hauptamtlich und ehrenamtlich tätigen Personen an.

hauptamtlich Tätige: _____

ehrenamtlich Tätige: _____

8. Bitte geben Sie an, welche der folgenden Berufsgruppen hauptamtlich oder in Rufbereitschaft für Ihren Dienst tätig sind. Bitte differenzieren Sie für die hauptamtlich Beschäftigten dabei auch nach Voll- und Teilzeitkräften.

Tätigkeit	Anzahl gesamt	Anzahl Vollzeit- kräfte	Teilzeitkräfte		Rufbereitschaft, wo zu- treffend	
			Anzahl	Summe Stunden / Woche	Anzahl	Summe Stunden / Woche
Pflegekräfte <u>mit Zusatzqualifikation</u> „Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit andauernder Weiterbildung</u> „Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit Zusatzqualifikation</u> „Pädiatrische Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit andauernder Weiterbildung</u> „Pädiatrische Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>ohne</u> Weiterbildung „Palliative Care“ oder „pädiatrische Palliative Care“						
Fachpfleger/-innen für Palliativ- und Hospizpflege						
Fach <u>kinder</u> pfleger/-innen für Palliativ- und Hospizpflege						
Ärzte/-innen <u>ohne Zusatzweiterbildung</u> Palliativmedizin						
Ärzte/-innen <u>mit Zusatzweiterbildung</u> Palliativmedizin						
Psychologen/-innen						
Sozialarbeiter/-innen						
Sonstige Mitarbeiter/-innen Gesundheitsfachberufe (Physio-, Ergotherapeuten/-innen etc.)						
Musiktherapeuten/-innen						
Seelsorger/-innen						
weitere und zwar: _____						

9. Wie viele Ihrer hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind ausgebildete bzw. aktuell in der Ausbildung befindliche Trauerbegleiter/-innen?

	hauptamtlich	ehrenamtlich
ausgebildete Trauerbegleiter/-innen		
in Ausbildung zum/zur Trauerbegleiter/-in		

III. Vernetzung

10. Ist Ihr Dienst in einem regionalen Versorgungsnetzwerk organisiert?	☐ Ja ☐ Nein, auch nicht im Aufbau ☐ Nein, aber derzeit im Aufbau ☐ Ja: in welchem? _____
11. Mit welchen der folgenden Einrichtungen bzw. ambulanten Dienste kooperieren Sie?	☐ ambulanter Hospizdienst für Erwachsene ☐ anderer ambulanter Kinderhospizdienst ☐ stationäres Hospiz für Erwachsene ☐ stationäres Kinderhospiz ☐ Haus-/Facharzt <u>ohne</u> Weiterbildung Palliativmedizin ☐ Haus-/Facharzt <u>mit</u> Weiterbildung Palliativmedizin ☐ SAPV-Team ☐ SAPPV-Team ☐ Palliativstation im Krankenhaus ☐ andere Stationen im Krankenhaus (bspw. Onkologie) ☐ Kurzzeitpflegeeinrichtung ☐ ambulanter Pflegedienst ☐ sonstige und zwar: _____ ☐ sonstige und zwar: _____ ☐ sonstige und zwar: _____

IV. Besondere Bedarfe und Anforderungen

12. Wie viele Patienten und Patientinnen der folgenden Personengruppen begleitete Ihr Dienst im Jahr 2016?		a) junge Erwachsene (18 bis 30 Jahre) _____ b) Menschen mit Migrationshintergrund _____ c) Menschen mit geistiger Behinderung _____ d) Wohnungslose _____ e) Menschen in Vollzugseinrichtungen _____					
13. Begleiten Sie darüber hinaus weitere ☐ Patienten und Patientinnen, bei denen ☐ aufgrund bestimmter Ursachen ein erhöhter oder spezieller Versorgungsaufwand notwendig ist?		☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____ _____ _____					
14. Welche sind die größten Herausforderungen bei der Versorgung dieser Personengruppen? Bitte ordnen Sie die folgenden besonderen Bedarfe je Personengruppe nach ihrer Wichtigkeit (1 = größte Herausforderung in Bezug auf diese Gruppe, 6 = geringste Herausforderung in Bezug auf diese Gruppe).							
Kriterium	junge Erwachsene	Patienten mit Migrationshintergrund	Patienten mit geistiger Behinderung	Wohnungslose	Patienten in Vollzugseinrichtungen	weitere, in Frage 13 genannte Patienten	weitere, in Frage 13 genannte Patienten
medizinische							
pflegerische							
organisatorische							
psychosoziale							
Kommunikation							
kulturelle							
keine Angabe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

V. Themenabschnitt: Trauerangebote

17. Wie viele Trauerbegleitungen mit ausgebildetem Trauerbegleiter/ausgebildeter Trauerbegleiterin hat Ihr Dienst im Jahr 2016 durchgeführt?

18. Welche Formen der Trauerbewältigung werden von Ihrem Dienst angeboten?
Wenn Sie eine Form der Trauerbewältigung anbieten, geben Sie bitte auch an, wie oft Angehörige das entsprechende Angebot nutzen.

Angebot	<u>nie</u> von Angehörigen genutzt	<u>selten</u> von Angehörigen genutzt	<u>gelegentlich</u> von Angehörigen genutzt	<u>oft</u> von Angehörigen genutzt	<u>immer</u> von Angehörigen genutzt	von uns nicht angeboten
Einzelbegleitungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trauercafé	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für verwaiste Eltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für verwaiste Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für Kinder verstorbener Eltern / Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für Geschwisterkinder	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für verwaiste Eltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für verwaiste Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für Kinder verstorbener Eltern / Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für Geschwisterkinder	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Möglichkeit der Aufbahrung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
gemeinsame Gedenkfeiern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige und zwar:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige und zwar:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VI. Sonstiges/Weitere Anmerkungen:

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

3. Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung:

I. Allgemeine Informationen	
1. Name des SAPV-Teams	
2. Sitz des SAPV-Teams	
3. Spezialisierung	☐ Erwachsene ☐ Kinder und Jugendliche ☐ junge Erwachsene
4. Gibt es für die Versorgung durch Ihr SAPV-Team eine Wartezeit? Wenn ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Wartezeit an.	☐ Nein ☐ Ja, die durchschnittliche Wartezeit beträgt: _____
5. Wie viele Patienten und Patientinnen wurden durch Ihr SAPV-Team im Jahr 2016 betreut?	
6. Aus welchen Regionen kommen Ihre Patienten und Patientinnen? Bitte geben Sie jeweils auch an, wie viele der im Jahr 2016 versorgten Patienten und Patientinnen aus den jeweiligen Regionen kommen.	
Patienten und Patientinnen kommen aus:	Anzahl der im Jahr 2016 versorgten Patienten und Patientinnen in der Region:
☐ Chemnitz, Stadt	
☐ Erzgebirgskreis	
☐ Mittelsachsen	
☐ Vogtlandkreis	
☐ Zwickau	
☐ Dresden, Stadt	
☐ Bautzen	
☐ Görlitz	
☐ Meißen	
☐ Sächsische Schweiz/Osterzgebirge	
☐ Leipzig, Stadt	
☐ Landkreis Leipzig	
☐ Nordsachsen	
☐ andere Bundesländer	
☐ andere Länder	

II. Personalausstattung

7. Bitte geben Sie für folgende Berufsgruppen die Anzahl der an der Palliativ- und Hospizversorgung beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie deren Kapazität an.

Tätigkeit	Anzahl gesamt	Anzahl Vollzeit- kräfte	Teilzeitkräfte		Rufbereitschaft, wo zu- treffend	
			Anzahl	Summe Stunden / Woche	Anzahl	Summe Stunden / Woche
Ärzte/innen <u>mit Zusatzweiterbil-</u> <u>dung</u> Palliativmedizin						
Ärzte/innen <u>mit andauernder Zu-</u> <u>satzweiterbildung</u> Palliativmedi- zin						
Ärzte/innen <u>ohne Zusatzweiter-</u> <u>bildung</u> Palliativmedizin						
Pflegekräfte <u>mit Zusatzqualifika-</u> <u>tion</u> „Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit andauernder</u> <u>Weiterbildung</u> „Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit Zusatzqualifika-</u> <u>tion</u> „Pädiatrische Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit andauernder</u> <u>Weiterbildung</u> „Pädiatrische Palli- ative Care“						
Pflegekräfte <u>ohne</u> Weiterbildung „Palliative Care“ oder „pädiatrische Palliative Care“						
Fachpfleger/-in für Palliativ- und Hospizpflege						
Fachkinderpfleger/-in für Pallia- tiv- und Hospizpflege						
Psychologen/-innen						
Sonstige Mitarbeiter/-innen Ge- sundheitsfachberufe (Physio-, Er- gotherapeuten/-innen etc.)						
Sozialarbeiter/-innen						
Musiktherapeuten/-innen						
Seelsorger/-innen						
weitere und zwar: _____						

III. Vernetzung

- | | |
|---|--|
| <p>8. Ist Ihr SAPV-Team in einem regionalen Versorgungsnetzwerk organisiert?</p> | <p>☐ Nein, auch nicht im Aufbau</p> <p>☐ Nein, aber derzeit im Aufbau</p> <p>☐ Ja: in welchem? _____</p> |
| <p>9. Mit welchen der folgenden Einrichtungen bzw. ambulanten Diensten kooperieren Sie?</p> | <p>☐ (anderes) SAPV-Team für Erwachsene</p> <p>☐ (anderes) SAPPV-Team</p> <p>☐ stationäres Hospiz</p> <p>☐ stationäres Kinderhospiz</p> <p>☐ Haus-/Facharzt <u>ohne</u> Weiterbildung Palliativmedizin</p> <p>☐ Haus-/Facharzt <u>mit</u> Weiterbildung Palliativmedizin</p> <p>☐ ambulanter Hospizdienst</p> <p>☐ ambulanter Kinderhospizdienst</p> <p>☐ Palliativstation im Krankenhaus</p> <p>☐ andere Stationen im Krankenhaus (bspw. Onkologie)</p> <p>☐ Altenpflegeeinrichtung</p> <p>☐ Kurzzeitpflegeeinrichtung</p> <p>☐ ambulanter Pflegedienst</p> <p>☐ sonstige und zwar: _____</p> <p>☐ sonstige und zwar: _____</p> <p>☐ sonstige und zwar: _____</p> |

IV. Besondere Bedarfe und Anforderungen

13. a) Wie viele Patienten und Patientinnen der folgenden Altersgruppen hat Ihr SAPV-Team im Jahr 2016 versorgt?	a) Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahre)	_____					
	b) junge Erwachsene (18 bis 30 Jahre)	_____					
	c) Erwachsene (31 bis 40 Jahre)	_____					
	d) Erwachsene (41 bis 50 Jahre)	_____					
	e) Erwachsene (51 bis 60 Jahre)	_____					
	f) Erwachsene (61 bis 70 Jahre)	_____					
	g) Erwachsene (71 bis 80 Jahre)	_____					
	h) Erwachsene über 80 Jahre	_____					
10.b) Wie viele Patienten und Patientinnen der folgenden Personengruppen versorgte Ihr SAPV-Team im Jahr 2016?	a) Menschen mit Migrationshintergrund	_____					
	b) an Demenz erkrankte Menschen	_____					
	c) Menschen mit geistiger Behinderung	_____					
	d) Wohnungslose	_____					
	e) Menschen in Vollzugseinrichtungen	_____					
11. Versorgen Sie darüber hinaus weitere Patienten und Patientinnen, bei denen aufgrund bestimmter Ursachen ein erhöhter oder spezieller Versorgungsaufwand notwendig ist?	☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____ _____ _____						
12. Welche sind die größten Herausforderungen bei der Versorgung dieser Personengruppen? Bitte ordnen Sie die folgenden besonderen Bedarfe je Personengruppe nach ihrer Wichtigkeit (1 = größte Herausforderung in Bezug auf diese Gruppe, 6 = geringste Herausforderung in Bezug auf diese Gruppe).							
Kriterium	Patienten mit Migrationshintergrund	an Demenz erkrankte Patienten	Patienten mit geistiger Behinderung	Kinder und Jugendliche	Wohnungslose	Patienten in Vollzugseinrichtungen	weitere, in Frage 11 genannte Patienten
medizinische							
pflegerische							
organisatorische							
psychosoziale							
Kommunikation							
kulturelle							
von uns nicht behandelt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

V. Trauerangebote

13. Bietet Ihr SAPV-Team selbst Formen der Trauerbewältigung mit ausgebildetem Trauerbegleiter/ ausgebildeter Trauerbegleiterin an oder koordiniert diese in Zusammenarbeit mit anderen Diensten? ☐ ☐ SAPV-Team bietet selbst Trauerangebote an
☐ SAPV-Team koordiniert Trauerangebote hauptsächlich mit folgendem Dienst: _____
☐ keine eigenen Angebote / keine Koordination

14. Wenn Ihr Team selbst Angebote der Trauerbewältigung vorhält: Welche Formen der Trauerbewältigung werden von Ihnen angeboten? Bitte geben Sie auch an, wie oft Angehörige das entsprechende Angebot nutzen.

Angebot	nie von Angehörigen genutzt	selten von Angehörigen genutzt	gelegentlich von Angehörigen genutzt	oft von Angehörigen genutzt	immer von Angehörigen genutzt
Einzelbegleitungen	☐	☐	☐	☐	☐
Trauercafé	☐	☐	☐	☐	☐
gemeinsame Gedenkfeierlichkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
Möglichkeit der Aufbahrung	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für verwaiste Eltern	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für verwaiste Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für Kinder verstorbener Eltern / Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für Geschwisterkinder	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für verwaiste Eltern	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für verwaiste Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für Kinder verstorbener Eltern / Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für Geschwisterkinder	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐

VI. Sonstiges/Weitere Anmerkungen:

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

4. Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung:

I. Allgemeine Informationen	
1. Name des SAPPV-Teams	
2. Sitz des SAPPV-Teams	
3. Spezialisierung	☐ Kinder und Jugendliche ☐ junge Erwachsene
4. Gibt es für die Versorgung durch Ihr SAPPV-Team eine Wartezeit? Wenn ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Wartezeit an.	☐ Nein ☐ Ja, die durchschnittliche Wartezeit beträgt: _____
5. Wie viele Patienten und Patientinnen wurden durch Ihr SAPPV-Team im Jahr 2016 betreut?	
6. Aus welchen Regionen kommen Ihre Patienten und Patientinnen? Bitte geben Sie jeweils auch an, wie viele der im Jahr 2016 versorgten Patienten und Patientinnen aus den jeweiligen Regionen kommen.	
Patienten und Patientinnen kommen aus:	Anzahl der im Jahr 2016 versorgten Patienten und Patientinnen in der Region:
☐ Chemnitz, Stadt	
☐ Erzgebirgskreis	
☐ Mittelsachsen	
☐ Vogtlandkreis	
☐ Zwickau	
☐ Dresden, Stadt	
☐ Bautzen	
☐ Görlitz	
☐ Meißen	
☐ Sächsische Schweiz/Osterzgebirge	
☐ Leipzig, Stadt	
☐ Landkreis Leipzig	
☐ Nordsachsen	
☐ andere Bundesländer	
☐ andere Länder	

II. Personalausstattung

7. Bitte geben Sie für folgende Berufsgruppen die Anzahl der an der Palliativ- und Hospizversorgung beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie deren Kapazität an.

Tätigkeit	Anzahl gesamt	Anzahl Vollzeit- kräfte	Teilzeitkräfte		Rufbereitschaft, wo zu- treffend	
			Anzahl	Summe Stunden / Woche	Anzahl	Summe Stunden / Woche
Ärzte/innen <u>mit Zusatzweiterbil-</u> <u>dung Palliativmedizin</u>						
Ärzte/innen <u>mit andauernder Zu-</u> <u>satzweiterbildung Palliativmedi-</u> <u>zin</u>						
Ärzte/innen <u>ohne Zusatzweiter-</u> <u>bildung Palliativmedizin</u>						
Pflegekräfte <u>mit Zusatzqualifika-</u> <u>tion „Palliative Care“</u>						
Pflegekräfte <u>mit andauernder</u> <u>Weiterbildung „Palliative Care“</u>						
Pflegekräfte <u>mit Zusatzqualifika-</u> <u>tion „Pädiatrische Palliative Care“</u>						
Pflegekräfte <u>mit andauernder</u> <u>Weiterbildung „Pädiatrische Palli-</u> <u>ative Care“</u>						
Pflegekräfte <u>ohne Weiterbildung</u> <u>„Palliative Care“ oder</u> <u>„pädiatrische Palliative Care“</u>						
Fachpfleger/-in für Palliativ- und Hospizpflege						
Fachkinderpfleger/-in für Pallia- tiv- und Hospizpflege						
Psychologen/-innen						
Sonstige Mitarbeiter/-innen Ge- sundheitsfachberufe (Physio-, Er- gotherapeuten/-innen etc.)						
Sozialarbeiter/-innen						
Musiktherapeuten/-innen						
Seelsorger/-innen						
weitere und zwar: _____						

III. Vernetzung

- | | |
|--|---|
| <p>8. Ist Ihr SAPPV-Team in einem regionalen Versorgungsnetzwerk organisiert?</p> | <p>☐ Nein, auch nicht im Aufbau</p> <p>☐ Nein, aber derzeit im Aufbau</p> <p>☐ Ja: in welchem? _____</p> |
| <p>9. Mit welchen der folgenden Einrichtungen bzw. ambulanten Dienste kooperieren Sie?</p> | <p>☐ SAPV-Team für Erwachsene</p> <p>☐ anderes SAPPV-Team</p> <p>☐ stationäres Hospiz</p> <p>☐ stationäres Kinderhospiz</p> <p>☐ Haus-/Facharzt <u>ohne</u> Weiterbildung Palliativmedizin</p> <p>☐ Haus-/Facharzt <u>mit</u> Weiterbildung Palliativmedizin</p> <p>☐ ambulanter Hospizdienst</p> <p>☐ ambulanter Kinderhospizdienst</p> <p>☐ Palliativstation im Krankenhaus</p> <p>☐ andere Stationen im Krankenhaus (bspw. Onkologie)</p> <p>☐ Kurzzeitpflegeeinrichtung</p> <p>☐ ambulanter Pflegedienst</p> <p>☐ sonstige und zwar: _____</p> <p>☐ sonstige und zwar: _____</p> <p>☐ sonstige und zwar: _____</p> |

III. Besondere Bedarfe und Anforderungen

10. Wie viele Patienten und Patientinnen der folgenden Personengruppen versorgte Ihr SAPPV-Team im Jahr 2016?	a) junge Erwachsene (18 bis 30 Jahre)	_____					
	b) Menschen mit Migrationshintergrund	_____					
	c) Menschen mit geistiger Behinderung	_____					
	d) Wohnungslose	_____					
	e) Menschen in Vollzugseinrichtungen	_____					
11. Versorgen Sie darüber hinaus weitere Patienten und Patientinnen, bei denen aufgrund bestimmter Ursachen ein erhöhter oder spezieller Versorgungsaufwand notwendig ist?	☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____ _____ _____						
12. Welche sind die größten Herausforderungen bei der Versorgung dieser Personengruppen? Bitte ordnen Sie die folgenden besonderen Bedarfe je Personengruppe nach ihrer Wichtigkeit (1 = größte Herausforderung in Bezug auf diese Gruppe, 6 = geringste Herausforderung in Bezug auf diese Gruppe).							
Kriterium	Kinder und Jugendliche	junge Erwachsene	Patienten mit Migrationshintergrund	Patienten mit geistiger Behinderung	Wohnungslose	Patienten in Vollzugseinrichtungen	weitere, in Frage 11 genannte Patienten
medizinische							
pflegerische							
organisatorische							
psychosoziale							
Kommunikation							
kulturelle							
von uns nicht behandelt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

IV. Trauerangebote

13. Bietet Ihr SAPV-Team selbst Formen der Trauerbewältigung mit ausgebildetem Trauerbegleiter/ ausgebildeter Trauerbegleiterin an oder koordiniert diese in Zusammenarbeit mit anderen Diensten? ☐ ☐ SAPV-Team bietet selbst Trauerangebote an ☐ SAPV-Team koordiniert Trauerangebote hauptsächlich mit folgendem Dienst: _____ ☐ keine eigenen Angebote / keine Koordination

14. Wenn Ihr Team selbst Angebote der Trauerbewältigung vorhält: Welche Formen der Trauerbewältigung werden von Ihnen angeboten? Bitte geben Sie auch an, wie oft Angehörige das entsprechende Angebot nutzen.

Angebot	nie von Angehörigen genutzt	selten von Angehörigen genutzt	gelegentlich von Angehörigen genutzt	oft von Angehörigen genutzt	immer von Angehörigen genutzt
Einzelbegleitungen	☐	☐	☐	☐	☐
Trauercafé	☐	☐	☐	☐	☐
gemeinsame Gedenkfeierlichkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
Möglichkeit der Aufbahrung	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für verwaiste Eltern	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für verwaiste Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für Kinder verstorbener Eltern / Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für Geschwisterkinder	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für verwaiste Eltern	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für verwaiste Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für Kinder verstorbener Eltern / Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für Geschwisterkinder	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐

V. Sonstiges/Weitere Anmerkungen:

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

5. Hospize:

I. Allgemeine Informationen	
1. Name des Hospizes:	
2. Ort des Hospizes:	
3. Bettenanzahl des Hospizes:	
4. Spezialisierung:	☐ Erwachsene ☐ Kinder und Jugendliche ☐ junge Erwachsene
5. Gibt es für die Versorgung in Ihrem Hospiz eine Wartezeit? Wenn ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Wartezeit an.	☐ Nein ☐ Ja, die durchschnittliche Wartezeit beträgt: _____
6. Wie viele stationäre Patienten und Patientinnen hat Ihr Hospiz im Jahr 2016 versorgt?	
7. Aus welchen Regionen kommen Ihre Patienten und Patientinnen? Bitte geben Sie jeweils auch an, wie viele Patienten und Patientinnen aus der jeweiligen Region kommen.	
Patienten und Patientinnen kommen aus:	Anzahl der Patienten und Patientinnen aus der Region:
☐ Chemnitz, Stadt	
☐ Erzgebirgskreis	
☐ Mittelsachsen	
☐ Vogtlandkreis	
☐ Zwickau	
☐ Dresden, Stadt	
☐ Bautzen	
☐ Görlitz	
☐ Meißen	
☐ Sächsische Schweiz/Osterzgebirge	
☐ Leipzig, Stadt	
☐ Landkreis Leipzig	
☐ Nordsachsen	
☐ andere Bundesländer	
☐ andere Länder	

II. Personalausstattung

8. Bitte geben Sie für Ihre Einrichtung die Anzahl der hauptamtlich und ehrenamtlich tätigen Personen an.

hauptamtlich Tätige: _____
ehrenamtlich Tätige: _____

9. Bitte geben Sie an, welche der folgenden Berufsgruppen hauptamtlich oder in Rufbereitschaft in Ihrer Einrichtung tätig sind. Bitte differenzieren Sie für die hauptamtlich Beschäftigten dabei auch nach Voll- und Teilzeitkräften.

Tätigkeit	Anzahl gesamt	Anzahl Vollzeit- kräfte	Teilzeitkräfte		Rufbereitschaft, wo zu- treffend	
			Anzahl	Summe Stunden / Woche	Anzahl	Summe Stunden / Woche
Pflegekräfte <u>mit Zusatzqualifikation</u> „Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit andauernder Weiterbildung</u> „Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit Zusatzqualifikation</u> „Pädiatrische Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit andauernder Weiterbildung</u> „Pädiatrische Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>ohne</u> Weiterbildung „Palliative Care“ oder „pädiatrische Palliative Care“						
Fachpfleger/-innen für Palliativ- und Hospizpflege						
Fach <u>kinder</u> pfleger/-innen für Palliativ- und Hospizpflege						
Ärzte/-innen <u>ohne Zusatzweiterbildung</u> Palliativmedizin						
Ärzte/-innen <u>mit Zusatzweiterbildung</u> Palliativmedizin						
Psychologen/-innen						
Sozialarbeiter/-innen						
Sonstige Mitarbeiter/-innen Gesundheitsfachberufe (Physio-, Ergotherapeuten/-innen etc.)						
Musiktherapeuten/-innen						
Seelsorger/-innen						
weitere und zwar: _____						

10. Wie viele Ihrer hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter sind ausgebildete bzw. aktuell in der Ausbildung befindliche Trauerbegleiter/-innen?

	hauptamtlich	ehrenamtlich
ausgebildete Trauerbegleiter/-innen		
in Ausbildung zum/zur Trauerbegleiter/-in		

III. Vernetzung

11. Ist Ihr Hospiz in einem regionalen Versorgungsnetzwerk organisiert?	☐ Ja ☐ Nein, auch nicht im Aufbau ☐ Nein, aber derzeit im Aufbau ☐ Ja: in welchem? _____
12. Mit welchen der folgenden Einrichtungen bzw. ambulanten Diensten kooperieren Sie?	☐ SAPV-Team für Erwachsene ☐ SAPPV-Team ☐ anderes stationäres Hospiz ☐ stationäres Kinderhospiz ☐ Haus-/Facharzt <u>ohne</u> Weiterbildung Palliativmedizin ☐ Haus-/Facharzt <u>mit</u> Weiterbildung Palliativmedizin ☐ ambulanter Hospizdienst ☐ ambulanter Kinderhospizdienst ☐ Palliativstation im Krankenhaus ☐ andere Stationen im Krankenhaus (bspw. Onkologie) ☐ Altenpflegeeinrichtung ☐ Kurzzeitpflegeeinrichtung ☐ ambulanter Pflegedienst ☐ sonstige und zwar: _____ ☐ sonstige und zwar: _____ ☐ sonstige und zwar: _____

IV. Besondere Bedarfe und Anforderungen

13. a) Wie viele Patienten und Patientinnen der folgenden Altersgruppen hat Ihre Einrichtung im Jahr 2016 versorgt?	a) Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahre)	_____						
	b) junge Erwachsene (18 bis 30 Jahre)	_____						
	c) Erwachsene (31 bis 40 Jahre)	_____						
	d) Erwachsene (41 bis 50 Jahre)	_____						
	e) Erwachsene (51 bis 60 Jahre)	_____						
	f) Erwachsene (61 bis 70 Jahre)	_____						
	g) Erwachsene (71 bis 80 Jahre)	_____						
	h) Erwachsene über 80 Jahre	_____						
13. b) Wie viele Patienten und Patientinnen der folgenden Personengruppen versorgte Ihre Einrichtung im Jahr 2016?	a) Menschen mit Migrationshintergrund	_____						
	b) an Demenz erkrankte Menschen	_____						
	c) Menschen mit geistiger Behinderung	_____						
	d) Wohnungslose	_____						
	e) Menschen in Vollzugseinrichtungen	_____						
14. Versorgen Sie darüber hinaus weitere Patienten und Patientinnen, bei denen aufgrund bestimmter Ursachen ein erhöhter oder spezieller Versorgungsaufwand notwendig ist?	☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____ _____ _____							
15. Welche sind die größten Herausforderungen bei der Versorgung dieser Personengruppen? Bitte ordnen Sie die besonderen Bedarfe je Personengruppe nach ihrer Wichtigkeit (1 = besonders große Herausforderung, 6 = keine oder sehr geringe Herausforderung)								
Kriterium	Patienten mit Migrationshintergrund	an Demenz erkrankte Patienten	Patienten mit geistiger Behinderung	Kinder und Jugendliche	junge Erwachsene	Wohnungslose	Patienten in Vollzugseinrichtungen	weitere, in Frage 14 genannte Patienten
medizinische								
pflegerische								
organisatorische								
psychosoziale								
Kommunikation								
kulturelle								
von uns nicht behandelt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

V. Trauerangebote

16. Wie viele Trauerbegleitungen mit ausgebildetem Trauerbegleiter/ausgebildeter Trauerbegleiterin hat Ihre Einrichtung im Jahr 2016 durchgeführt?

17. Welche Formen der Trauerbewältigung werden von Ihrer Einrichtung angeboten?
Wenn Sie eine Form der Trauerbewältigung anbieten, geben Sie bitte auch an, wie oft Angehörige das entsprechende Angebot nutzen.

Angebot	nie von Angehörigen genutzt	selten von Angehörigen genutzt	gelegentlich von Angehörigen genutzt	oft von Angehörigen genutzt	immer von Angehörigen genutzt	von uns nicht angeboten
Möglichkeit der Aufbahrung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
gemeinsame Gedenkfeiern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einzelbegleitungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trauercafé	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für verwaiste Eltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für verwaiste Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für Kinder verstorbener Eltern / Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für Geschwisterkinder	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für verwaiste Eltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für verwaiste Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für Kinder verstorbener Eltern / Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für Geschwisterkinder	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges und zwar:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges und zwar:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VI. Sonstiges/Weitere Anmerkungen:

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

6. Kinderhospiz:

I. Allgemeine Informationen	
1. Name des Hospizes:	
2. Ort des Hospizes:	
3. Bettenanzahl des Hospizes:	
4. Spezialisierung:	☐ Kinder und Jugendliche ☐ junge Erwachsene
5. Gibt es für die Versorgung in Ihrem Hospiz eine Wartezeit? Wenn ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Wartezeit an.	☐ Nein ☐ Ja, die durchschnittliche Wartezeit beträgt: _____
6. Wie viele stationäre Patienten und Patientinnen hat Ihr Hospiz im Jahr 2016 versorgt?	
7. Aus welchen Regionen kommen Ihre Patienten und Patientinnen? Bitte geben Sie jeweils auch an, wie viele Patienten und Patientinnen aus der jeweiligen Region kommen.	
Patienten und Patientinnen kommen aus:	Anzahl der Patienten und Patientinnen aus der Region:
☐ Chemnitz, Stadt	
☐ Erzgebirgskreis	
☐ Mittelsachsen	
☐ Vogtlandkreis	
☐ Zwickau	
☐ Dresden, Stadt	
☐ Bautzen	
☐ Görlitz	
☐ Meißen	
☐ Sächsische Schweiz/Osterzgebirge	
☐ Leipzig, Stadt	
☐ Landkreis Leipzig	
☐ Nordsachsen	
☐ andere Bundesländer	
☐ andere Länder	

II. Personalausstattung						
8. Bitte geben Sie für Ihre Einrichtung die Anzahl der hauptamtlich und ehrenamtlich tätigen Personen an.				hauptamtlich Tätige: _____ ehrenamtlich Tätige: _____		
9. Bitte geben Sie an, welche der folgenden Berufsgruppen <u>hauptamtlich oder in Rufbereitschaft</u> in Ihrer Einrichtung tätig sind. Bitte differenzieren Sie für die hauptamtlich Beschäftigten dabei auch nach Voll- und Teilzeitkräften.						
Tätigkeit	Anzahl gesamt	Anzahl Vollzeit- kräfte	Teilzeitkräfte		Rufbereitschaft, wo zu- treffend	
			Anzahl	Summe Stunden / Woche	Anzahl	Summe Stunden / Woche
Pflegekräfte <u>mit Zusatzqualifikation</u> „Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit andauernder Weiterbildung</u> „Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit Zusatzqualifikation</u> „Pädiatrische Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>mit andauernder Weiterbildung</u> „Pädiatrische Palliative Care“						
Pflegekräfte <u>ohne</u> Weiterbildung „Palliative Care“ oder „pädiatrische Palliative Care“						
Fachpfleger/-innen für Palliativ- und Hospizpflege						
Fachkinderpfleger/-innen für Palliativ- und Hospizpflege						
Ärzte/-innen <u>ohne Zusatzweiterbildung</u> Palliativmedizin						
Ärzte/-innen <u>mit Zusatzweiterbildung</u> Palliativmedizin						
Psychologen/-innen						
Sozialarbeiter/-innen						
Sonstige Mitarbeiter/-innen Gesundheitsfachberufe (Physio-, Ergotherapeuten/-innen etc.)						
Musiktherapeuten/-innen						
Seelsorger/-innen						
weitere und zwar: _____						
10. Wie viele Ihrer hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter sind ausgebildete bzw. aktuell in der Ausbildung befindliche Trauerbegleiter/-innen?						
			hauptamtlich		ehrenamtlich	
ausgebildete Trauerbegleiter/-innen						
in Ausbildung zum/zur Trauerbegleiter/-in						

III. Vernetzung

- | | |
|---|--|
| <p>11. Ist Ihr Hospiz in einem regionalen Versorgungsnetzwerk organisiert?</p> | ☐ Nein, auch nicht im Aufbau
☐ Nein, aber derzeit im Aufbau
☐ Ja: in welchem? _____ |
| <p>12. Mit welchen der folgenden Einrichtungen bzw. ambulanten Dienste kooperieren Sie?</p> | ☐ SAPV-Team für Erwachsene
☐ SAPPV-Team
☐ (anderes) stationäres Hospiz
☐ anderes stationäres Kinderhospiz
☐ Haus-/Facharzt <u>ohne</u> Weiterbildung Palliativmedizin
☐ Haus-/Facharzt <u>mit</u> Weiterbildung Palliativmedizin
☐ ambulanter Hospizdienst
☐ ambulanter Kinderhospizdienst
☐ Palliativstation im Krankenhaus
☐ andere Stationen im Krankenhaus (bspw. Onkologie)
☐ Kurzzeitpflegeeinrichtung
☐ ambulanter Pflegedienst
☐ sonstige und zwar: _____
☐ sonstige und zwar: _____
☐ sonstige und zwar: _____ |

IV. Besondere Bedarfe und Anforderungen

13. Wie viele Patienten und Patientinnen der folgenden Personengruppen versorgte Ihre Einrichtung im Jahr 2016?		a) junge Erwachsene (18 bis 30 Jahre) _____ b) Menschen mit Migrationshintergrund _____ c) Menschen mit geistiger Behinderung _____ d) Wohnungslose _____ e) Menschen in Vollzugseinrichtungen _____					
14. Versorgen Sie darüber hinaus weitere Patienten und Patientinnen, bei denen aufgrund bestimmter Ursachen ein erhöhter oder spezieller Versorgungsaufwand notwendig ist?		☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____ _____ _____					
15. Welche sind die größten Herausforderungen bei der Versorgung dieser Personengruppen? Bitte ordnen Sie die besonderen Bedarfe je Personengruppe nach ihrer Wichtigkeit (1 = besonders große Herausforderung, 6 = keine oder sehr geringe Herausforderung)							
Kriterium	Kinder und Jugendliche	junge Erwachsene	Patienten mit Migrationshintergrund	Patienten mit geistiger Behinderung	Wohnungslose	Patienten in Vollzugseinrichtungen	weitere, in Frage 14 genannte Patienten
medizinische							
pflegerische							
organisatorische							
psychosoziale							
Kommunikation							
kulturelle							
von uns nicht behandelt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

V. Trauerangebote

16. Wie viele Trauerbegleitungen mit ausgebildetem Trauerbegleiter/ausgebildeter Trauerbegleiterin hat Ihre Einrichtung im Jahr 2016 durchgeführt?

17. Welche Formen der Trauerbewältigung werden von Ihrer Einrichtung angeboten?

Wenn Sie eine Form der Trauerbewältigung anbieten, geben Sie bitte auch an, wie oft Angehörige das entsprechende Angebot nutzen.

Angebot	nie von Angehörigen genutzt	selten von Angehörigen genutzt	gelegentlich von Angehörigen genutzt	oft von Angehörigen genutzt	immer von Angehörigen genutzt	von uns nicht angeboten
Möglichkeit der Aufbahrung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
gemeinsame Gedenkfeiern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einzelbegleitungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trauercafé	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für verwaiste Eltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für verwaiste Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für Kinder verstorbener Eltern / Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe für Geschwisterkinder	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für verwaiste Eltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für verwaiste Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für Kinder verstorbener Eltern / Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für Geschwisterkinder	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges und zwar:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges und zwar:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VI. Sonstiges/Weitere Anmerkungen:

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

7. Stationäre Pflegeeinrichtungen:

I. Allgemeine Informationen	
1. Name der stationären Pflegeeinrichtung:	
2. Ort der stationären Pflegeeinrichtung:	
3. Bettenanzahl:	
4. Gibt es für die Versorgung in Ihrer Pflegeeinrichtung eine Wartezeit? Wenn ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Wartezeit an.	☐ Nein ☐ Ja, die durchschnittliche Wartezeit beträgt: _____
5. Wie viele Bewohner und Bewohnerinnen werden durchschnittlich in Ihrer Einrichtung versorgt?	

II. Palliativmedizinische und hospizliche Versorgungsangebote	
6. Welche palliativmedizinischen und hospizlichen Angebote werden von Ihrer Einrichtung vorgehalten?	☐ schriftliches Sterbekonzept ☐ Palliativbeauftragter ☐ gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ☐ psychologische Betreuung in der letzten Lebensphase ☐ seelsorgerische Betreuung in der letzten Lebensphase ☐ Palliativzirkel für Mitarbeiter der Einrichtung ☐ Gesprächskreis zum Thema Sterben für Bewohner ☐ Sonstige und zwar: _____ ☐ Sonstige und zwar: _____ ☐ Sonstige und zwar: _____ ☐ Sonstige und zwar: _____

III. Personalausstattung

7. Bitte geben Sie die Anzahl der an der Palliativ- und Hospizversorgung beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie deren Kapazität an.

Tätigkeit	Anzahl gesamt	Anzahl Vollzeit- kräfte	Teilzeitkräfte		Rufbereitschaft, wo zu- treffend	
			Anzahl	Summe Stunden / Woche	Anzahl	Summe Stunden / Woche
Pflegekräfte <u>mit Zusatzqualifikation</u> „Palliative Care“ (160 Std.)						
Pflegekräfte <u>mit andauernder Wei- terbildung</u> „Palliative Care“ (160 Std.)						
Pflegekräfte <u>mit abgeschlossenem</u> Curriculum „Palliative Praxis“ (40 Std.)						
Pflegekräfte <u>mit andauerndem Curri- culum</u> „Palliative Praxis“ (40 Std.)						
Pflegekräfte <u>mit Weiterbildung</u> „Pain Nurse“ / Schmerzmanagement o. - therapie						
Pflegekräfte <u>mit andauernder Wei- terbildung</u> „Pain Nurse“ / Schmerz- management o. -therapie						
Fachpfleger/-innen für Palliativ- und Hospizpflege						
Pflegekräfte <u>ohne</u> o.g. Weiterbildun- gen						
Ärzte/-innen <u>mit Zusatzweiterbildung</u> Palliativmedizin						
Ärzte/-innen <u>ohne Zusatzweiterbil- dung</u> Palliativmedizin						
Psychologen/-innen						
Sonstige Mitarbeiter/-innen Gesund- heitsfachberufe (Physio-, Ergothera- peuten/-innen etc.)						
Trauerbegleiter/-innen						
Seelsorger/-innen						
Sozialarbeiter/-innen						
weitere und zwar: _____						

IV. Vernetzung

- | | |
|---|---|
| <p>8. Ist Ihr Pflegeheim in einem regionalen Netzwerk zur palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung organisiert?</p> | <p>☐ Nein, auch nicht im Aufbau</p> <p>☐ Nein, aber derzeit im Aufbau</p> <p>☐ Ja: in welchem? _____</p> |
| <p>9. Mit welchen der folgenden Einrichtungen bzw. ambulanten Diensten kooperieren Sie?</p> | <p>☐ Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV-Team)</p> <p>☐ stationäres Hospiz</p> <p>☐ Haus-/Facharzt <u>ohne</u> Weiterbildung Palliativmedizin</p> <p>☐ Haus-/Facharzt <u>mit</u> Weiterbildung Palliativmedizin</p> <p>☐ ambulanter Hospizdienst</p> <p>☐ Palliativstation im Krankenhaus</p> <p>☐ andere Stationen im Krankenhaus (bspw. Onkologie)</p> <p>☐ andere Altenpflegeeinrichtung</p> <p>☐ Kurzzeitpflegeeinrichtung</p> <p>☐ ambulanter Pflegedienst</p> <p>☐ sonstige und zwar: _____</p> <p>☐ sonstige und zwar: _____</p> <p>☐ sonstige und zwar: _____</p> |

V. Trauerangebote

10. Welche Formen der Trauerbewältigung werden von Ihrer Einrichtung angeboten?
Bitte geben Sie auch an, wie oft dieses Angebot von Bewohnern und Bewohnerinnen Ihrer Einrichtung oder Angehörigen der Verstorbenen genutzt wird.

Angebot	nie genutzt	selten genutzt	gelegentlich genutzt	oft genutzt	immer genutzt	von uns nicht angeboten
Möglichkeit der Aufbahrung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
gemeinsame Gedenkfeiern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einzelbegleitungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trauercafé	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geleitete Trauergruppe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe für Trauernde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

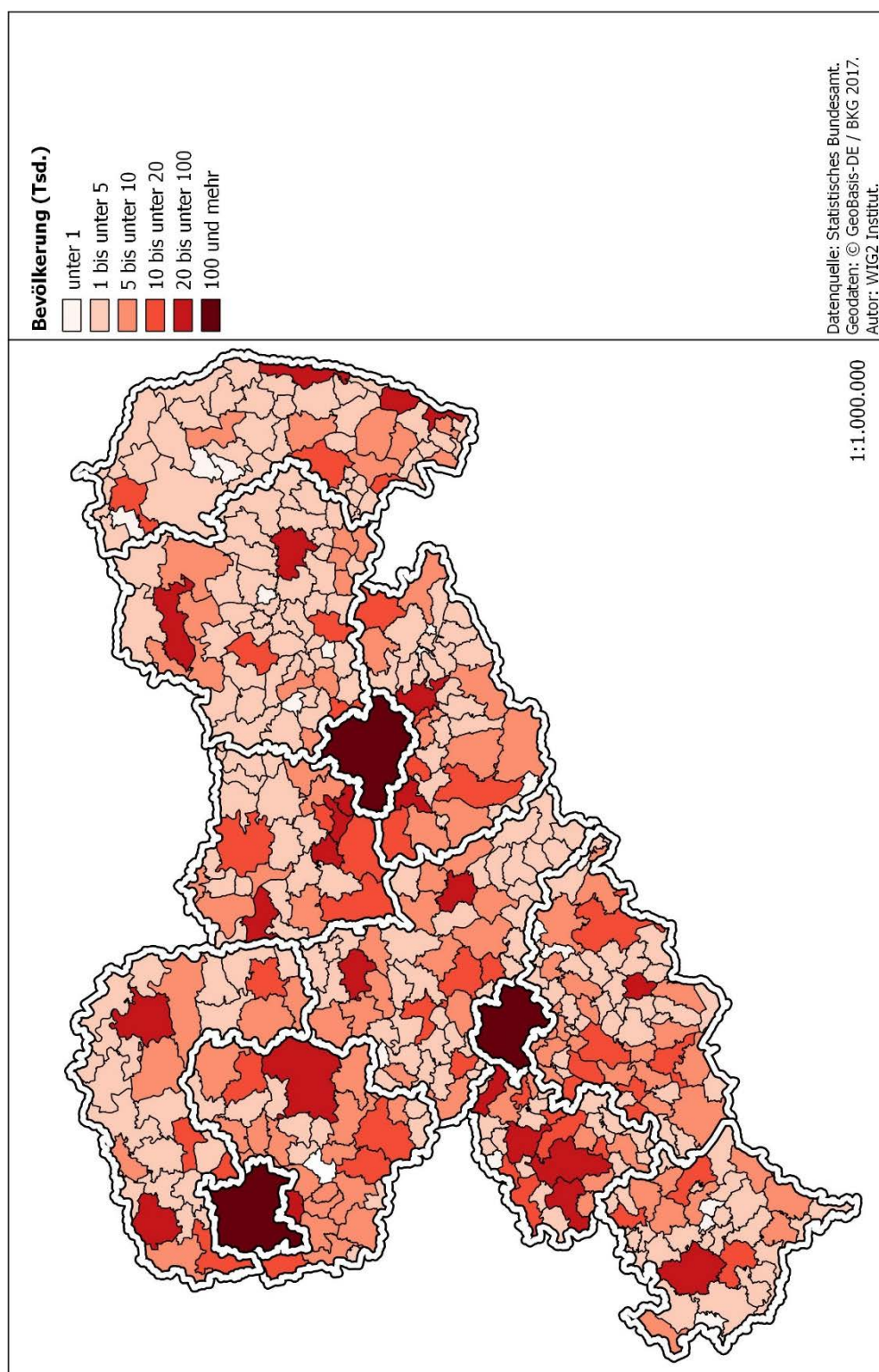
VI. Sonstiges/Weitere Anmerkungen:

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

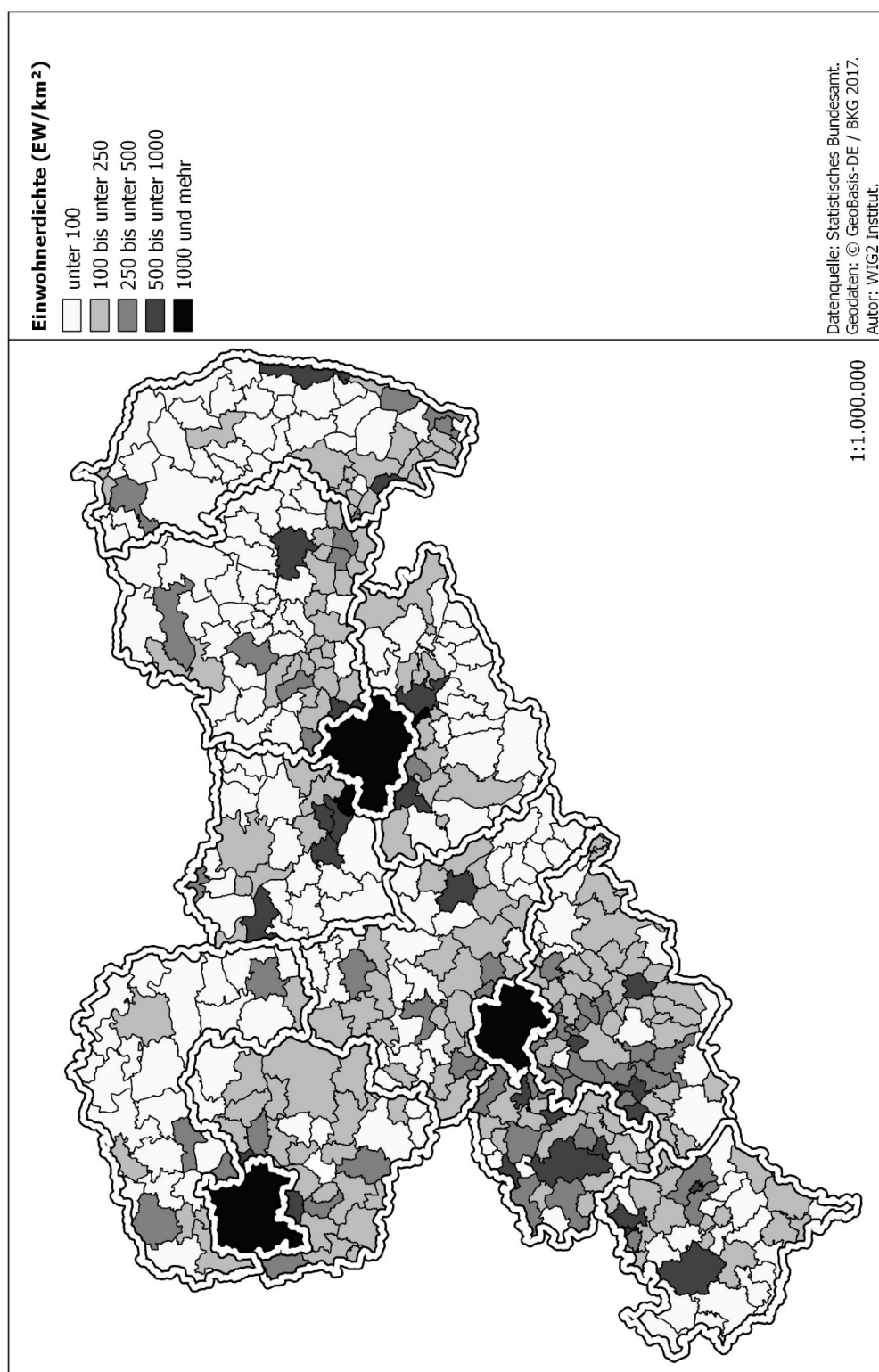
8.8 Karten

8.8.1 Bevölkerung

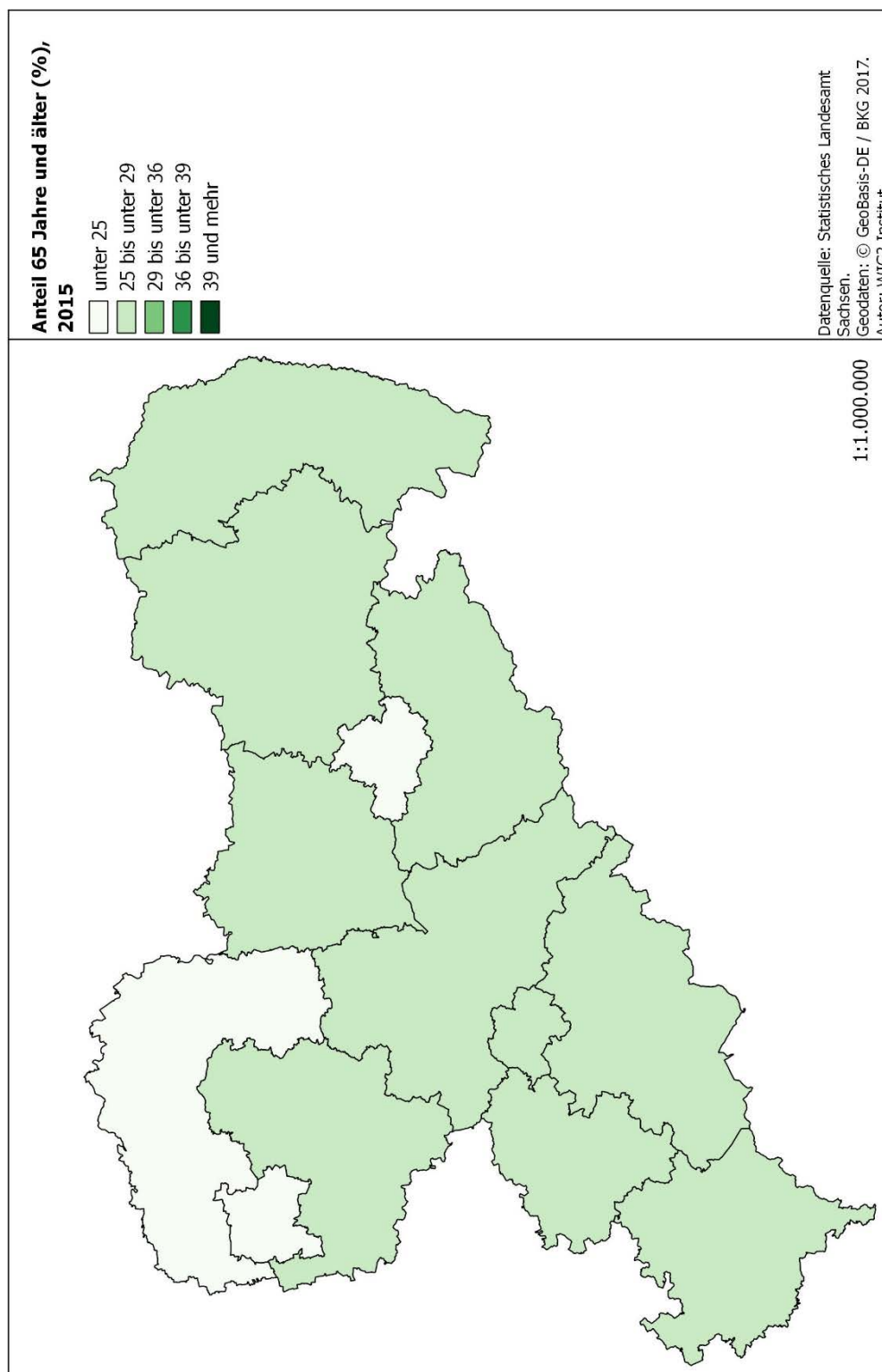
Karte 18: Bevölkerung in den Gemeinden Sachsens, 2015



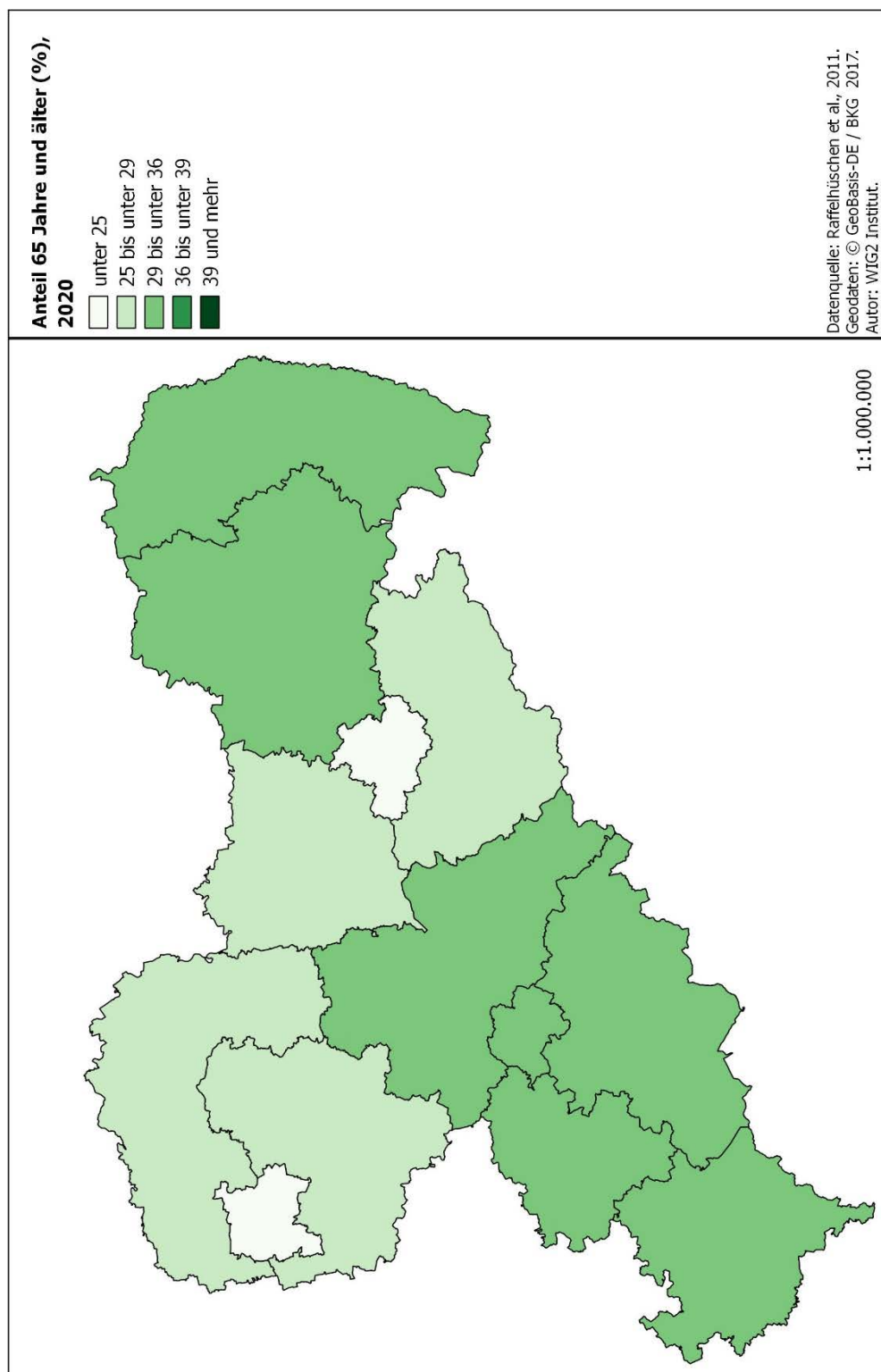
Karte 19: Einwohnerdichte in den Gemeinden Sachsens, 2015



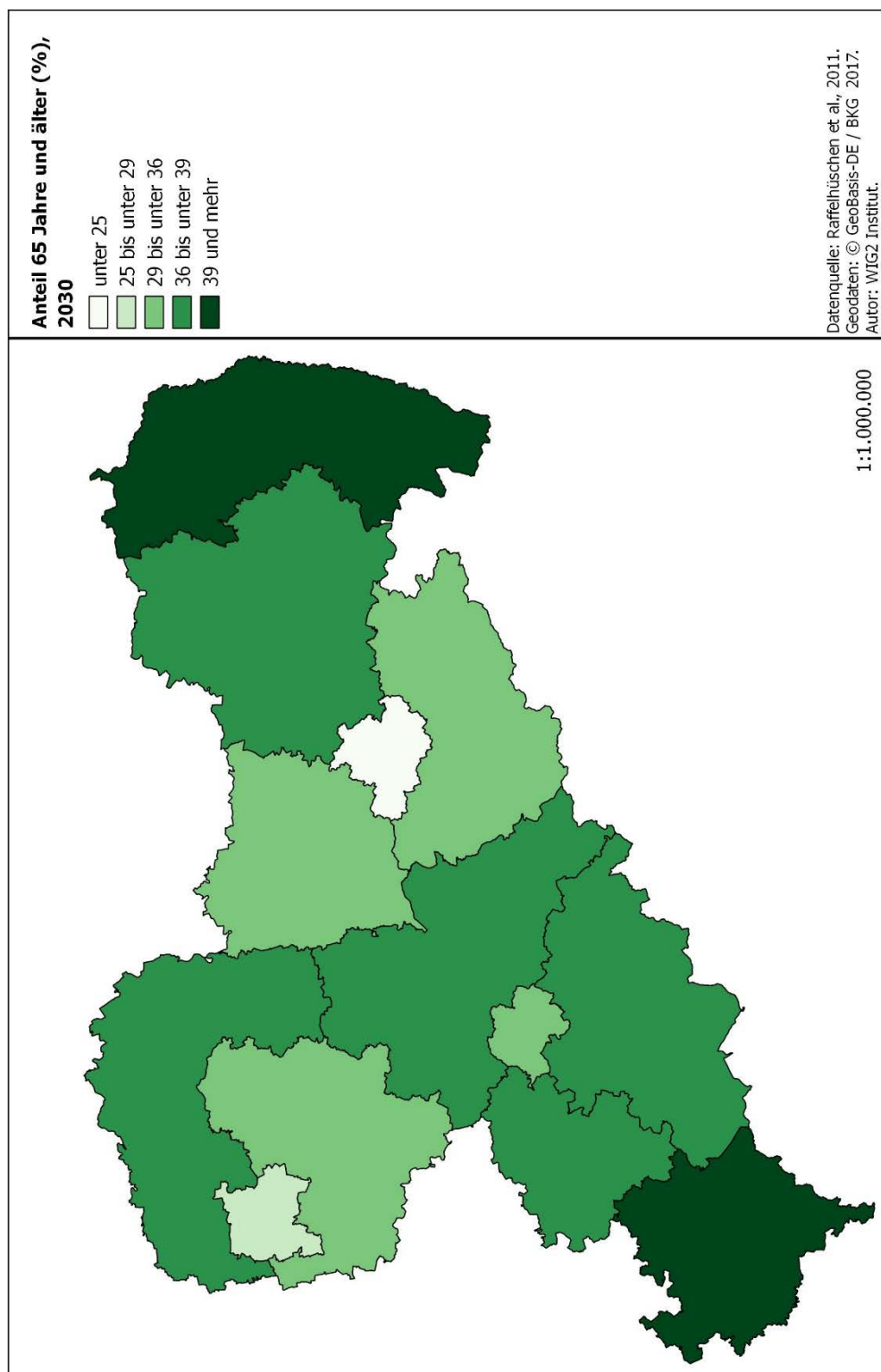
Karte 20: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2015



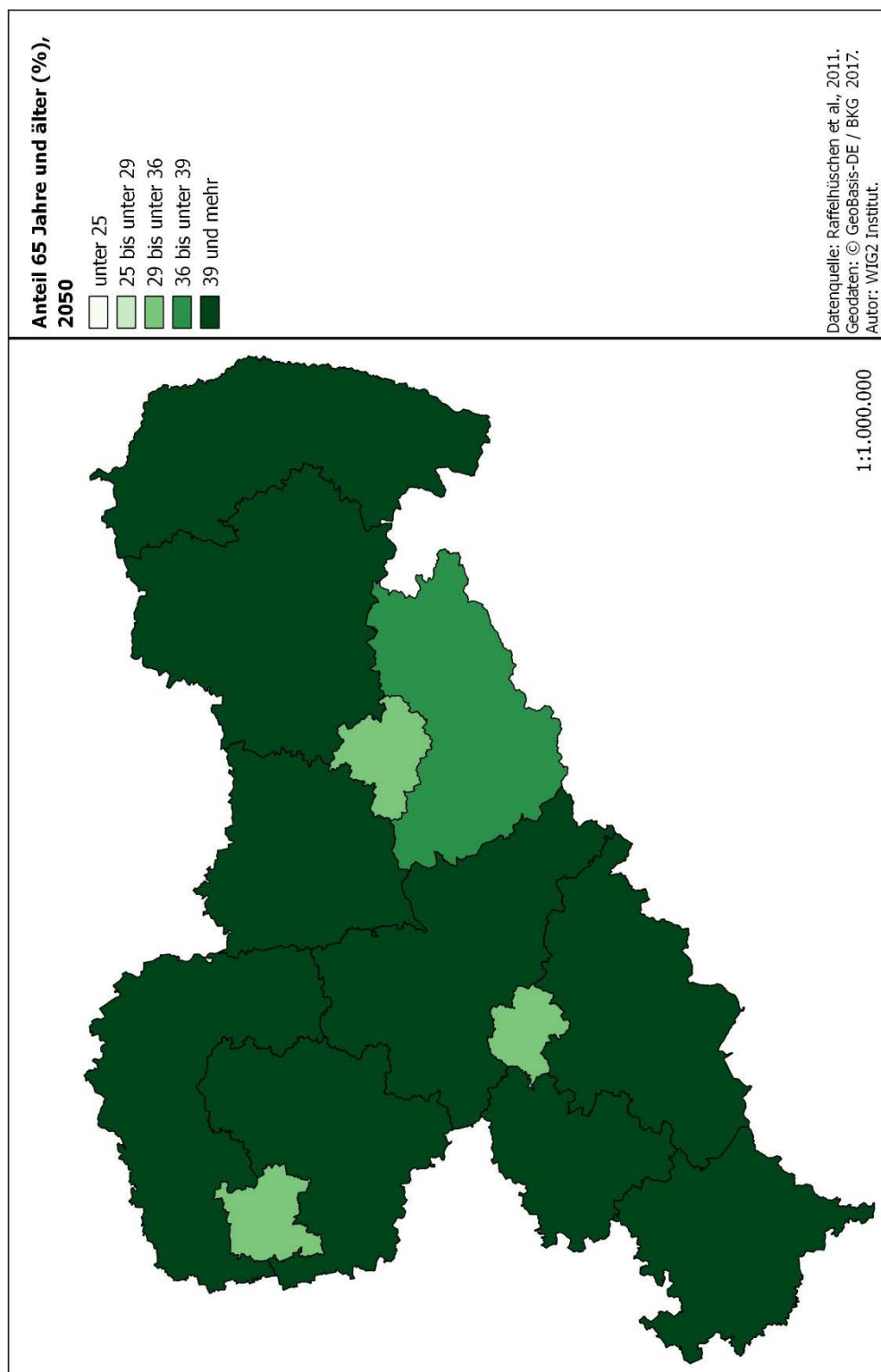
Karte 21: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2020



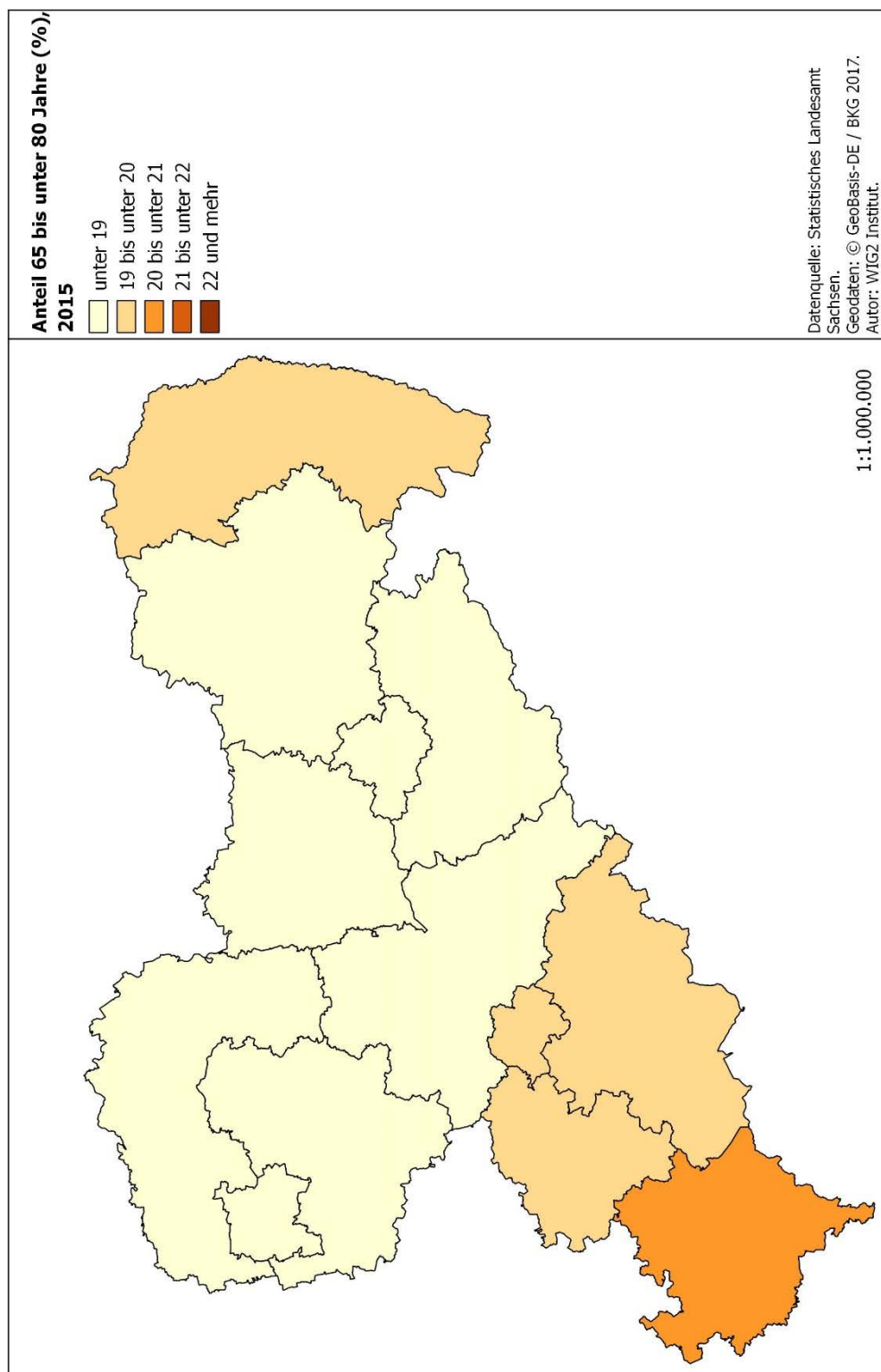
Karte 22: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2030



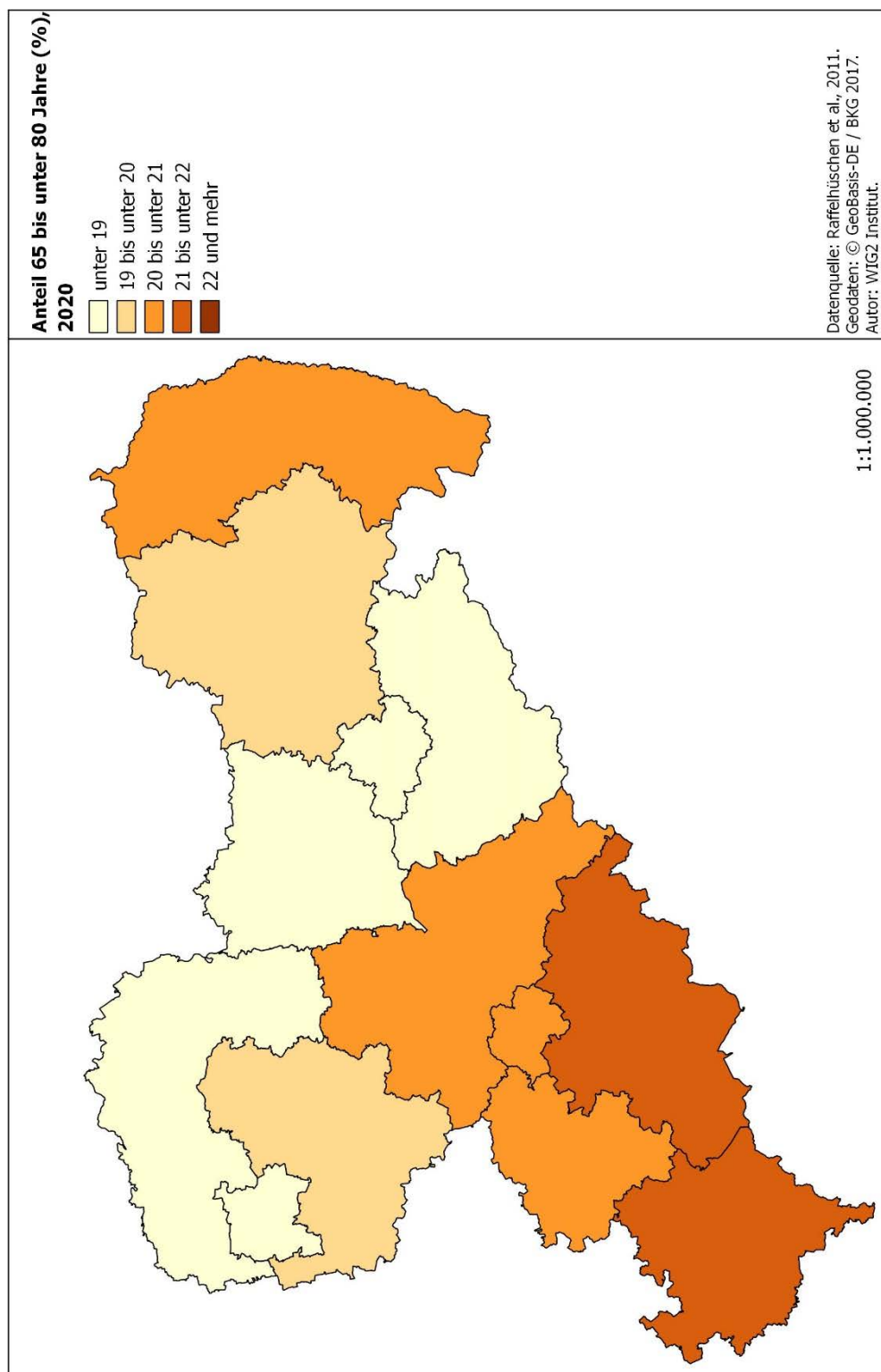
Karte 23: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2050



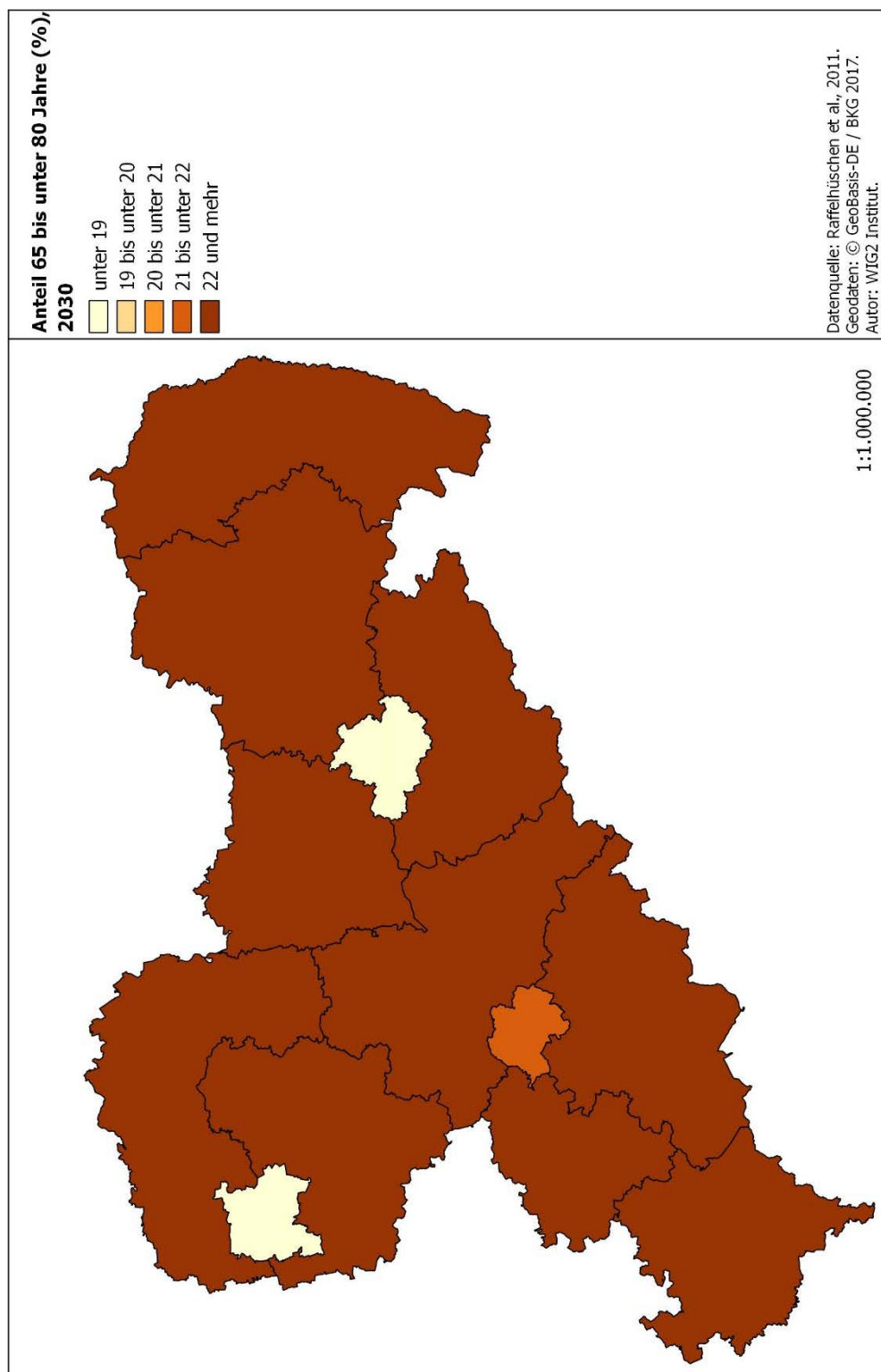
Karte 24: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2015



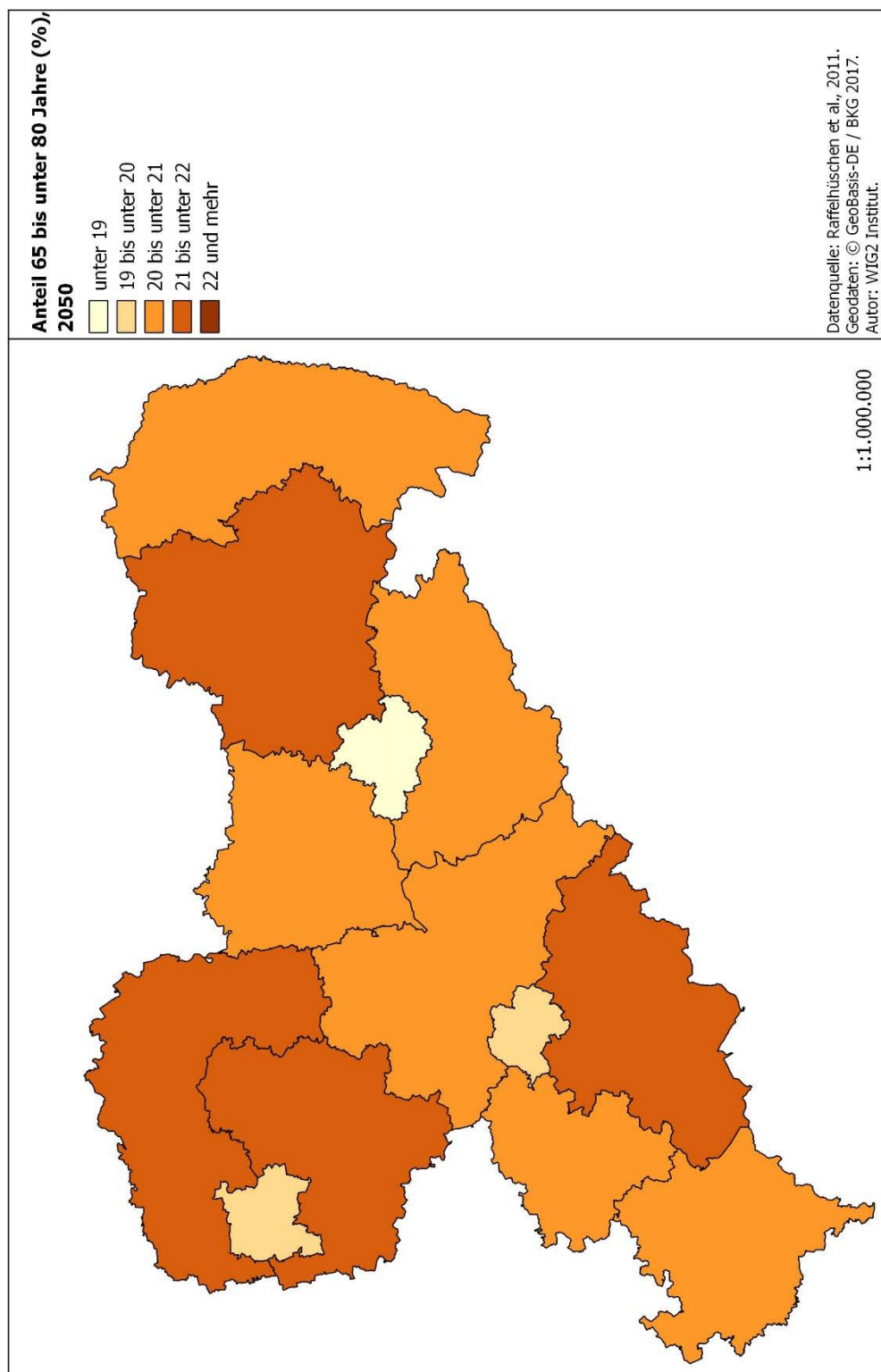
Karte 25: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2020



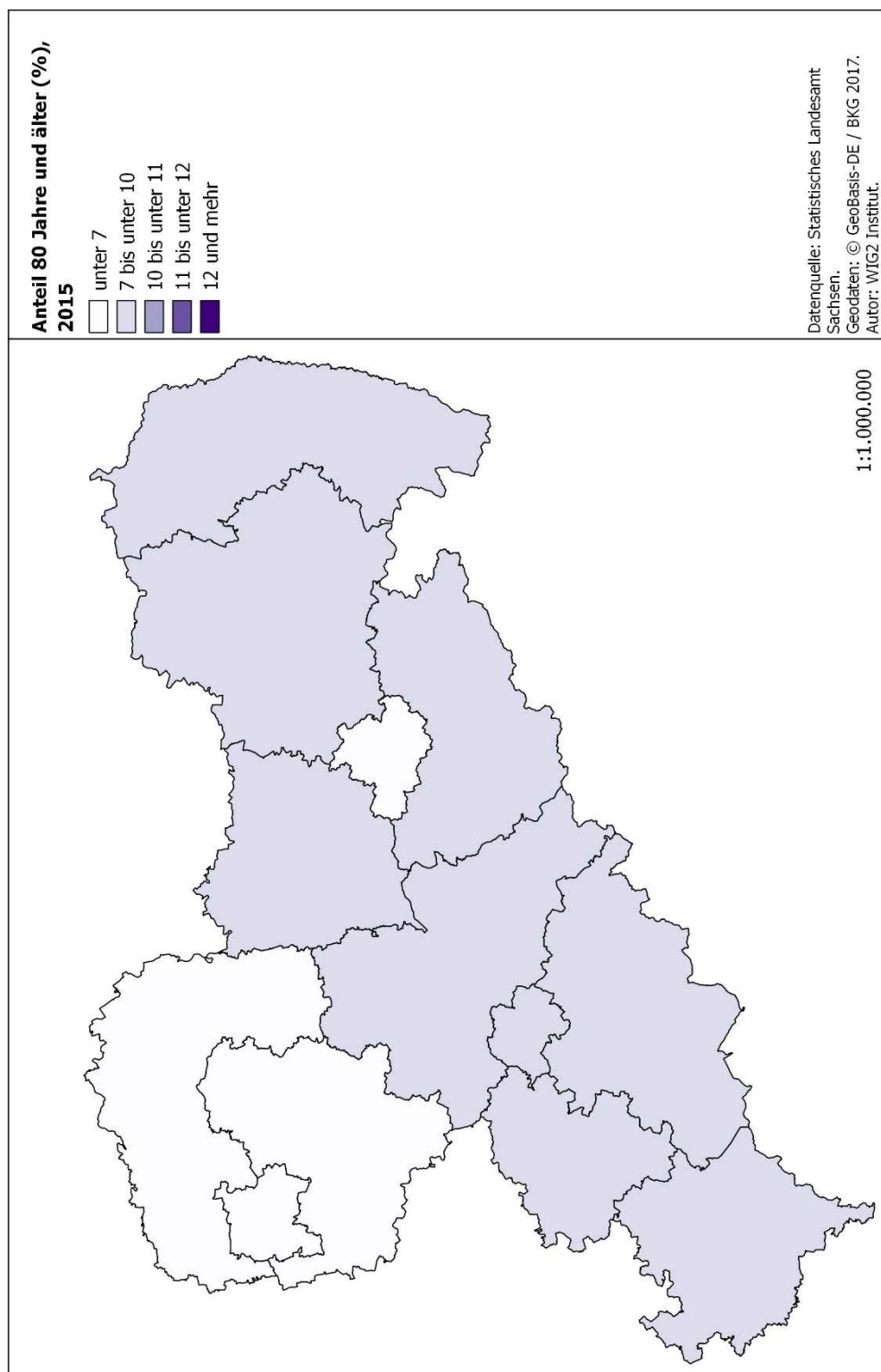
Karte 26: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2030



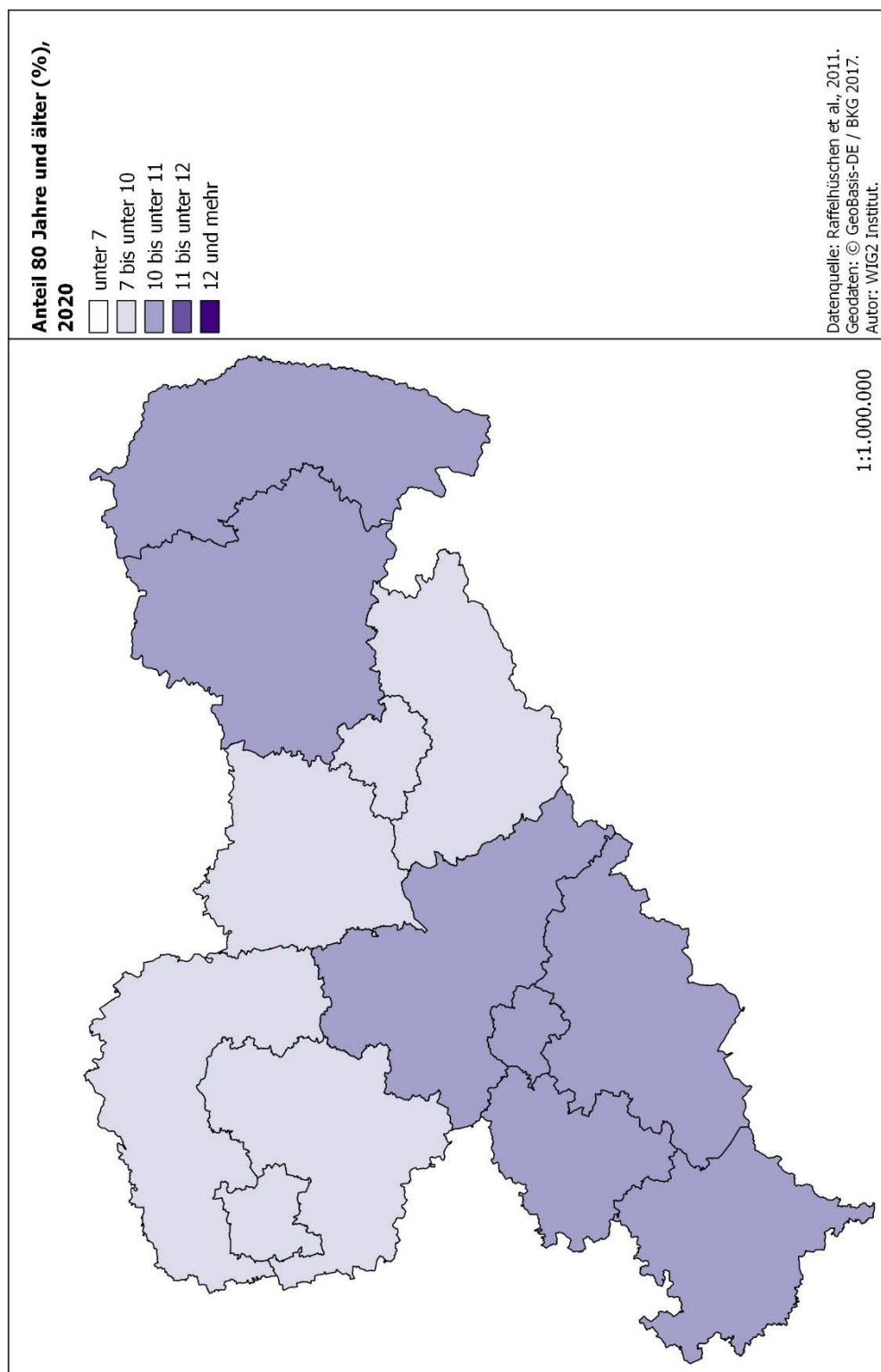
Karte 27: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2050



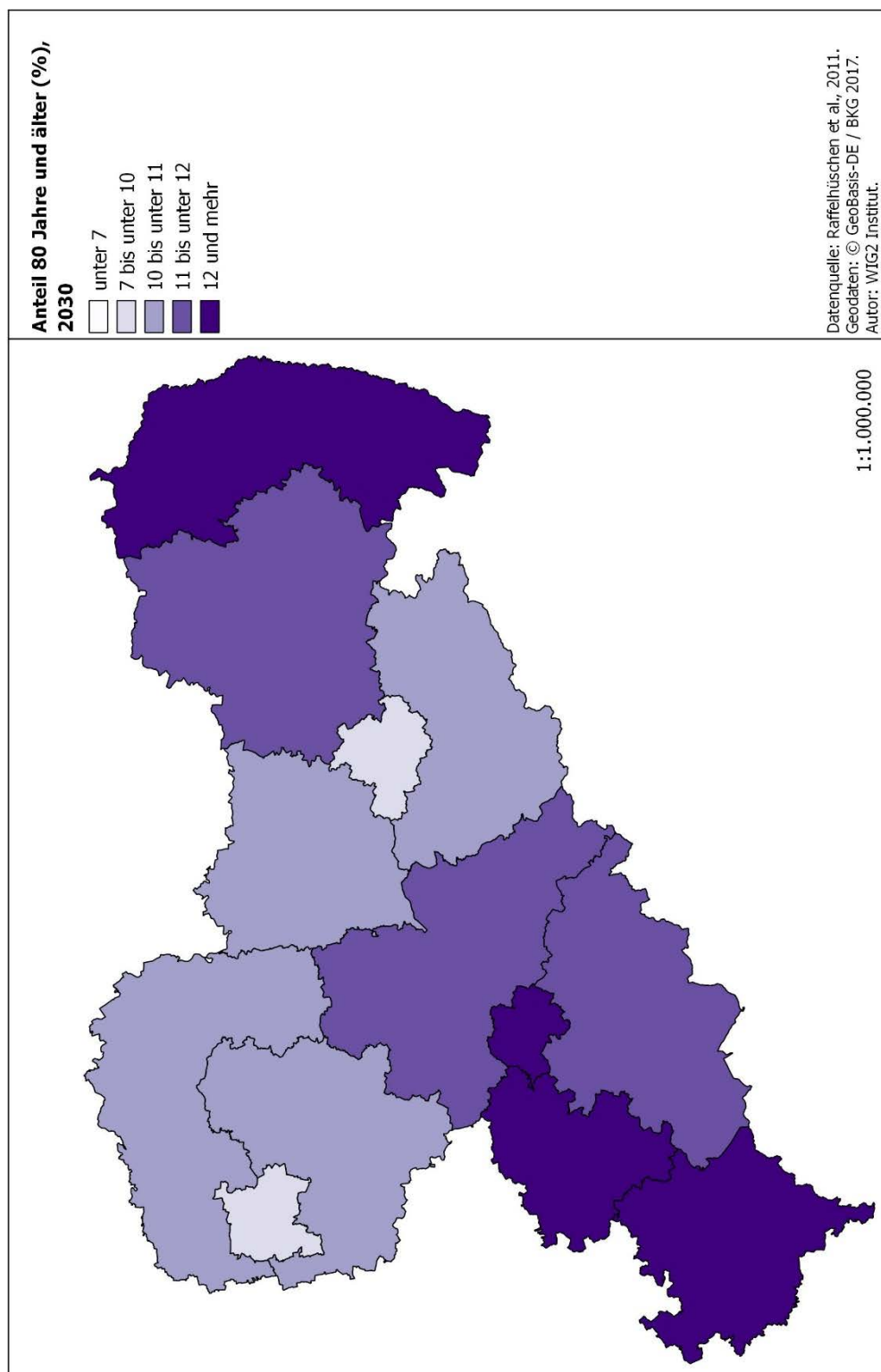
Karte 28: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2015



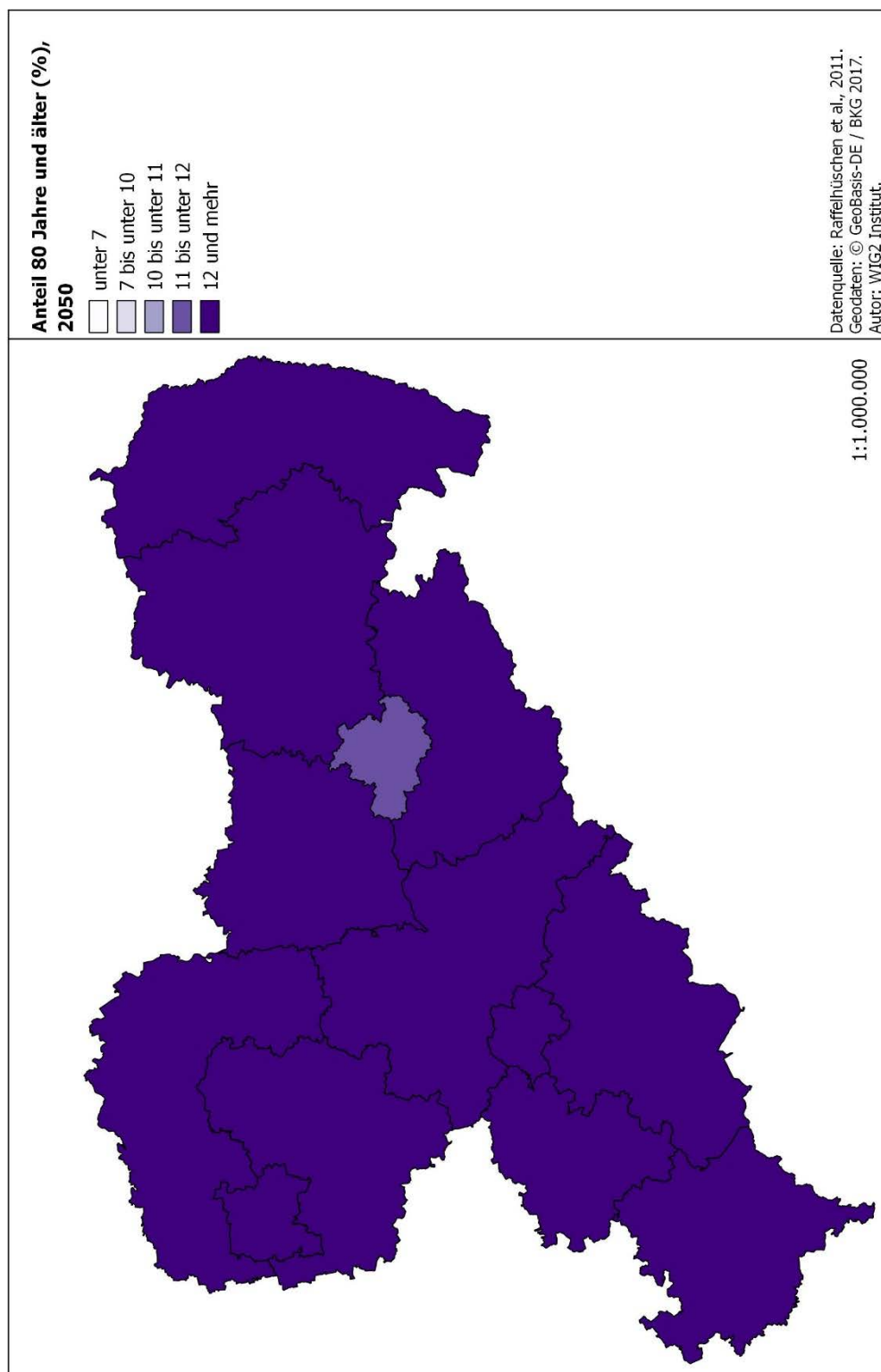
Karte 29: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2020



Karte 30: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2030

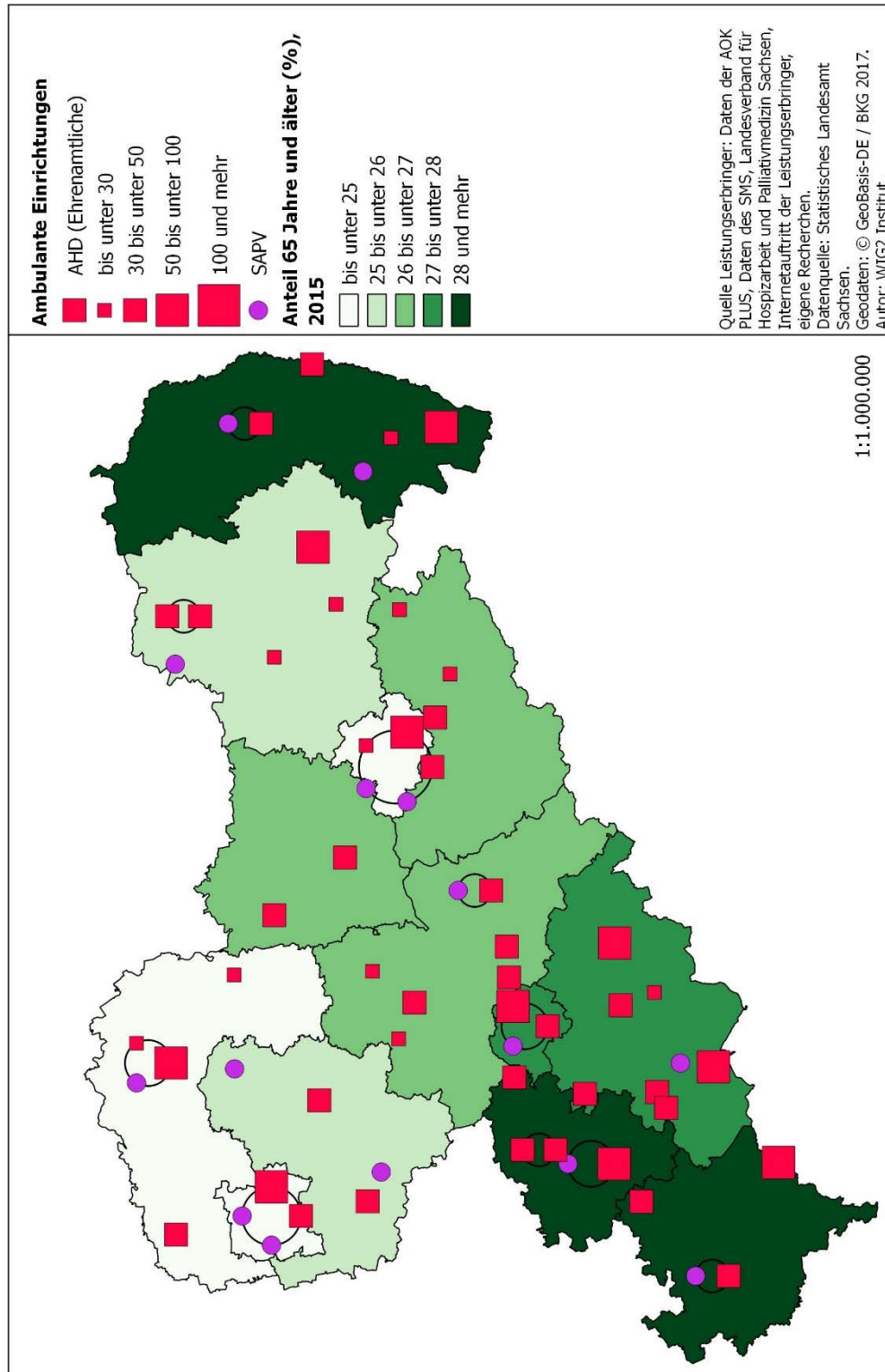


Karte 31: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens, 2050

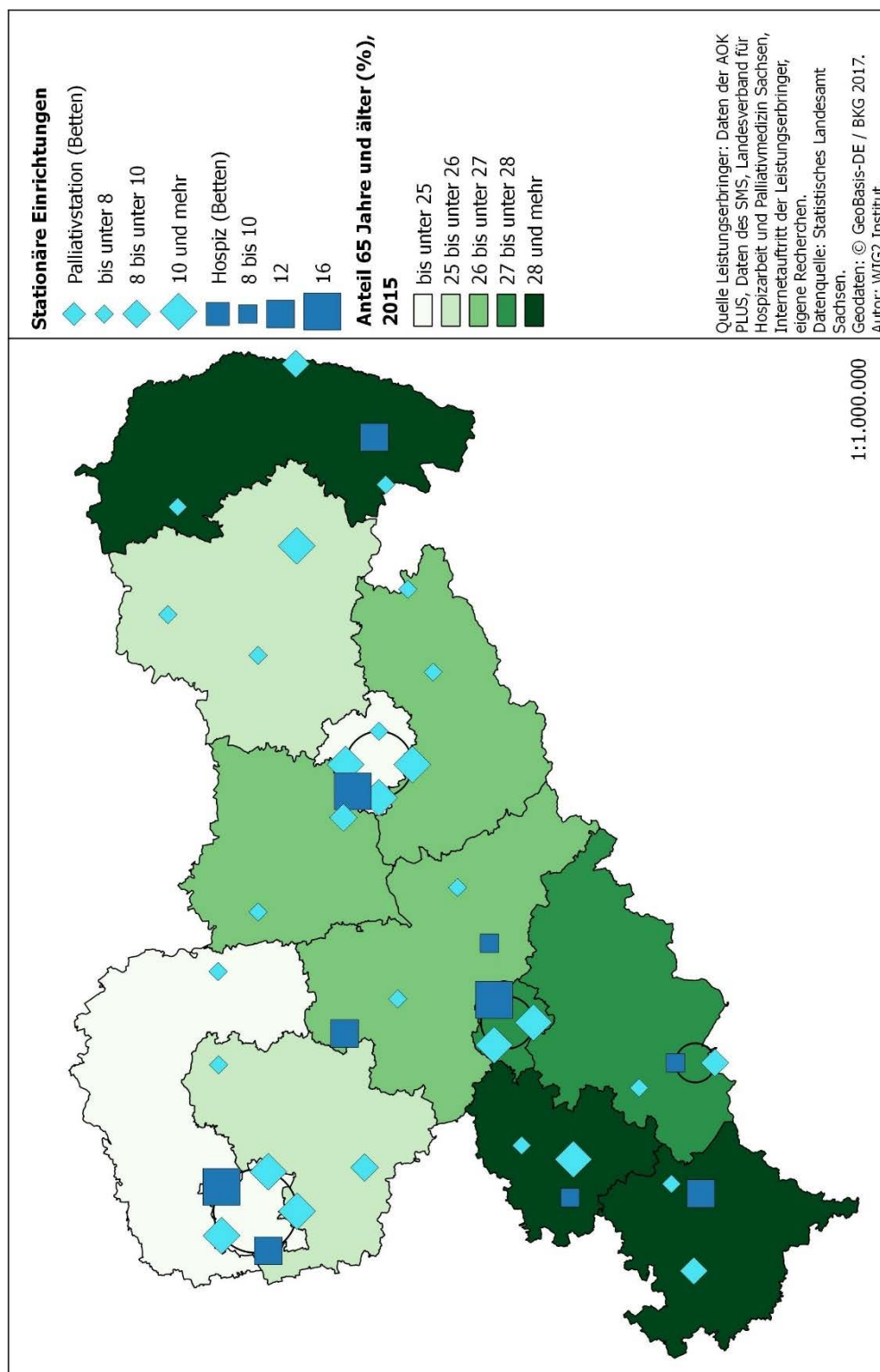


8.8.2 Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2017

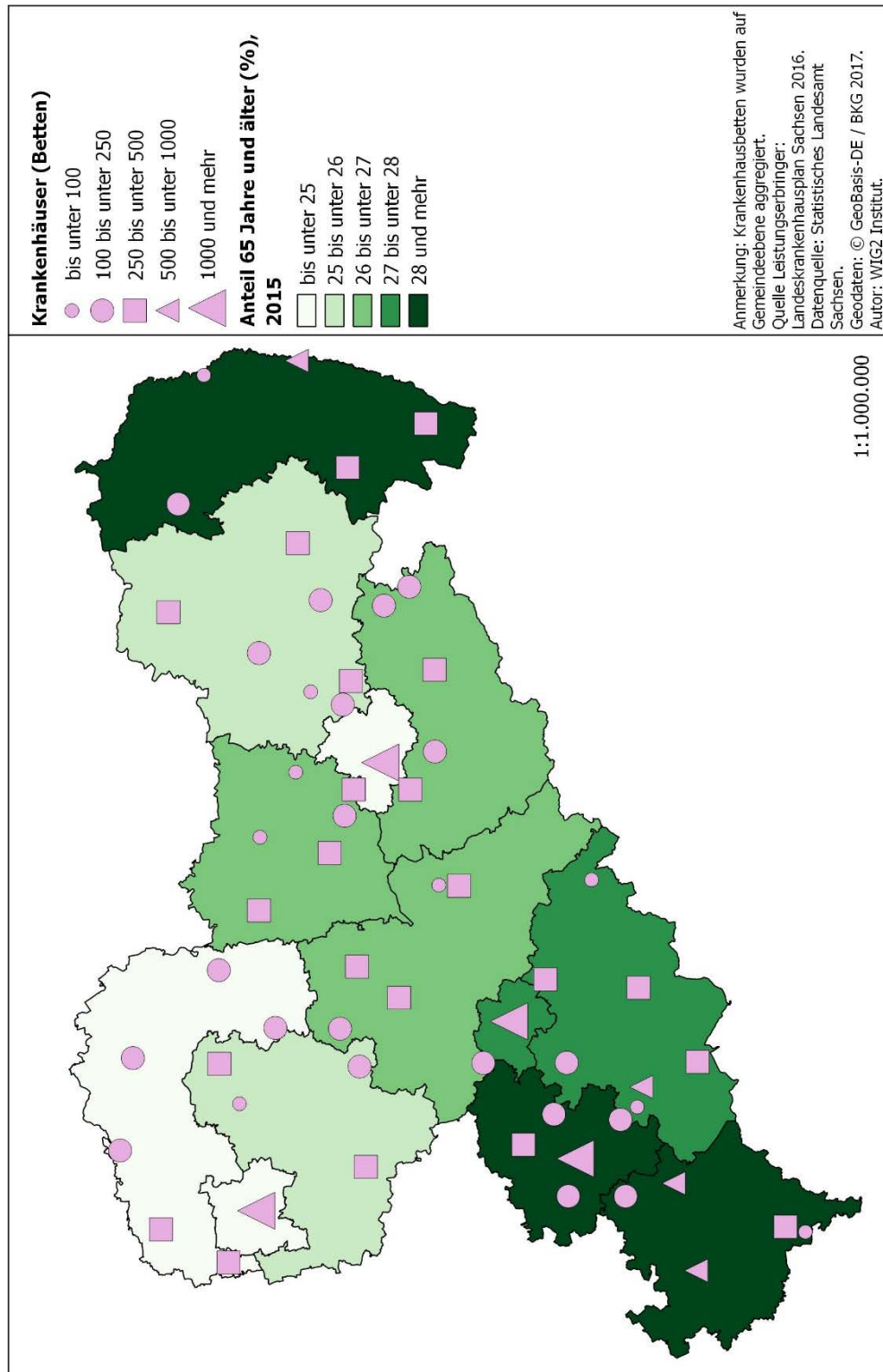
Karte 32: Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen, 2017



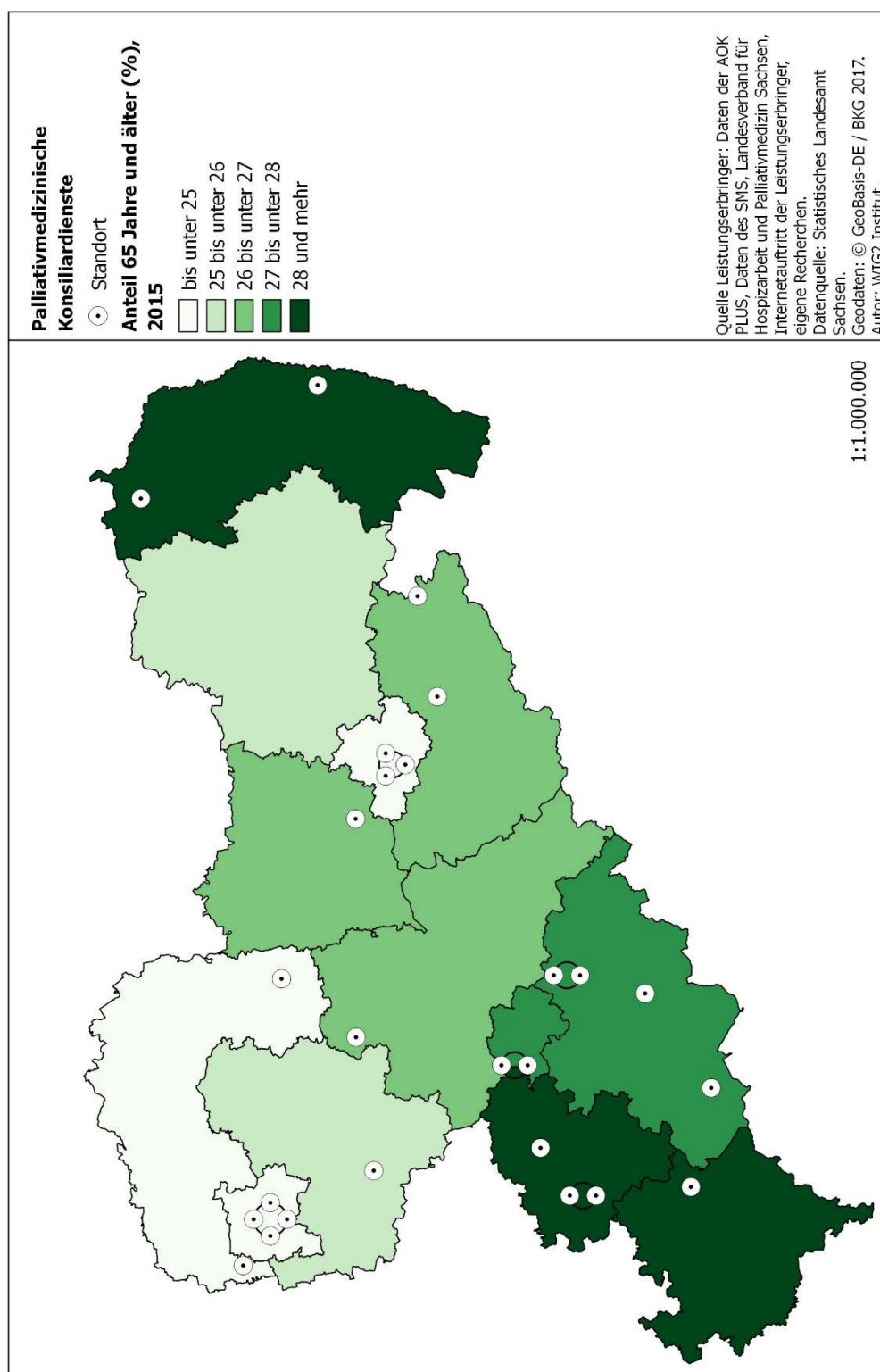
Karte 33: Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen, 2018



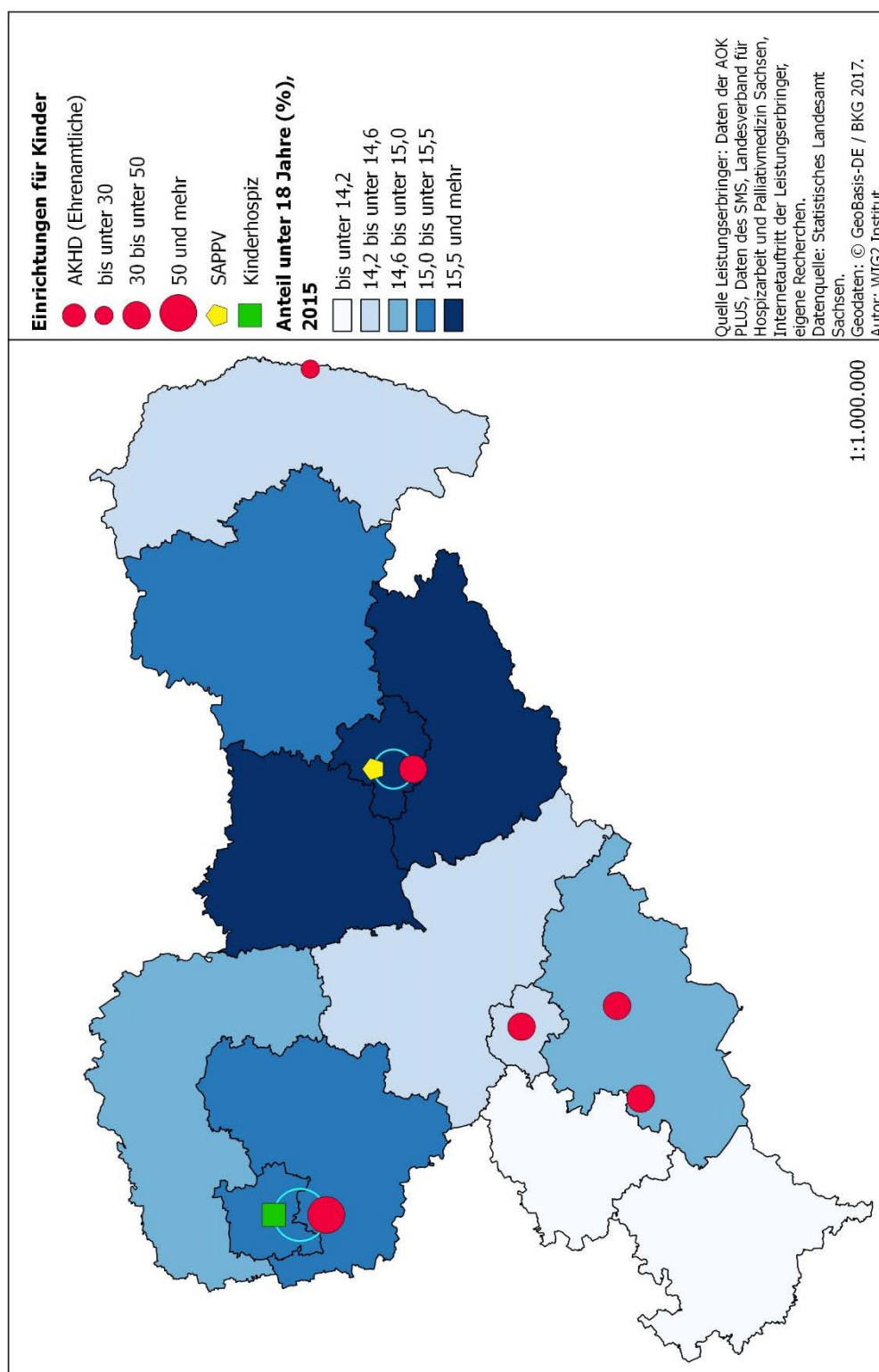
Karte 34: Krankenhäuser in Sachsen, 2016



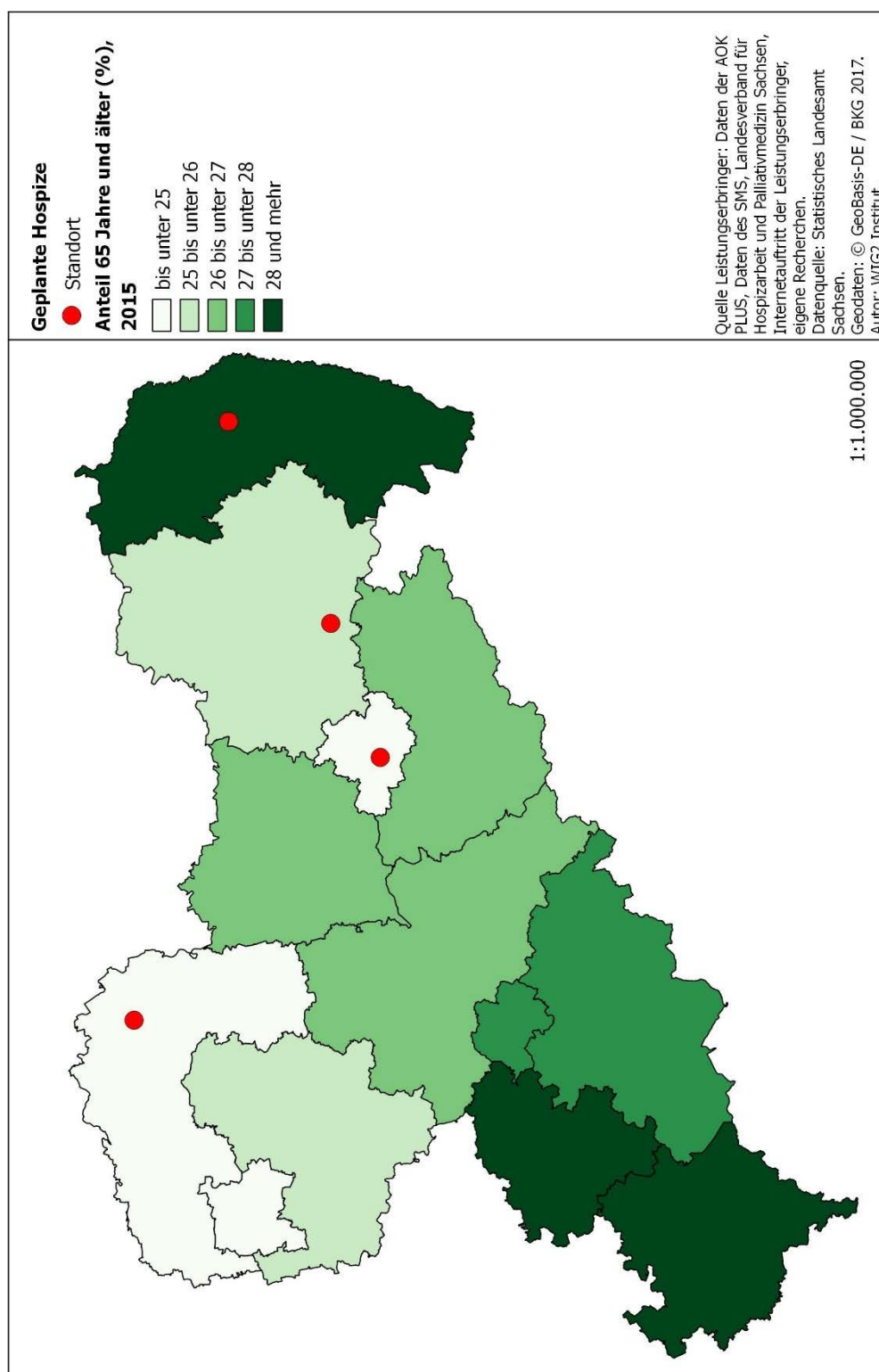
Karte 35: Palliativmedizinische Konsiliardienste in Sachsen, 2017



Karte 36: Kinderhospiz- und -palliativversorgung in Sachsen, 2017



Karte 37: Geplante Hospize in Sachsen, April 2018



8.8.3 Steckbriefe der Regionen Chemnitz, Dresden und Leipzig

Karte 38: Steckbrief der Region Chemnitz

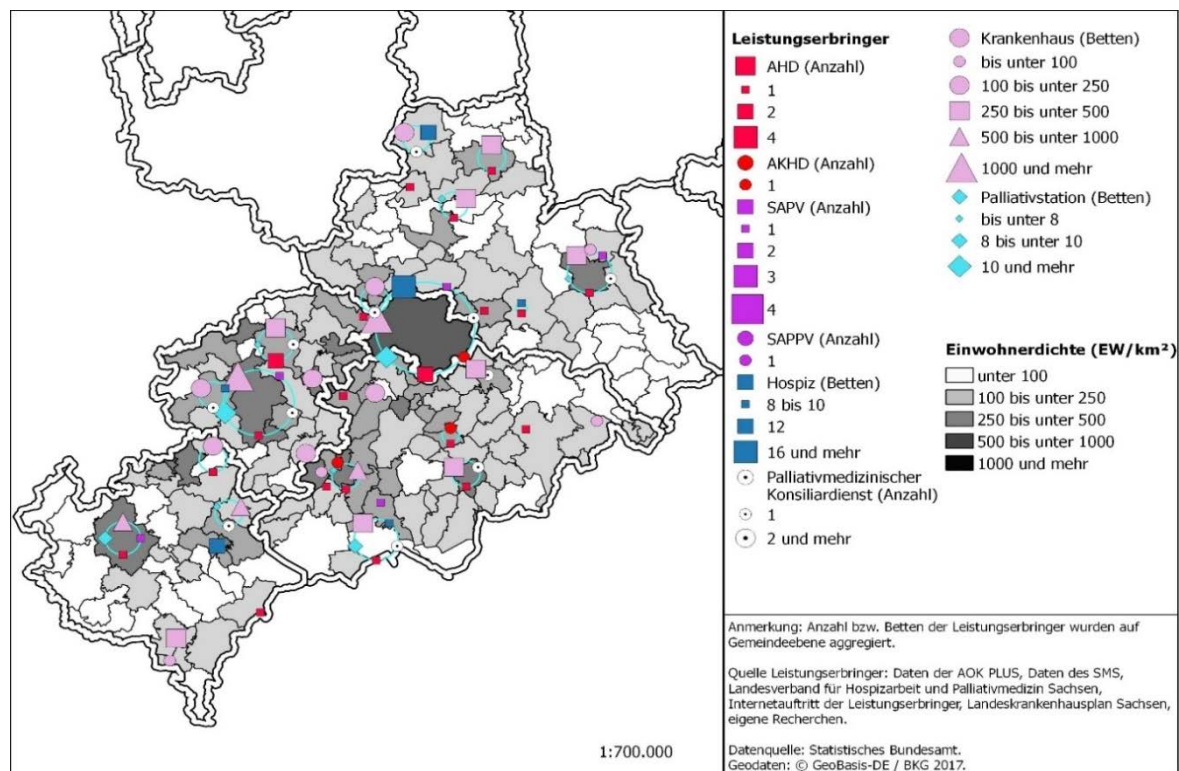


Tabelle 54: Einrichtungen in der Region Chemnitz

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	22	
AKHD	3	
Hospiz (stationär)	6	67
Kinderhospiz (stationär)		
Palliativstation	10	79
SAPPV		
SAPV	6*	
Krankenhaus	29	9.216
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	11	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen. *Anmerkung: Der Landkreis Mittelsachsen wird durch ein SAPV-Team (Home Care Sachsen e. V. - Team II) mit Sitz in der kreisfreien Stadt Dresden mitversorgt.

Tabelle 55: Merkmale der Region Chemnitz

Merkmal	Wert
Fläche (km ²)	6.527
Bevölkerung (Einwohner)	1.465.612
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	225
Altenanteil (65 Jahre und älter)	27,2 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km ²)	61

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Karte 39: Steckbrief der Region Dresden

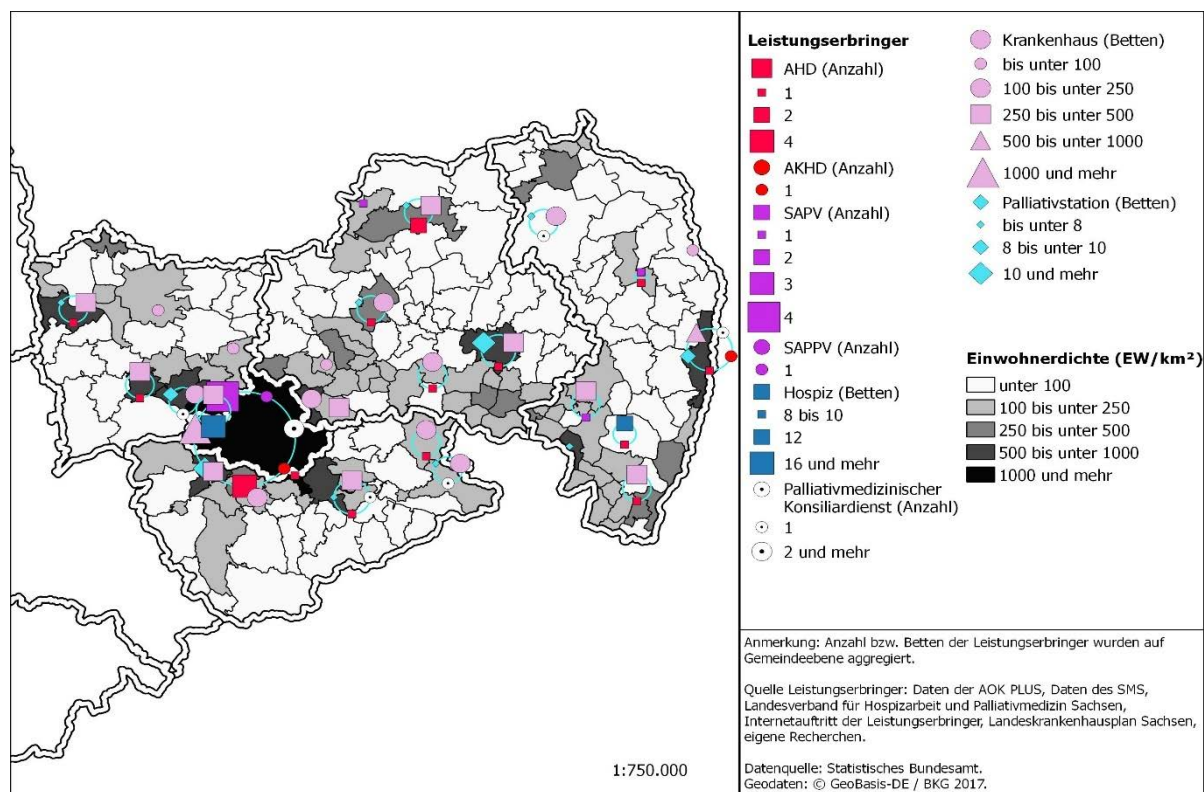


Tabelle 56: Einrichtungen in der Region Dresden

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	18	
AKHD	2	
Hospiz (stationär)	2	28
Kinderhospiz (stationär)		
Palliativstation	14	112
SAPPV	1	
SAPV	7*	
Krankenhaus	33	9.440
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	8	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen. *Anmerkung: Zwei SAPV-Teams (Home Care Sachsen e. V. – Team I & II) mit Sitz in der kreisfreien Stadt Dresden versorgen zusätzlich die Landkreise Mittelsachsen, Bautzen, Meißen und Sächsische Schweiz / Osterzgebirge.

Tabelle 57: Merkmale der Region Dresden

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	7.944
Bevölkerung (Einwohner)	1.602.754
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	202
Altenanteil (65 Jahre und älter)	24,8 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	50

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Karte 40: Steckbrief der Region Leipzig

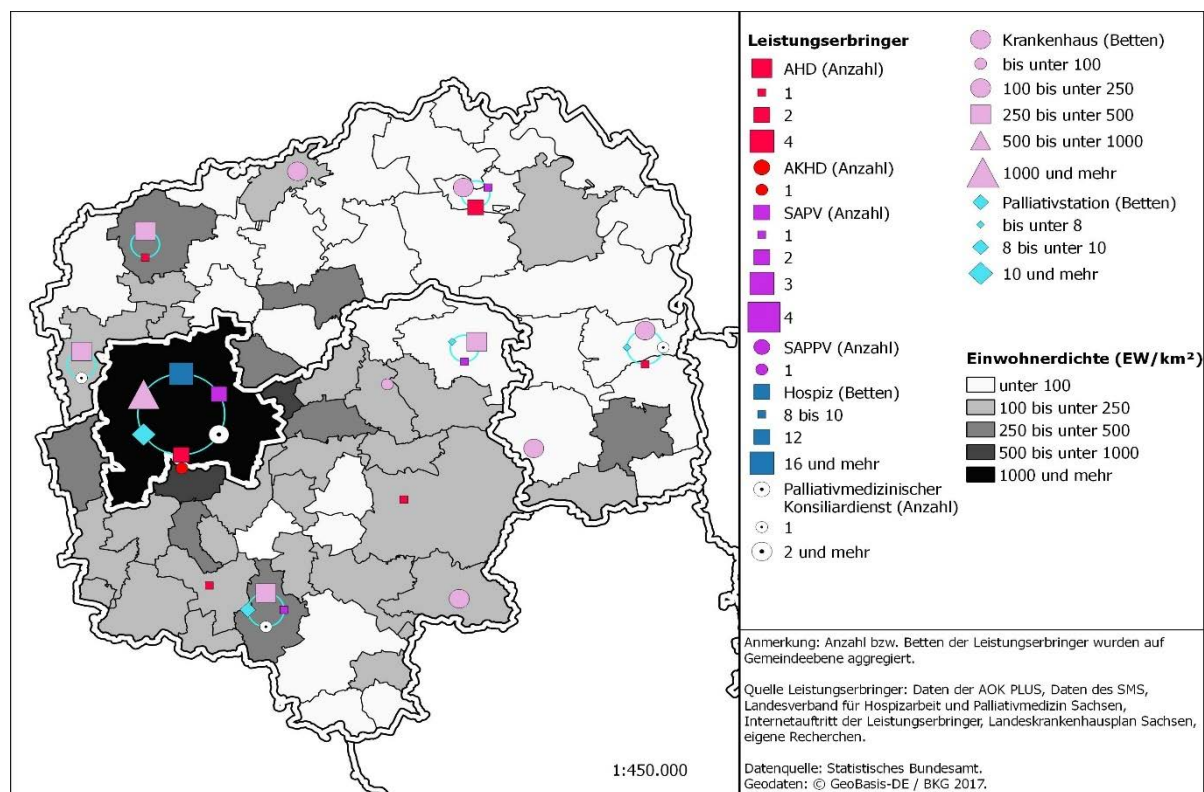


Tabelle 58: Einrichtungen in der Region Leipzig

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	8	
AKHD	1	
Hospiz (stationär)	2	28
Kinderhospiz (stationär)	1	10
Palliativstation	6	52
SAPPV		
SAPV	4*	
Krankenhaus	17	6.490
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	7	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen. *Anmerkung: Ein SAPV-Leistungserbringer mit Sitz in der kreisfreien Stadt Leipzig verfügt zudem über ein Team, welches den Landkreis Nordsachsen von Torgau aus versorgt.

Tabelle 59: Merkmale der Region Leipzig

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	3.977
Bevölkerung (Einwohner)	1.016.485
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	256
Altenanteil (65 Jahre und älter)	22,6 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	58

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

8.8.4 Steckbriefe der Landkreise und kreisfreien Städte Sachsens

Karte 41: Steckbrief der kreisfreien Stadt Chemnitz

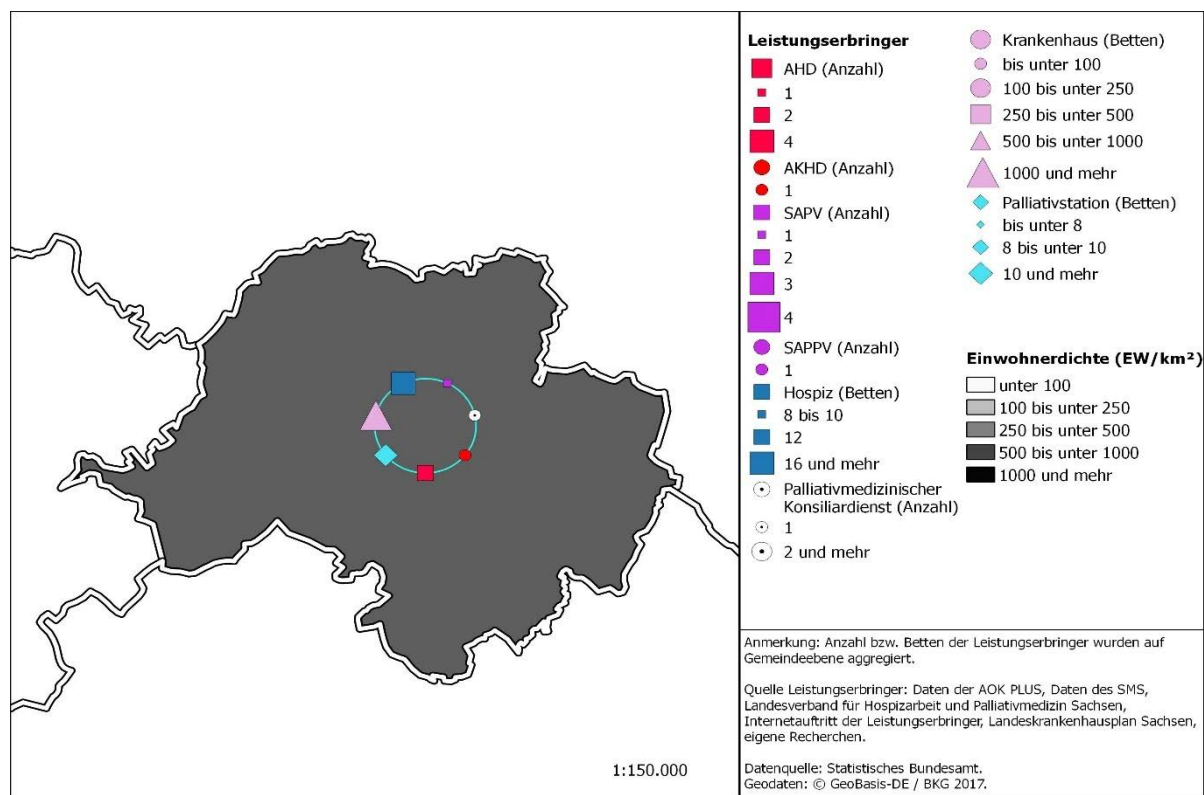


Tabelle 60: Einrichtungen in der kreisfreien Stadt Chemnitz

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	2	
AKHD	1	
Hospiz (stationär)	1	16
Kinderhospiz (stationär)		
Palliativstation	2	23
SAPPV		
SAPV	1	
Krankenhaus	3	2.250
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	1	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen.

Tabelle 61: Merkmale der kreisfreien Stadt Chemnitz

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	221
Bevölkerung (Einwohner)	248.645
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	1.125
Altenanteil (65 Jahre und älter)	26,7 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	300

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Karte 42: Steckbrief des Landkreises Erzgebirgskreis

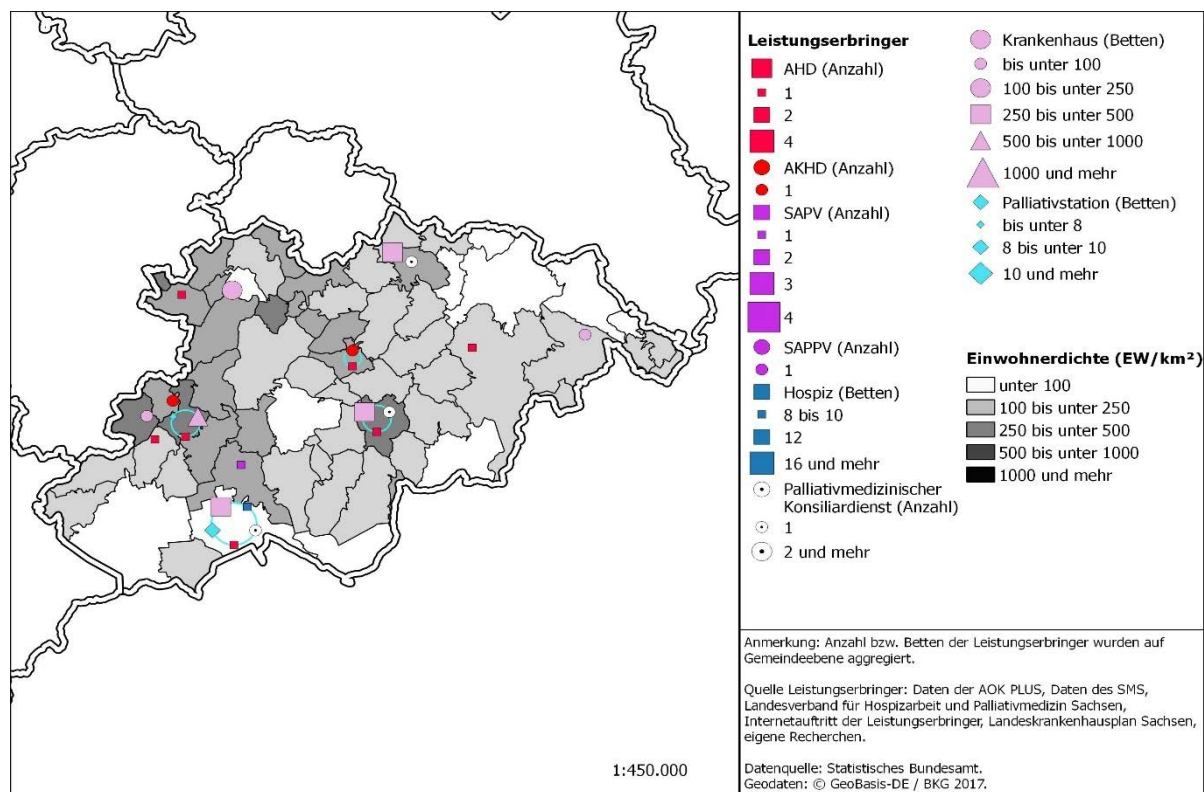


Tabelle 62: Einrichtungen im Landkreis Erzgebirgskreis

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	7	
AKHD	2	
Hospiz (stationär)	1	8
Kinderhospiz (stationär)		
Palliativstation	2	14
SAPPV		
SAPV	1	
Krankenhaus	6	1.912
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	3	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen.

Tabelle 63: Merkmale des Landkreises Erzgebirgskreis

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	1.828
Bevölkerung (Einwohner)	347.665
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	190
Altenanteil (65 Jahre und älter)	26,8 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	51

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Karte 43: Steckbrief des Landkreises Mittelsachsen

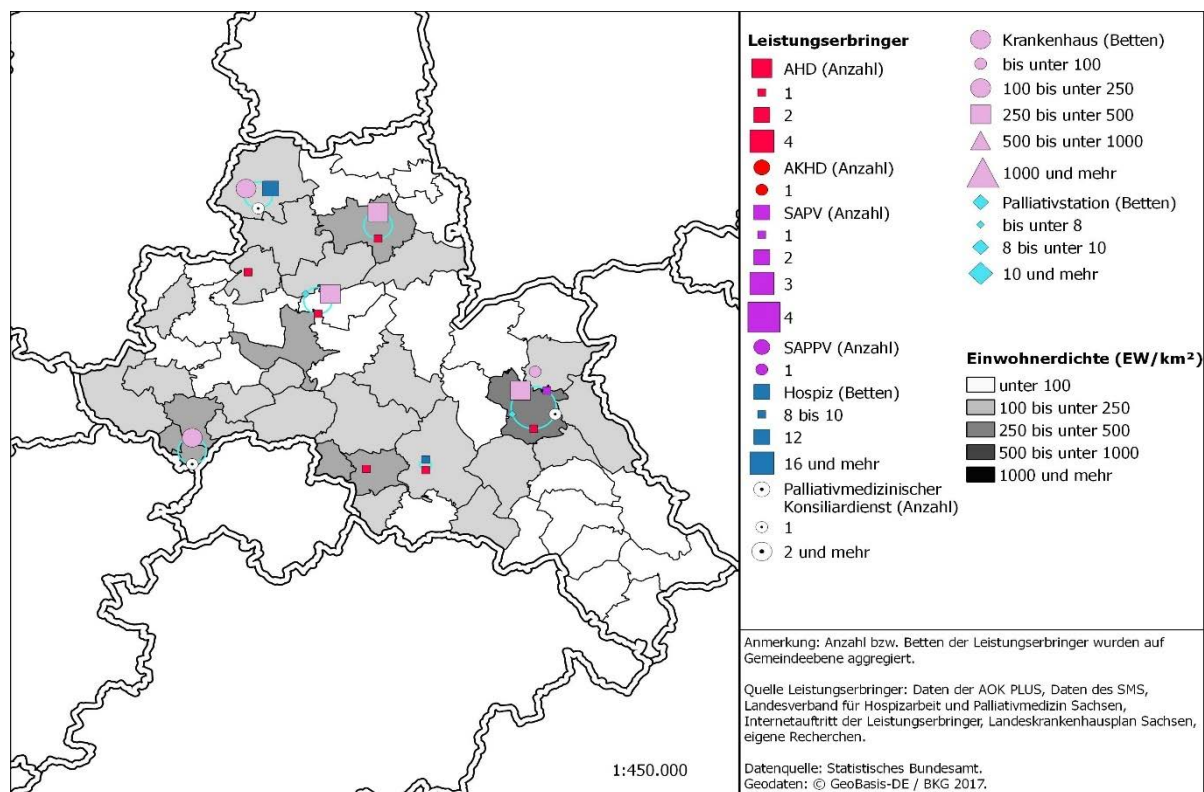


Tabelle 64: Einrichtungen im Landkreis Mittelsachsen

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	6	
AKHD		
Hospiz (stationär)	2	22
Kinderhospiz (stationär)		
Palliativstation	2	12
SAPPV		
SAPV	2*	
Krankenhaus	7	1.441
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	3	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen. *Anmerkung: Der Landkreis Mittelsachsen wird durch ein SAPV-Team (Home Care Sachsen e. V. - Team II) mit Sitz in der kreisfreien Stadt Dresden mitversorgt.

Tabelle 65: Merkmale des Landkreises Mittelsachsen

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	2.116
Bevölkerung (Einwohner)	312.450
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	148
Altenanteil (65 Jahre und älter)	26,5 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	39

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Karte 44: Steckbrief des Landkreises Vogtlandkreis

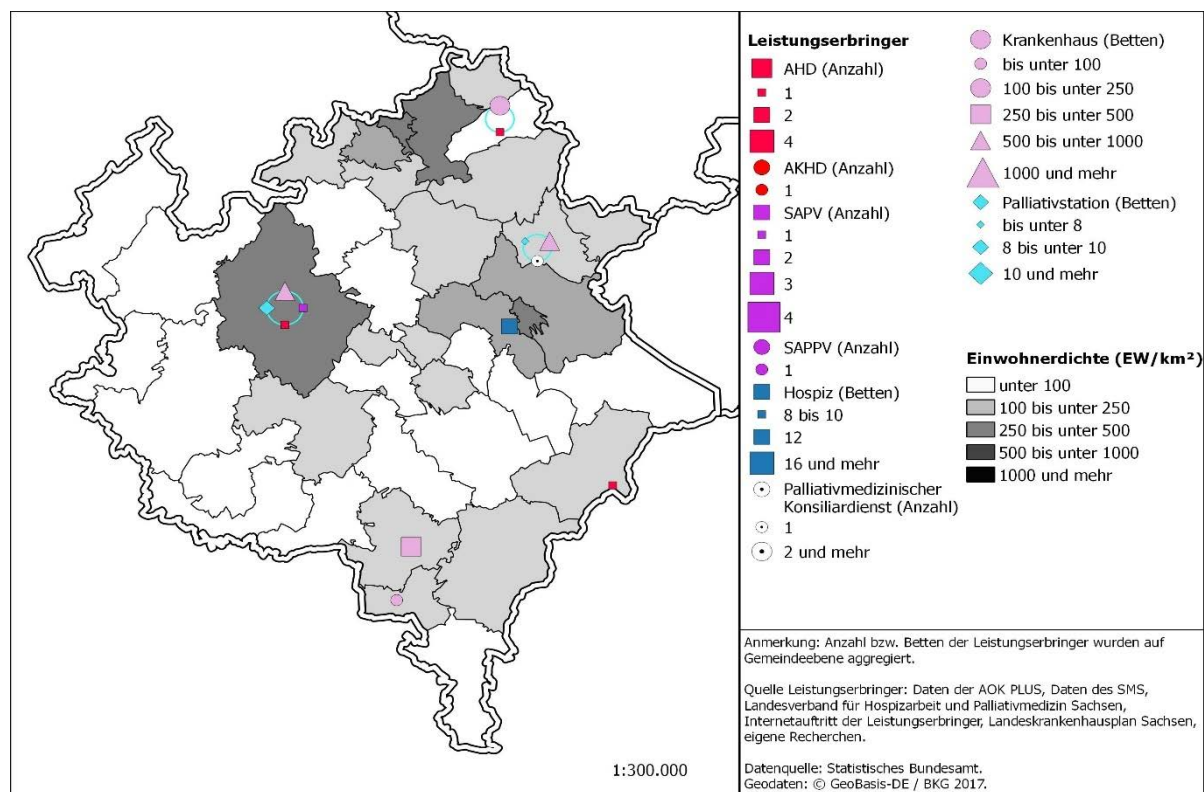


Tabelle 66: Einrichtungen im Landkreis Vogtlandkreis

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	3	
AKHD		
Hospiz (stationär)	1	12
Kinderhospiz (stationär)		
Palliativstation	2	14
SAPPV		
SAPV	1	
Krankenhaus	7	1.677
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	1	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen.

Tabelle 67: Merkmale des Landkreises Vogtlandkreis

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	1.412
Bevölkerung (Einwohner)	232.318
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	165
Altenanteil (65 Jahre und älter)	28,3 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	47

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Karte 45: Steckbrief des Landkreises Zwickau

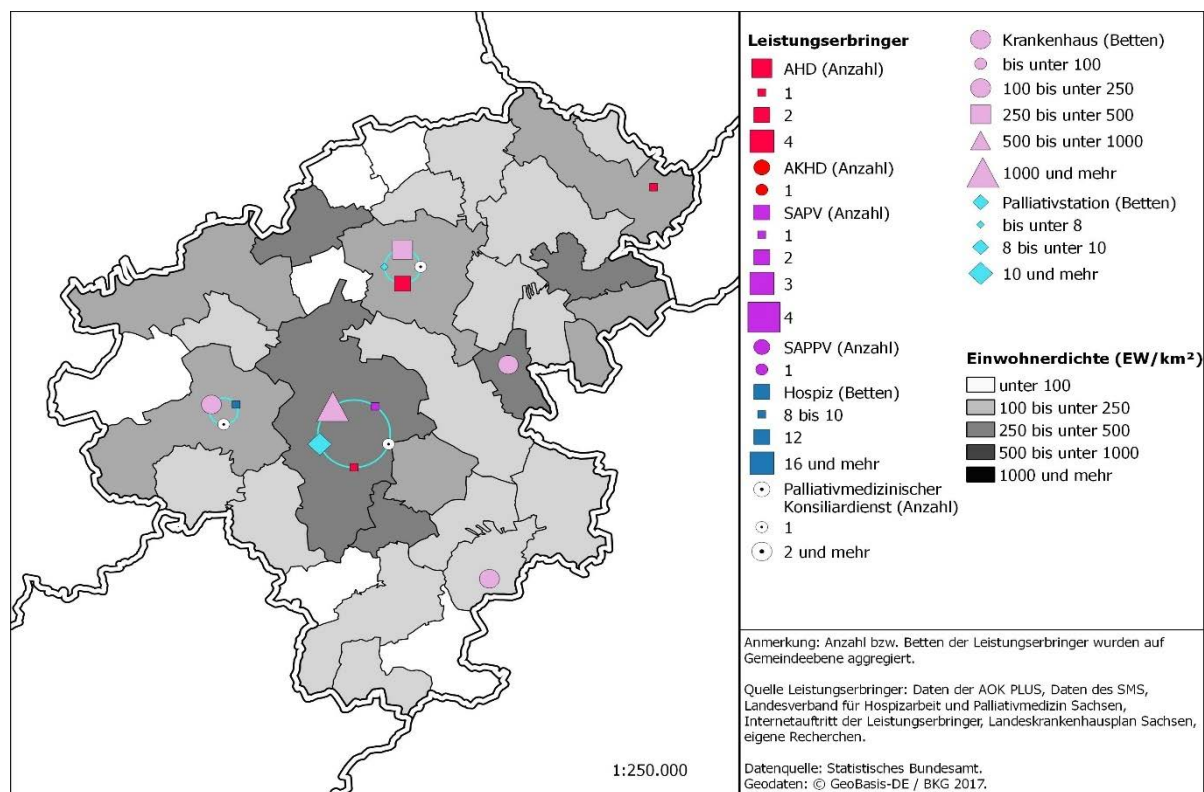


Tabelle 68: Einrichtungen im Landkreis Zwickau

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	4	
AKHD		
Hospiz (stationär)	1	9
Kinderhospiz (stationär)		
Palliativstation	2	16
SAPPV		
SAPV	1	
Krankenhaus	6	1.936
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	3	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen.

Tabelle 69: Merkmale des Landkreises Zwickau

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	950
Bevölkerung (Einwohner)	324.534
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	342
Altenanteil (65 Jahre und älter)	27,7 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	95

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Karte 46: Steckbrief der kreisfreien Stadt Dresden

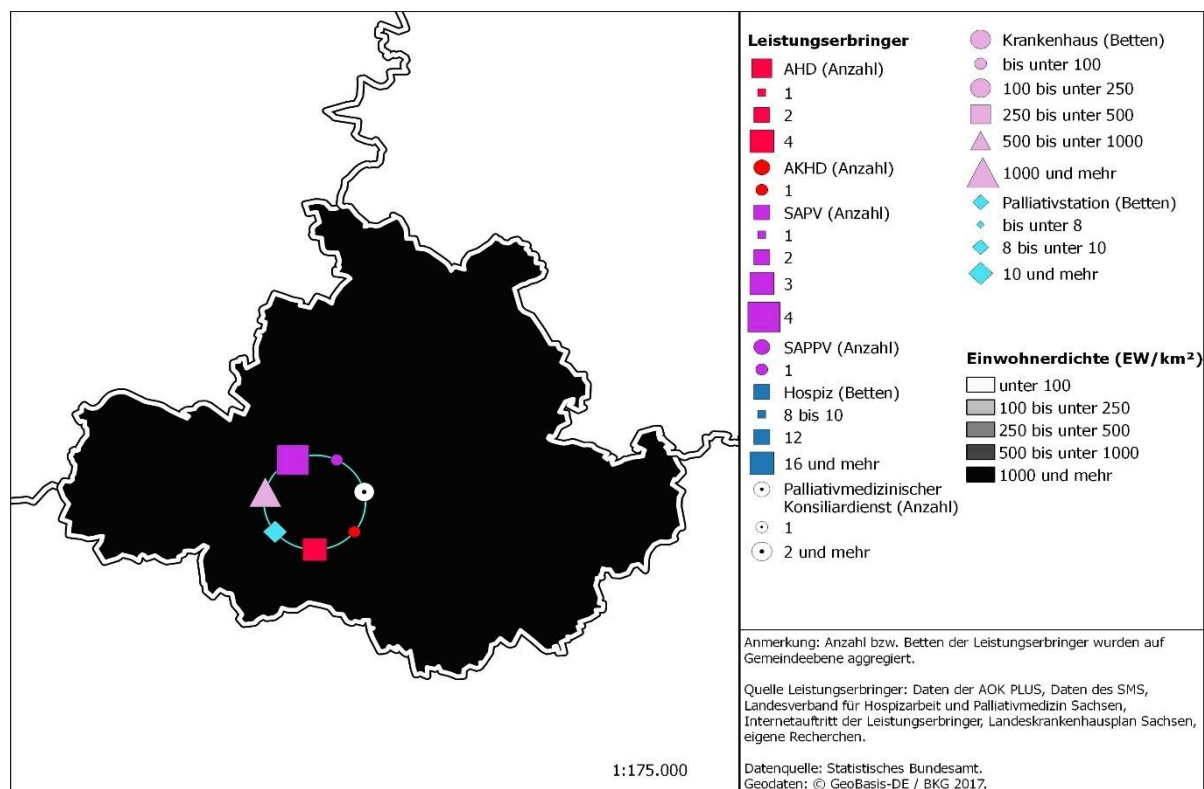


Tabelle 70: Einrichtungen in der kreisfreien Stadt Dresden

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	4	
AKHD	1	
Hospiz (stationär)		
Kinderhospiz (stationär)		
Palliativstation	4	41
SAPPV	1	
SAPV	2*	
Krankenhaus	7	3.683
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	3	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen. *Anmerkung: Vier SAPV-Teams haben ihren Sitz in der kreisfreien Stadt Dresden, zwei dieser SAPV-Teams (Home Care Sachsen e. V. - Team I & Team II) versorgen jedoch ausschließlich die Landkreise Mittelsachsen, Bautzen, Meißen und Sächsische Schweiz / Osterzgebirge.

Tabelle 71: Merkmale der kreisfreien Stadt Dresden

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	328
Bevölkerung (Einwohner)	543.825
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	1.658
Altenanteil (65 Jahre und älter)	21,6 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	358

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Karte 47: Steckbrief des Landkreises Bautzen

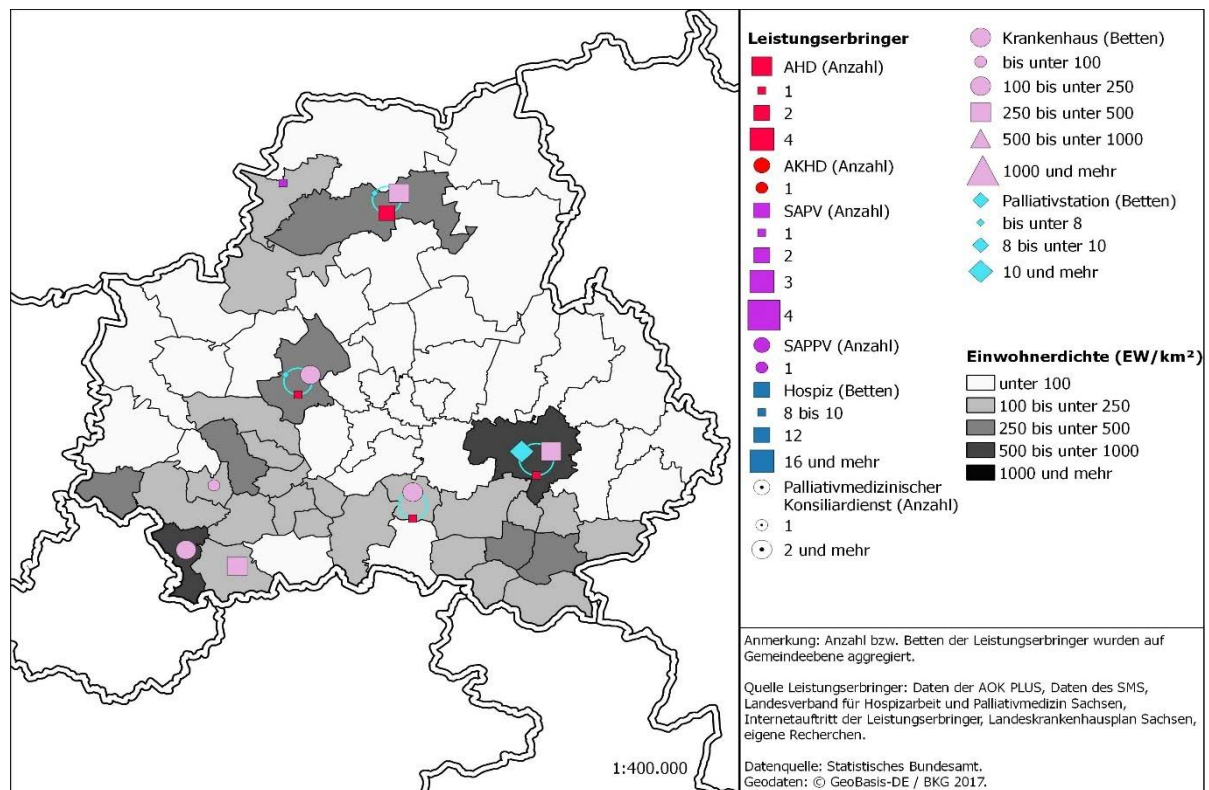


Tabelle 72: Einrichtungen im Landkreis Bautzen

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	5	
AKHD		
Hospiz (stationär)		
Kinderhospiz (stationär)		
Palliativstation	3	22
SAPPV		
SAPV	2*	
Krankenhaus	8	1.718
Palliativmedizinischer Konsiliardienst		

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen. *Anmerkung: Der Landkreis Bautzen wird durch ein SAPV-Team (Home Care Sachsen e. V. - Team I) mit Sitz in der kreisfreien Stadt Dresden mitversorgt.

Tabelle 73: Merkmale des Landkreises Bautzen

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	2.396
Bevölkerung (Einwohner)	306.273
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	128
Altenanteil (65 Jahre und älter)	25,9 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	33

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Karte 48: Steckbrief des Landkreises Görlitz

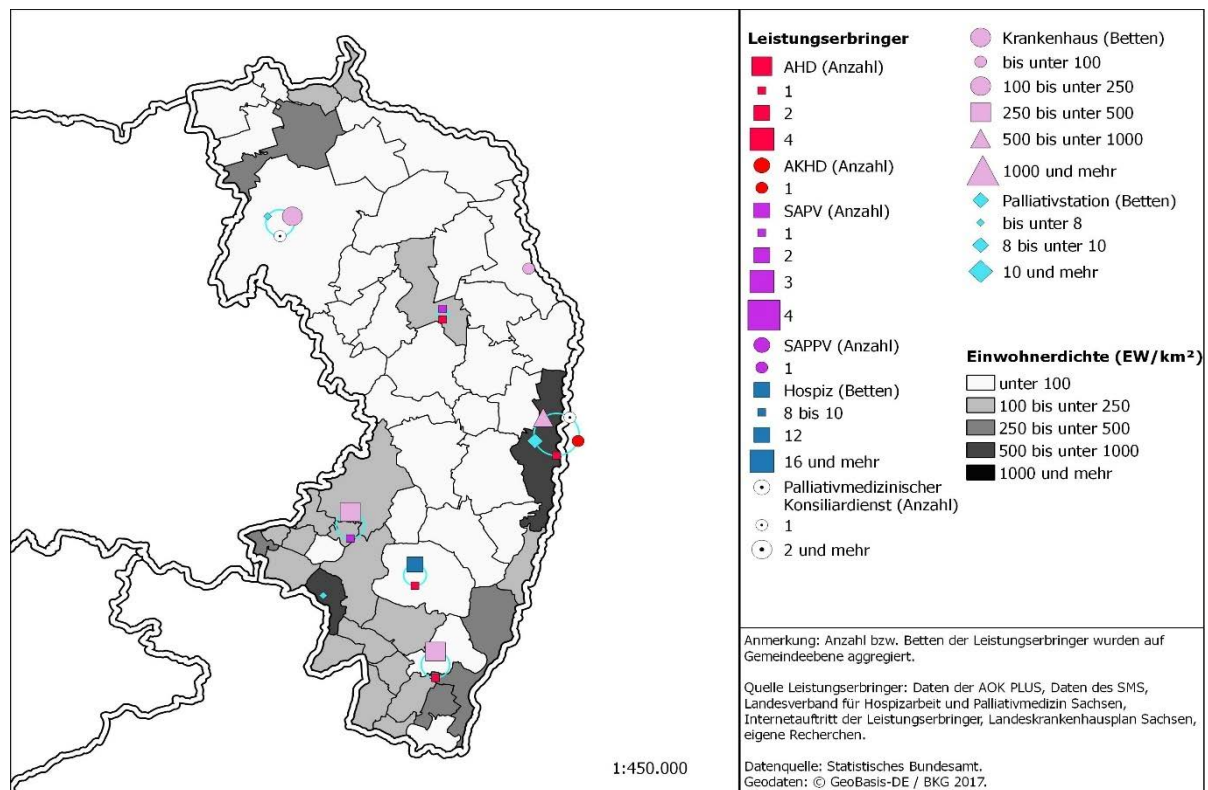


Tabelle 74: Einrichtungen im Landkreis Görlitz

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	4	
AKHD	1	
Hospiz (stationär)	1	12
Kinderhospiz (stationär)		
Palliativstation	3	21
SAPPV		
SAPV	2	
Krankenhaus	6	1.724
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	2	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen.

Tabelle 75: Merkmale des Landkreises Görlitz

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	2.111
Bevölkerung (Einwohner)	260.000
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	123
Altenanteil (65 Jahre und älter)	28,0 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	34

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Karte 49: Steckbrief des Landkreises Meißen

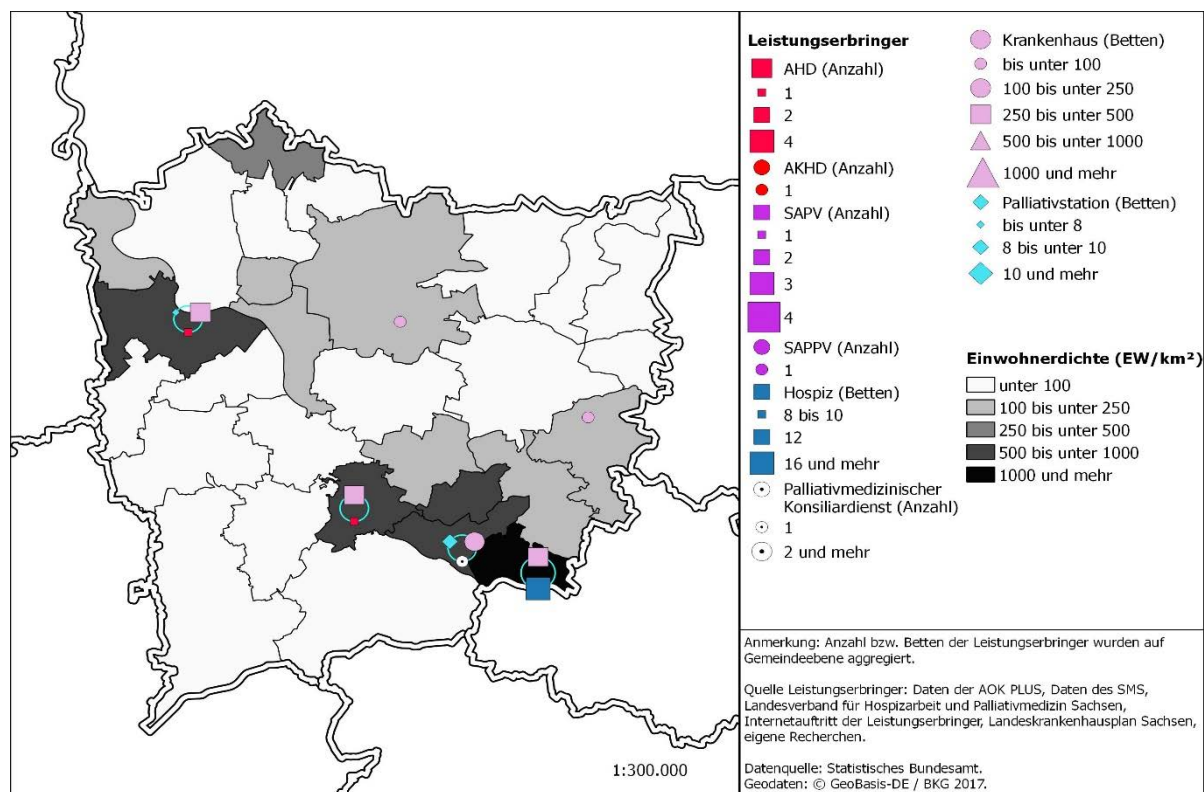


Tabelle 76: Einrichtungen im Landkreis Meißen

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	2	
AKHD		
Hospiz (stationär)	1	16
Kinderhospiz (stationär)		
Palliativstation	2	15
SAPPV		
SAPV	1*	
Krankenhaus	6	1.205
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	1	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer. *Anmerkung: Der Landkreis Meißen wird durch ein SAPV-Team (Home Care Sachsen e. V. - Team II) mit Sitz in der kreisfreien Stadt Dresden versorgt.

Tabelle 77: Merkmale des Landkreises Meißen

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	1.455
Bevölkerung (Einwohner)	245.244
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	169
Altenanteil (65 Jahre und älter)	25,9 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	44

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Karte 50: Steckbrief des Landkreises Sächsische Schweiz / Osterzgebirge

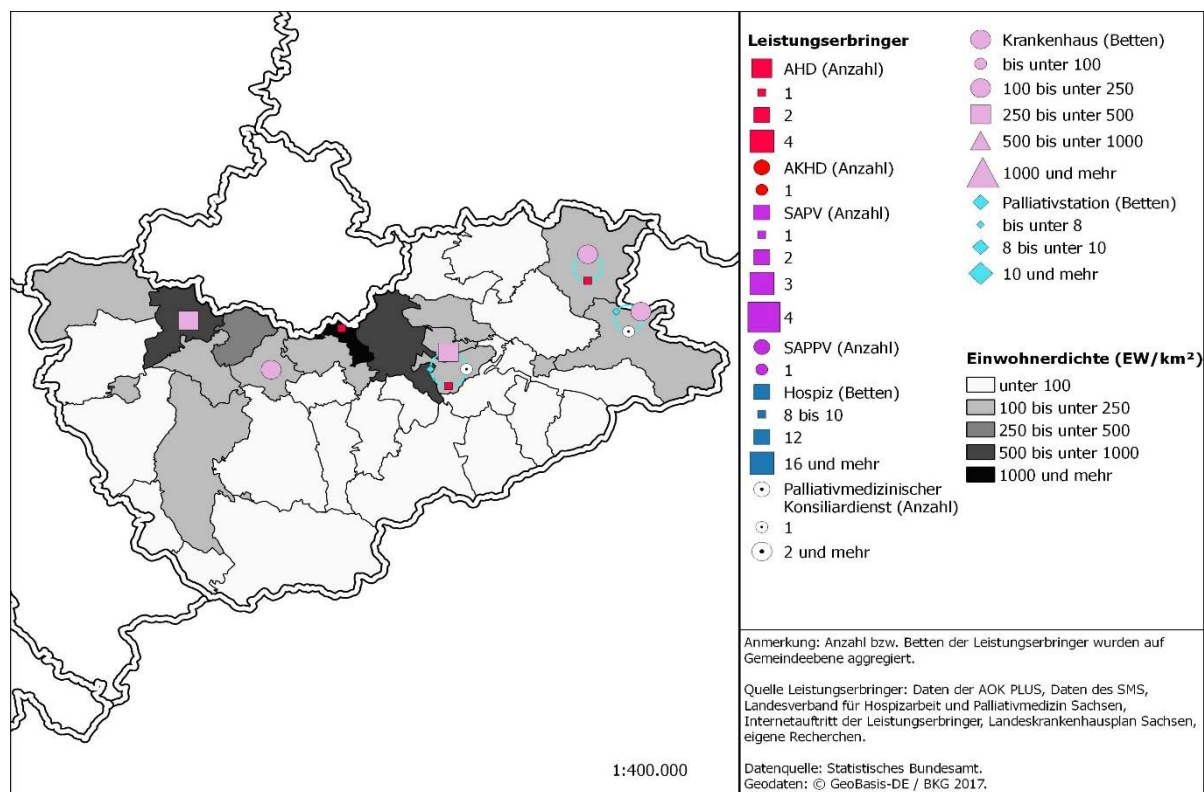


Tabelle 78: Einrichtungen im Landkreis Sächsische Schweiz / Osterzgebirge

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	3	
AKHD		
Hospiz (stationär)		
Kinderhospiz (stationär)		
Palliativstation	2	13
SAPPV		
SAPV	1*	
Krankenhaus	6	1.110
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	2	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen. *Anmerkung: Der Landkreis Sächsische Schweiz / Osterzgebirge wird durch ein SAPV-Team (Home Care Sachsen e. V. - Team I) mit Sitz in der kreisfreien Stadt Dresden versorgt.

Tabelle 79: Merkmale des Landkreises Sächsische Schweiz / Osterzgebirge

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	1.654
Bevölkerung (Einwohner)	247.412
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	150
Altenanteil (65 Jahre und älter)	26,0 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	39

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Karte 51: Steckbrief der kreisfreien Stadt Leipzig

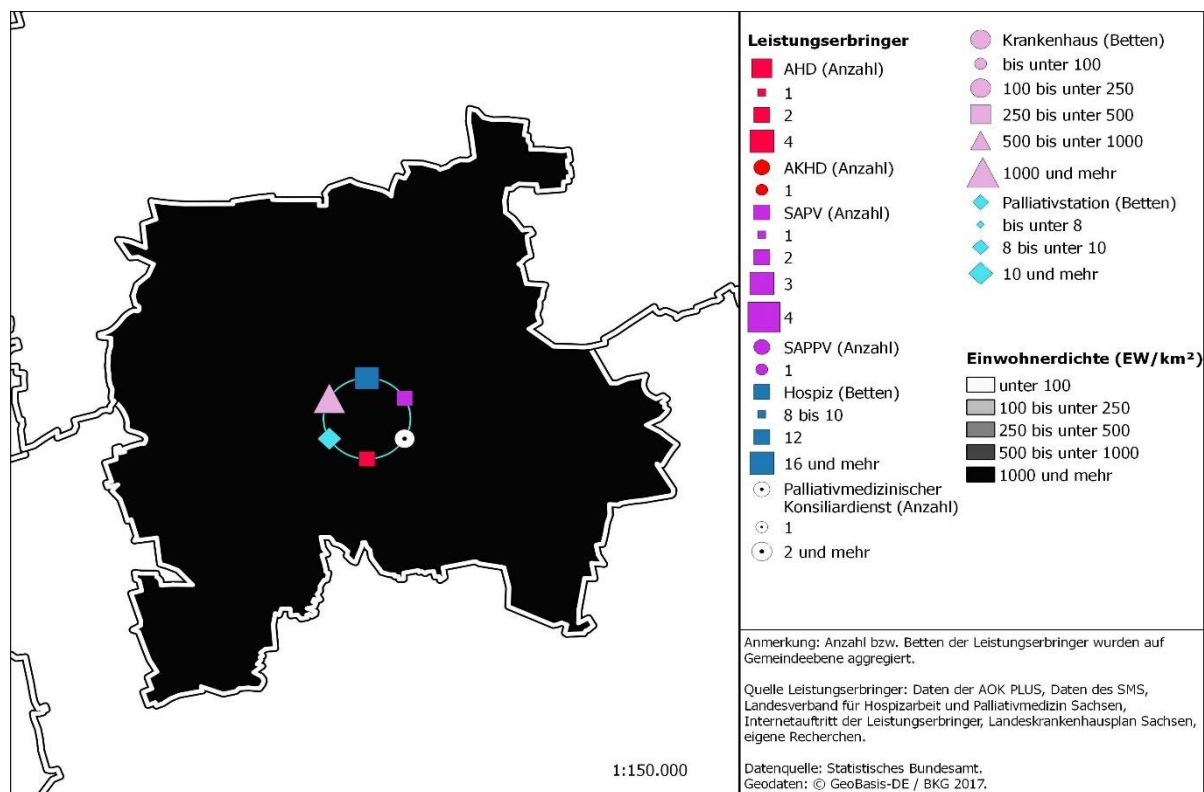


Tabelle 80: Einrichtungen in der kreisfreien Stadt Leipzig

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	2	
AKHD		
Hospiz (stationär)	2	28
Kinderhospiz (stationär)		
Pallativstation	3	32
SAPPV		
SAPV	2	
Krankenhaus	6	4.045
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	4	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen.

Tabelle 81: Merkmale der kreisfreien Stadt Leipzig

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	298
Bevölkerung (Einwohner)	560.472
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	1.881
Altenanteil (65 Jahre und älter)	20,9 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	392

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Karte 52: Steckbrief des Landkreises Leipzig

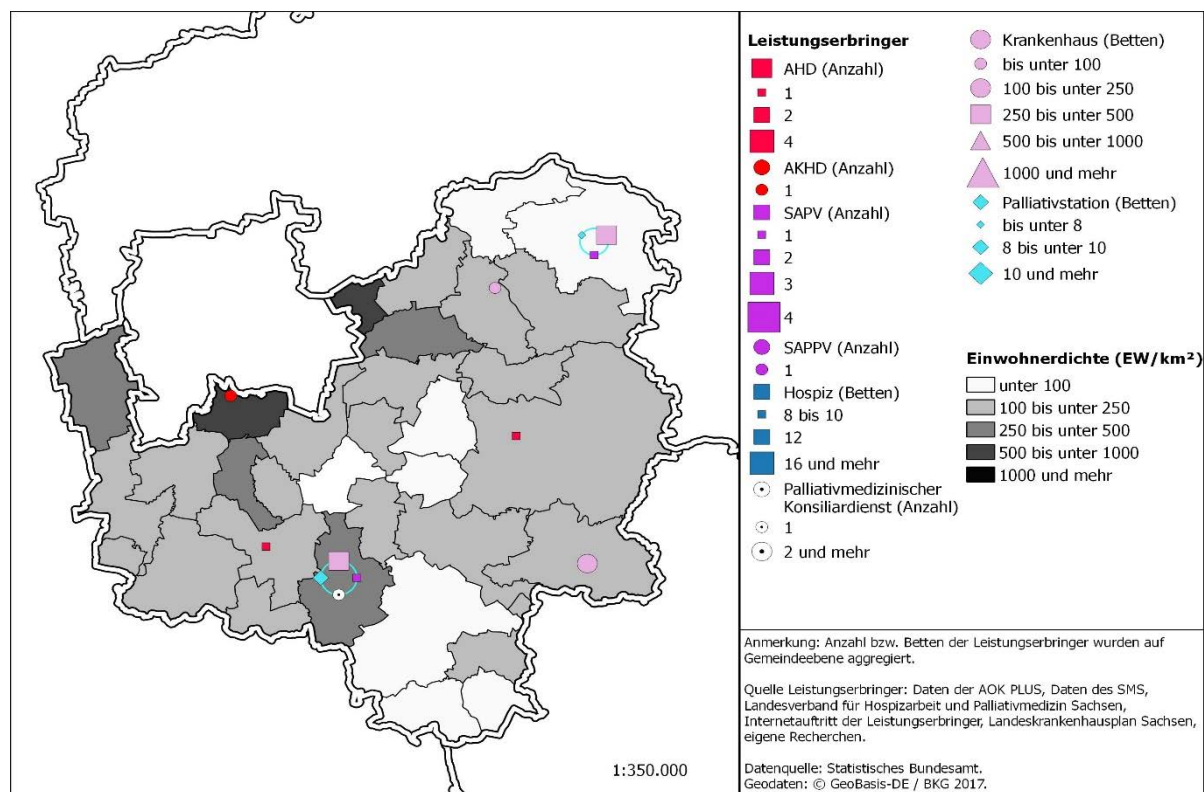


Tabelle 82: Einrichtungen im Landkreis Leipzig

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	2	
AKHD	1	
Hospiz (stationär)		
Kinderhospiz (stationär)	1	10
Palliativstation	2	14
SAPPV		
SAPV	2	
Krankenhaus	4	1.035
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	1	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen.

Tabelle 83: Merkmale des Landkreises Leipzig

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	1.651
Bevölkerung (Einwohner)	258.408
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	157
Altenanteil (65 Jahre und älter)	25,1 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	39

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Karte 53: Steckbrief des Landkreises Nordsachsen

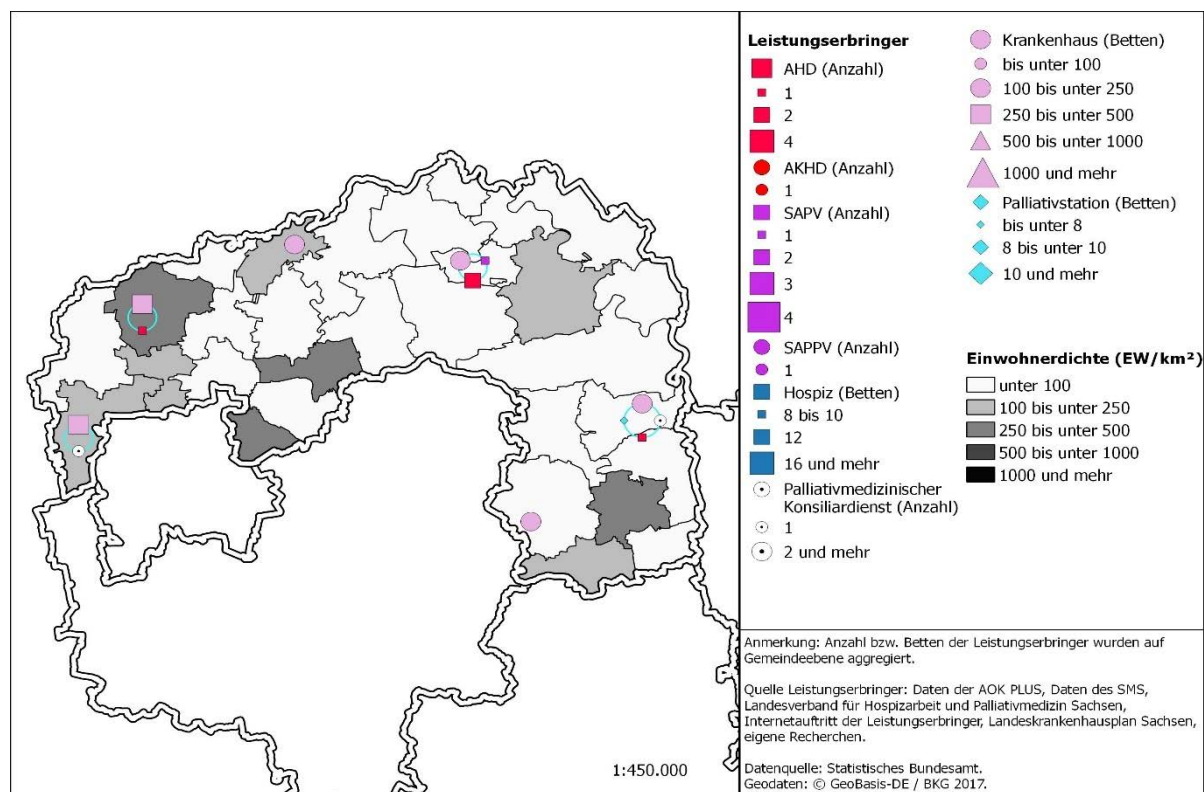


Tabelle 84: Einrichtungen im Landkreis Nordsachsen

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	4	
AKHD		
Hospiz (stationär)		
Kinderhospiz (stationär)		
Palliativstation	1	6
SAPPV		
SAPV	1	
Krankenhaus	7	1.410
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	2	

Quelle: Daten der AOK PLUS, Daten des SMS, LVHP (2017), Internetauftritte der Leistungserbringer, Krankenhausplan Sachsen.

Tabelle 85: Merkmale des Landkreises Nordsachsen

Merkmal	Wert
Fläche (km²)	2.028
Bevölkerung (Einwohner)	197.605
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	97
Altenanteil (65 Jahre und älter)	24,4 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	24

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a) und Statistisches Landesamt Sachsen (2016c).

Literaturverzeichnis

Literatur

- Ballsieper, K.; Lemm, U.; Reibnitz, C. (2012): Überleitungsmanagement. Praxisleitfaden für stationäre Gesundheitseinrichtungen. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2017): Krankenhausplan des Freistaates Bayern, Stand: 1. Januar 2017 (42. Fortschreibung).
- Berger, J. (2017): Qualitätsmessung in der Versorgung von Palliativpatienten mit Qualitätsindikatoren des Nationalen Hospiz- und Palliativregisters (NHPR). Universitätsmedizin Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016a): Die Pflegestärkungsgesetze. Das Wichtigste im Überblick.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016b): Hospiz- und Palliativgesetz. Bessere Versorgung schwerstkranker Menschen. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Flyer_Poster_etc/Hospiz-_und_Palliativgesetz.pdf, zuletzt geprüft am 05.12.2017.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017): Hospiz- und Palliativgesetz. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz-und-palliativgesetz.html>, zuletzt aktualisiert am 23.10.2017, zuletzt geprüft am 13.03.2018.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2018): Förderdatenbank Förderprogramme und Finanzhilfen des Bundes, der Länder und der EU. Online verfügbar unter <http://www.förderdatenbank.de>, zuletzt geprüft am 26.04.2018.
- Bürgerstiftung Dresden (o. J.): Würdigungskonzept. Online verfügbar unter <http://www.buergerstiftung-dresden.de/Wuerdigungskonzept.42.0.html>, zuletzt geprüft am 23.03.2018.
- Calanzani, N.; Moens, K.; Cohen, J. et al. (2014): Choosing care homes as the least preferred place to die. A cross-national survey of public preferences in seven European countries. In: *BMC Palliative Care* 13 (48).
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2009): Hintergrund-Information / Palliativmedizin im stationären Sektor. Online verfügbar unter <http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/presse/HI%20Palliativmedizin%20stationaer.pdf>, zuletzt geprüft am 05.01.2018.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2011): Entwicklungsstand und Struktur der palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland. Online verfügbar unter http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Artikel_HM_Palliativstrukturen_2011-11-28.pdf, zuletzt geprüft am 05.10.2017.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2015): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft Palliativmedizin zum Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz HPG). Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/blob/387948/65d5c2ac2e14327cc755878bafac65b7/deutsche-gesellschaft-fuer-palliativmedizin--dgp--data.pdf>, zuletzt geprüft am 05.01.2018.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2017a): Nationales Hospiz- und Palliativregister. Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/2017_04_25_Informationsbroesch%3BCre_REGISTER.pdf, zuletzt geprüft am 05.04.2018.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2017b): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. SAPV: Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung ist

kein Wettbewerbsfeld! Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Stellungnahme_SAPV_Vergaberecht_20170214.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2018.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2017c): Übersicht zum aktuellen Stand der Hospiz - und Palliativversorgung in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/161231_Wegweiser%C3%BCbersicht_Homepage_Erwachsene.pdf, zuletzt geprüft am 09.04.2018.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP); Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) (2009): SAPV-Glossar. Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/SAPV_Glossar_DGP_DHPV_15_01_2009.pdf, zuletzt geprüft am 05.01.2018.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP); Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) (2015): Palliativversorgung im Krankenhaus. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und des Deutschen Hospiz - und PalliativVerbandes (DHPV) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Hospiz - und Palliativgesetz (HPG). Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Stellungnahme_DGP_DHPV_HPG_02092015.pdf, zuletzt geprüft am 05.04.2018.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP); Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV); Bundesärztekammer (2016): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) (o. J.): Palliativstationen. Definition und Merkmale. Online verfügbar unter http://www.dhpv.de/themen_palliativstationen.html, zuletzt geprüft am 05.01.2018.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) (2015): Schwerstkranke und sterbende Menschen sowie die Angehörigen stärker berücksichtigen. Daten zur Entwicklung und zum aktuellen Stand. Online verfügbar unter http://www.dhpv.de/presseerklaerung_detail/items/schwerstkranke-und-sterbende-menschen-sowie-die-angehoerigen-staerker-beruecksichtigen.html, zuletzt aktualisiert am 12.08.2015, zuletzt geprüft am 13.03.2018.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) (2016): Stationäre Hospize für Erwachsene, stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Palliativstationen in Deutschland. Daten zur Entwicklung und zum aktuellen Stand. Online verfügbar unter http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/statistik/20160411_Bericht_StatHospizePalliativ.pdf, zuletzt geprüft am 13.03.2018.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) (2017): Wissen und Einstellungen der Menschen in Deutschland zum Sterben – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Auftrag des DHPV. Online verfügbar unter http://www.dhpv.de/tl_files/public/Aktuelles/presseerklaerungen/3_ZentraleErgebnisse_DHPVBevoelkerungsbefragung_06102017.pdf, zuletzt geprüft am 05.01.2018.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2017): OPS 2018 Systematik. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/ops/version2018/systematik/>, zuletzt geprüft am 20.12.2017.

Escobar Pinzon, L.; Claus, M.; Zepf, K. et al. (2013): Sterben in Rheinland-Pfalz. Gewünschter und tatsächlicher Sterbeort. In: *Das Gesundheitswesen* 75 (12), S. 853–858.

Freie Wohlfahrtspflege Landesarbeitsgemeinschaft Bayern (2014): Praxistipp Gewinnung und Eignung von Ehrenamtlichen in Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. Online verfügbar unter http://www.niedrigschwellig-betreuung-bayern.de/fileadmin/user_upload/nsa/Praxistipp_Gewinnung_von_Ehrenamtlichen_in_Niedrigschwelligen_Betreuungsangeboten.pdf, zuletzt geprüft am 20.03.2018.

- Gaertner, J.; Drabik, A.; Marschall, U. et al. (2013): Inpatient Palliative Care. A nationwide analysis. In: *Health Policy* 109 (3), S. 311–318.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE-Bund) (2017): Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin (Primärquelle: Bundesärztekammer, Ärztestatistik). In www.gbe-bund.de (Thematische Recherche: Startseite > Rahmenbedingungen > Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals > Tabelle (gestaltbar): Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung, BÄK, zuletzt geprüft am 14.02.2018).
- Gomes, B.; Calanzani, N.; Gysels, M. et al. (2013): Heterogeneity and changes in preferences for dying at home. A systematic review. In: *BMC Palliative Care* 12.
- Goossensen, A.; Somsen, J.; Scott, R.; Pelttari, L. (2016): Defining volunteering in hospice and palliative care in Europe. An EAPC White Paper. In: *European Journal of Palliative Care* 23.
- Greiving, S.; Winkel, R.; Flex, F.; Terfrüchte, T. (2015): Reform der Zentrale - Orte - Konzepte in den Ländern und Folgen für Siedlungsstruktur und Daseinsvorsorge. Endbericht.
- Groh, G.; Feddersen, B.; Führer, M.; Borasio, G. (2014): Specialized Home Palliative Care for Adults and Children. Differences and similarities. In: *Journal of Palliative Medicine* 17 (7), S. 803–810.
- Hospiz- und PalliativVerband Baden-Württemberg e.V. (2018): Baden-Württembergische Hospizarbeit in Zahlen. Online verfügbar unter <http://hpvbw.de/hospiz-in-zahlen>, zuletzt geprüft am 04.04.2018.
- Hospizium Leipzig gGmbH (2017): Neubau Hospiz ADVENA. Online verfügbar unter http://www.hospizium-leipzig.de/showcontent/Neubau_Hospiz_ADVENA.html, zuletzt geprüft am 05.01.2018.
- Hügler, S. (2011): Hospize - ein Ort um menschenwürdig zu sterben. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946) 136 (16).
- Husebø, S.; Klaschik, E. (2009): Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis; Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- InEK (2017): Fallpauschalenkatalog. Online verfügbar unter http://www.g-drg.de/G-DRG-System_2017/Fallpauschalen-Katalog2/Fallpauschalen-Katalog_2017, zuletzt geprüft am 05.01.2018.
- Interessengemeinschaft SAPV im Land Brandenburg. Online verfügbar unter <http://www.sapv-brb.de/>, zuletzt geprüft am 22.12.2017.
- Karmann, A.; Schneider, M.; Werblow, A.; Hofmann, U. (2014): Hospizstudie: Standorte und demographische Rahmenbedingungen von Hospizangeboten in Sachsen. Gutachten im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz.
- Koalitionsvertrag CDU, CSU und SPD zur 19. Legislaturperiode: Ein neuer Aufbruch für Europa - Eine neue Dynamik für Deutschland - Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode, zuletzt geprüft am 24.04.2018.
- Kommunaler Sozialverband Sachsen (2017): Kriterienkatalog zur Prüfung von stationären Einrichtungen der Altenhilfe nach § 9 SächsBeWoG. Online verfügbar unter https://www.ksv-sachsen.de/images/dokumente/formulare_heimaufsicht/SGB-XI.pdf, zuletzt geprüft am 24.04.2018.
- KompetenzZentrum Palliative Care Baden-Württemberg (2018): Das KompetenzZentrum im Überblick. Online verfügbar unter <http://www.kompetenzzentrum-palliative-care-bw.de/kompetenzzentrum/struktur/>, zuletzt geprüft am 21.03.2018.

- Koordinierungsstelle für Hospiz- u. Palliativversorgung in Deutschland (2017): Charta Unterstützer. Institutionen und Organisationen Sachsen. Online verfügbar unter [http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/Unterstuetzer Institutio-nen Sachsen.pdf](http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/Unterstuetzer_Institutio-nen_Sachsen.pdf), zuletzt geprüft am 20.02.2018.
- Kränzle, S.; Seeger, C.; Schmid, U. (2010): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Berlin: Springer.
- Landespflegeausschuss (2012): Empfehlung des Landespflegeausschusses Freistaat Sachsen. Orientierungshilfe zur Palliativversorgung und Sterbebegleitung. Vom 04.03.2009, in der Fassung vom 05.09.2012.
- Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V (LVHP) (2017): Mitglieder. Online verfügbar unter <http://hospiz-palliativ-sachsen.de/mitglieder/>, zuletzt geprüft am 05.04.2018.
- Luo, W.; Qi, Y. (2009): An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians. In: *Health & Place* 15 (4), S. 1100–1107.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund; GKV-Spitzenverband (2018): Qualitätsprüfungs-Richtlinien Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI. Teil 2 – Stationäre Pflege.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2017): 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege.
- Melching, H. (2015): Modul 2: Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung. In: Bertelsmann Stiftung (Hg.): Faktencheck Palliativversorgung.
- Ministerkonferenz für Raumordnung (2016): Entschließung „Zentrale Orte“. Online verfügbar unter https://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Anlage/Raumentwicklung/41-mkro-beschluss-entschliessung-zentrale-orte.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 24.04.2018.
- Paritätischer Gesamtverband (2018): Bestenfalls ein Einstieg: GroKo-Einigung zu Pflege aus Sicht des Paritätischen viel zu wenig. Online verfügbar unter <http://www.der-paritaetische.de/presse/bestenfalls-ein-einstieg-groko-einigung-zu-pflege-aus-sicht-des-paritaetischen-viel-zu-wenig/>.
- Pelttari, L. (2018): Ehrenamtlich engagiert in Europa. Entwicklung der europäischen Charta zum Ehrenamt in Hospiz und Palliative Care. In: *Die Hospiz-Zeitschrift*, 2018 (76).
- Pinzon, L.; Claus, M.; Zepf, K. et al. (2012): Symptom prevalence in the last days of life in Germany. The role of place of death. In: *The American journal of hospice & palliative care* 29 (6), S. 431–437.
- Plaul, C.; Karmann, A. (2017): Patient Mobility within the Palliative Care System in Germany. In: *European Journal of Palliative Care*.
- Radbruch, L.; Payne, S. (2011a): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa. Teil 1. In: *Palliativmedizin* 12 (05), S. 216–227.
- Radbruch, L.; Payne, S. (2011b): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa. Teil 2. In: *Palliativmedizin* 12 (06), S. 260–270.
- Raffelhüsch, B.; Hackmann, T.; Metzger, C. (2011): Alter | Rente | Grundsicherung (ARG). Eine Studie für Sachsen. Hg. v. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS).

- Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtlD/GesInDtlD_inhalt.html, zuletzt geprüft am 13.02.2018.
- Saarländisches Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz (2011): Krankenhausplan für das Saarland 2011 - 2015.
- Sächsische Staatsregierung (2013): Landesentwicklungsplan 2013. Online verfügbar unter http://www.landesentwicklung.sachsen.de/download/Landesentwicklung/LEP_2013.pdf, zuletzt geprüft am 12.03.2018.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) (2016a): Berichte und Zwischenberichte der Staatsregierung zu den Beschlüssen des Landtags zur Information für die Abgeordneten. Bericht des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vom 23. Mai 2016 zum Beschluss des Sächsischen Landtags in der 31. Sitzung am 17.03.2016 zum Antrag der Fraktionen CDU und SPD „Sterbenden, Angehörigen und Trauernden beistehen – Hospizarbeit stärken“. Drs 6/4468.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) (2016b): Berichte und Zwischenberichte der Staatsregierung zu den Beschlüssen des Landtags zur Information für die Abgeordneten. Ergänzung zu „Bericht des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vom 23. Mai 2016 zum Beschluss des Sächsischen Landtags in der 31. Sitzung am 17.03.2016 zum Antrag der Fraktionen CDU und SPD „Sterbenden, Angehörigen und Trauernden beistehen – Hospizarbeit stärken“. Drs 6/4468.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) (2016): Krankenhausplan des Freistaates Sachsen ab 2014.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) (2017): Gutes Leben im Alter. Wünsche von künftigen Senioren im ländlichen Sachsen.
- Schindler, T. (2006): Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 49 (11), S. 1077–1086.
- Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit Hansestadt Bremen (2010): Landes-Krankenhausplan 2010 - 2015.
- Statista (2017): Altenquotient in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2015. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/549462/umfrage/altenquotient-in-deutschland-nach-bundeslaendern/>, zuletzt geprüft am 12.12.2017.
- Statistisches Bundesamt (2015): Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung nach Bundesländern. Online verfügbar unter <https://service.destatis.de/laenderpyramiden/>, zuletzt geprüft am 12.12.2017.
- Statistisches Bundesamt (2017a): Alle politisch selbständigen Gemeinden mit ausgewählten Merkmalen am 31.12.2015, im Juli 2017 wegen korrigierter Fläche revidiert: Alle politisch selbständigen Gemeinden mit ausgewählten Merkmalen am 31.12.2015. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/Archiv/GVAuszugJ/31122015_Auszug_GV.html;jsessionid=88F3B3050287D35E313C9CA14DA3D95E.InternetLive2, zuletzt geprüft am 05.12.2017.
- Statistisches Bundesamt (2017b): Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> (Code: 12411-0005), zuletzt geprüft am 10.04.2018.
- Statistisches Bundesamt (2017c): Bevölkerungszahlen 2016/2017. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.html>, zuletzt geprüft am 12.12.2017.

- Statistisches Bundesamt (2017d): Gestorbene: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersjahre. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> (Code: 12613-0003), zuletzt geprüft am 10.04.2018.
- Statistisches Bundesamt (2017e): Statistisches Jahrbuch 2017: Bevölkerung, Familien, Lebensformen. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Bevoelkerung.pdf?blob=publicationFile>, zuletzt geprüft am 20.12.2017.
- Statistisches Bundesamt (2018): Bevölkerung in Deutschland zum Jahresende 2016 auf 82,5 Millionen Personen gewachsen. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/01/PD18_019_12411.html, zuletzt geprüft am 26.02.2018.
- Statistisches Landesamt Sachsen (2016a): 6. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen 2015 bis 2030. Online verfügbar unter https://www.statistik.sachsen.de/download/080_RegBevPrognose_RegEinheiten-PDF/PROG_L_Sachsen_14.pdf, zuletzt geprüft am 20.12.2017.
- Statistisches Landesamt Sachsen (2016b): Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker. Korrekturausgabe (Stand: 21.09.2016), zuletzt geprüft am 20.02.2018.
- Statistisches Landesamt Sachsen (2016c): Bevölkerungsstand des Freistaates Sachsen nach Alter und Geschlecht; 2015 -. Korrekturausgabe. Online verfügbar unter <https://www.statistik.sachsen.de/html/11960.htm>, zuletzt geprüft am 05.12.2017.
- Statistisches Landesamt Sachsen (2016d): Eheschließungen, Geborene und Gestorbene im Freistaat Sachsen. Online verfügbar unter https://www.statistik.sachsen.de/download/100_Berichte-A/A_II_3_j15_SN.pdf, zuletzt geprüft am 05.01.2018.
- Statistisches Landesamt Sachsen (2016e): Vorausberechnung: Bevölkerung, Varianten, Geschlecht, Altersgruppen (6) - Kreise (Gebietsstand 01.01.16) - Jahre. Online verfügbar unter <https://www.statistik.sachsen.de/genonline/online/logon> (Code: 12421-005Z), zuletzt geprüft am 11.04.2018.
- Statistisches Landesamt Sachsen (2017): Gestorbene, Altersgruppen(19,u1-85um), Geschlecht, Nationalität - Kreise (GS ab 01.08.08) - Jahre (ab 2008). Online verfügbar unter <https://www.statistik.sachsen.de/genonline/online/logon> (Code: 12613-442K), zuletzt geprüft am 05.04.2018.
- Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (2017): 7. Krankenhausplan für den Freistaat Thüringen 2017 - 2022.
- Watson, M.; Lucas, C.; Hoy, A. (2009): Oxford Handbook of Palliative Care. 2. Aufl. Oxford: OUP Oxford (Oxford Medical Handbooks).
- Zarth, M. (Hg.) (2018): Raumordnungsbericht 2017. Daseinsvorsorge sichern. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Stand Juni 2017. Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2013): Bevölkerungsbefragung „Versorgung am Lebensende“. Online verfügbar unter https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Meinungsbild_Versorgung_Lebensende_Palliativ_Hospiz_2013_Eggert.pdf, zuletzt geprüft am 13.02.2018.

Verzeichnis von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Empfehlungen

- Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Drittes Pflegestärkungsgesetz, vom 23.12.2016. Fundstelle: BGBl. I S. 3191.
- Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Erstes Pflegestärkungsgesetz, vom 17.12.2014. Fundstelle: BGBl. I S. 2222.

- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege. Altenpflegegesetz, in der Fassung der Bekanntmachung vom 25.08.2003 (BGBl. I S. 1690), das zuletzt durch Artikel 1b des Gesetzes vom 17.07.2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist. Fundstelle: Gesetze im Internet.
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege. Krankenpflegegesetz, vom 16.07.2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 17.07.2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist. Fundstelle: Gesetze im Internet.
- Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Hospiz- und Palliativgesetz (HPG), vom 01.12.2015. In: *BGBl. I* (48), S. 2114–2118.
- Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I S. 886) das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17.07.2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist. Fundstelle: Gesetze im Internet.
- GKV-Spitzenverband; Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.; Arbeitgeber- und BerufsVerband des Privater Pflege e.V et al. (2012): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 in der Fassung vom 05.11.2012.
- GKV-Spitzenverband; Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.; Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V. et al. (2017a): Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017.
- GKV-Spitzenverband; Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.; Bundesverband Kinderhospiz e.V. et al. (2016): Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, in der Fassung vom 14.03.2016.
- GKV-Spitzenverband; Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.; Bundesverband Kinderhospiz e.V. et al. (2017b): Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung und Qualität der stationären Kinderhospizversorgung vom 31.03.2017.
- GKV-Spitzenverband; Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.; Bundesverband Kinderhospiz e.V. et al. (2017c): 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; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände et al. (2011): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_und_grundsätze_zur_qualitätssicherung/2011_06_09_MuG_stat_Fassung_nach_Schiedsspruch.pdf, zuletzt geprüft am 25.04.2018.
- GKV-Spitzenverband; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP); Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) (2013): Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); GKV-Spitzenverband (2018): Vereinbarung gemäß § 82 Abs. 1 SGB V über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge (Bundesmantelvertrag-Ärzte – BMV-Ä). i.d.F. vom 01.01.2018.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, in der Neufassung vom 17.09.2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 09.02.2010, in Kraft getreten am 10.02.2010, zuletzt geändert am 16.03.2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnZ AT 24.11.2017 B1, in Kraft getreten am 25.11.2017.

Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales zur Förderung von ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen. Förderrichtlinie (FRL) Hospiz, vom 17.04.2007. Fundstelle: (SächsABl. S. 568), zuletzt enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 16. November 2017 (SächsABl.SDr. S. S 422).

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. SGB XI, Artikel 1 des Gesetzes vom 26.05.1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18.07.2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist. Fundstelle: Gesetze im Internet.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung. SGB V, Artikel 1 des Gesetzes vom 20.12.1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17.08.2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist. Fundstelle: Gesetze im Internet.

Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung. SGB IV, in der Fassung der Bekanntmachung vom 12.11.2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 7a des Gesetzes vom 18.07.2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist. Fundstelle: Gesetze im Internet.

Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen. Weiterbildungsverordnung Gesundheitsfachberufe, vom 22.05.2007 (SächsGVBl. S. 209), die durch die Verordnung vom 21.05.2013 (SächsGVBl. S. 342) geändert worden ist. Fundstelle: SächsGVBl. 2007 Nr. 8, S. 209.

Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Zweites Pflegestärkungsgesetz, vom 21.12.2015. Fundstelle: BGBl. I S. 2424.