

# Hospiz- und Palliativbericht Sachsen 2022

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

Gutachten im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums  
für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt  
04. November 2022

VON MENSCH ZU MENSCH.



WIG

2

Wissenschaftliches Institut  
für Gesundheitsökonomie und  
Gesundheitssystemforschung



UNIVERSITÄT  
LEIPZIG

**Autoren und Autorinnen:**

Dr. Ines Weinhold

Josephine Thiesen, M.Sc.

Dr. Eric Faß

Dr. Marco Müller

Dr. Franziska Claus

Roman Kliemt, M.A.

Dipl.-Wirtsch.-Math. Sandra Stark

Lasare Samartzidis, M.Sc.

Ciara Fink, B.Sc.

Dr. Dennis Häckl

**Kontakt:**

Dr. Ines Weinhold

WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und  
Gesundheitssystemforschung GmbH

Markt 8 | 04109 Leipzig

+ 49 341 39 29 40 - 0

ines.weinhold@wig2.de

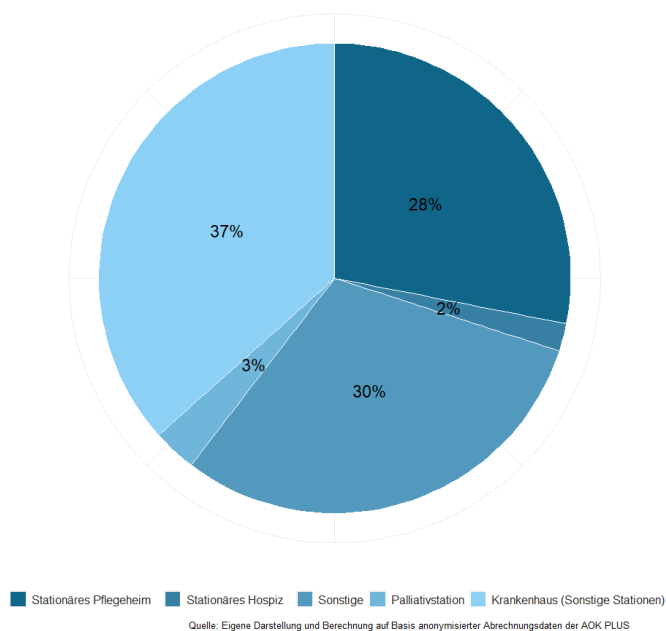
www.wig2.de

## Kernpunkte des Hospiz- und Palliativberichts 2022

### Relevanz und Entwicklungen

Der Freistaat Sachsen gehört zu den vom demografischen Wandel am stärksten beeinflussten Bundesländern. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung steigt kontinuierlich an, wobei insbesondere in der Fläche ein weiterer und sich mit der Zeit verstärkender Bevölkerungsrückgang zu erwarten ist (vgl. Kapitel 5.2.2). Pflegerische und hospizlich-palliative Versorgungsstrukturen müssen vorrausschauend den Bedarfen der zunehmend hochaltrigen Bevölkerungsanteile angepasst werden. Im Jahr 2020 verstarben in Sachsen insgesamt 62.092 Personen, wobei eine Übersterblichkeit von 13,4 % (und damit 8.320 Personen) zu verzeichnen war (vgl. Kapitel 4). Im Jahr 2021 stieg die Anzahl Verstorbener weiter an und lag bei 64.373 Personen.

Palliativmedizin und Hospizarbeit haben zum Ziel, unheilbar erkrankte und sterbende Menschen zu begleiten und ihnen eine möglichst selbstbestimmte letzte Lebensphase in Würde und ohne Schmerzen zu ermöglichen. Ob der tatsächliche Sterbeort auch dem von sterbenden Menschen gewünschten entspricht, wird maßgeblich von der Verfügbarkeit und dem Zugang zu hospizlichen und palliativen Versorgungsstrukturen beeinflusst. Im Vergleich sterben die meisten Menschen noch immer in Krankenhäusern (Abbildung 5 aus Kapitel 4.4), obwohl Studien belegen, dass die Mehrzahl unheilbar Erkrankter und Sterbender sich wünscht, die Zeit kurz vor dem Tod in einer vertrauten Umgebung zu verbringen.



**Abbildung 5 aus Kapitel 4.4: Verteilung tatsächlicher Sterbeorte in der sächsischen Bevölkerung im Jahr 2020 (Erwachsene)**

Bereits mit dem im Dezember 2015 eingeführten Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG) wurden die Palliativversorgung als Teil der Regelversorgung mit zusätzlich vergüteten Leistungen und die Hospizversorgung mit einer verbesserten finanziellen Ausstattung unterstützt, um u. a. den flächendeckenden Ausbau von Versorgungsangeboten vor allem in strukturschwachen und ländlichen Gebieten zu fördern. Seitdem zeugen weitere Reformmaßnahmen von der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Relevanz hospizlich-palliativer Versorgungsstrukturen. So zielte beispielsweise die Vereinbarung zur Pal-

liativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV), die zum 01. Januar 2017 in Kraft trat, darauf ab, die bestehende ambulante Palliativversorgung schwerstkranker und sterbender Menschen zu stärken. Mit dem zum 01. Januar 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz (PflBG) wurden die Ausbildungsinhalte zur Pflegefachkraft neu geregelt und umfassen u. a. auch explizit die Hospiz- und Palliativversorgung.

Ebenfalls im HPG 2015 umgesetzt wurden Maßnahmen, die eine Stärkung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) fördern sollen; darunter die Verpflichtung für stationäre Pflegeeinrichtungen zur Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten (AHD), um bspw. ihren Bewohner und Bewohnerinnen frühzeitig eine Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anzubieten. Insbesondere bei sterbenden und schwer erkrankten Menschen ist eine Vernetzung der Versorgungsstrukturen palliativer, pflegerischer und hospizlicher Angebote von Bedeutung, da die Bedarfe eines Menschen in der letzten Lebensphase – von der Linderung physischer Symptome über palliativpflegerische Versorgung bis hin zur Verbesserung der Lebensqualität durch eine psychosoziale und spirituelle Begleitung – individuell sind und auch im Zeitverlauf variieren können. Unterstützen sollen dies regionale Netzwerkkoordinatoren und -koordinatorinnen, deren Tätigkeit nach der Neuregelung des § 39d SGB V vom 11.07.2021 auch finanziell gefördert werden kann. In der hospizlichen Arbeit ist zudem das ehrenamtliche Engagement – insbesondere in Form von Sterbebegleitungen, die von qualifizierten Ehrenamtlichen geleistet werden – ein elementarer Bestandteil, der nicht zuletzt auch zur gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit den Themen Tod und Sterben einen wesentlichen Beitrag leistet.

### **Ziele der Berichterstattung**

Zur wissenschaftlichen Erarbeitung einer umfangreichen Datengrundlage für die hospizlich-palliativen Versorgungsstrukturen hat der Freistaat Sachsen im Jahr 2013 erstmalig die Hospizstudie in Auftrag gegeben. Mit der Hospizstudie 2017 und dem nun veröffentlichten Hospiz- und Palliativbericht 2022 liegen nun bereits zwei Fortschreibungen der initialen Studie vor, die ein kontinuierliches Monitoring der Bedarfe und Versorgungslagen erlauben und es den Verantwortlichen in den Landkreisen, den kreisfreien Städten und der Landespolitik ermöglichen, auf Basis aktueller Daten und Analysen die Versorgung in den Regionen des Freistaates Sachsen zu gestalten und weiterzuentwickeln.

Der aktuelle, durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS) beauftragte Hospiz- und Palliativbericht 2022 umfasst einen aktualisierten Statusbericht zu hospizlich-palliativen Versorgungsangeboten im Freistaat Sachsen, wobei insbesondere deren quantitative Kapazitäten und zugangsrelevante Verteilung im Bundesland untersucht werden. Auf dieser Basis erfolgt ein Abgleich der sächsischen Strukturen mit – nach aktuellen Richtwerten ermittelten – Bedarfen der Bevölkerung, differenziert nach Landkreisen und kreisfreien Städten, im Status quo (Kapitel 5.1 ff.) sowie in Zukunft (Kapitel 5.2 ff.). Die von verschiedenen Fachgesellschaften empfohlenen Bedarfsrichtwerte wurden hierfür mortalitätsadjustiert; zudem werden Versorgungsbedarfe für die verschiedenen Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene getrennt ausgewiesen.

Neben den gesamtstrukturellen Betrachtungen werden zudem aktuelle Versorgungslagen in den einzelnen allgemeinen sowie spezialisierten hospizlich-palliativen Versorgungsbereichen untersucht – hinsichtlich besonderer Anforderungen im Allgemeinen sowie im besonderen Kontext der COVID-19-Pandemie, ehrenamtlicher Strukturen, Fort- und Weiterbildungen sowie verfügbarer Angebote zur Trauerbegleitung und dem Stand der regionalen und Professionen-übergreifenden Vernetzung (Kapitel 6.2 ff.). Daneben stehen im Hospiz- und Palliativbericht 2022 im Sinne einer kontinuierlichen Weiterentwicklung insbesondere Fragen nach dem Umsetzungsgrad der von Sachsens Gesundheitsministerin Petra Köpping mit Vertretern und Vertreterinnen

der beiden kommunalen Spitzenverbände für Sachsen unterzeichneten „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ sowie eine Bewertung des Umgangs mit den Handlungsempfehlungen der Vorgängerstudie im Fokus der Betrachtungen (Kapitel 7.1 und 7.2).

## Bestandsaufnahme und Bewertung der Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen

Die Bestandsaufnahme der hospizlich-palliativen Strukturen im Freistaat Sachsen umfasst ambulante und stationäre Angebote; es wird zudem nach Versorgungsformen für Erwachsene und Kinder/Jugendliche unterschieden (Tabelle 1 / Kapitel 4). Die herangezogenen Richtwerte zur Abschätzung des Bedarfs an hospizlich-palliativmedizinischen Angeboten (Kapitel 5.1) entstammen den (unverbindlichen) Empfehlungen einschlägiger deutscher und europäischer Fachgesellschaften und Verbände im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung (DGP, DHPV, EAPC). Da diese rein bevölkerungsbezogen formuliert sind, wurde eine Mortalitätsadjustierung der Werte, differenziert nach Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen, anhand regional-spezifischer Sterbefälle vorgenommen. Die angegebenen Sterbefälle wurden für die Adjustierung der Richtwerte gemäß der ausgewiesenen und durch die COVID-19-Pandemie induzierten Übersterblichkeit für Sachsen im Jahr 2020 korrigiert. Sofern die Richtwerte in einer Spannweite angegeben sind, erfolgen die Berechnungen jeweils für Minimum- und Maximumwerte. Die im Status quo verfügbaren Kapazitäten je Versorgungsbereich werden nach Landkreisen differenziert ausgewiesen und mit den aus den Berechnungen resultierenden Sollwerten verglichen (Kapitel 5.1.1 und 5.1.2).

**Tabelle 1 aus Kapitel 4: Aktuelle Palliativ- und Hospizangebote in Sachsen**

Bereich	Palliativversorgung	Hospizversorgung
<b>Ambulant</b>	17 <sup>1</sup> bzw. 15 <sup>2</sup> Teams für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) 1 Team für spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV)	49 ambulante Hospizdienste (AHD) 6 ambulante Kinderhospizdienste (AKHD)
<b>Stationär</b>	34 Palliativstationen (262 Betten) 25 palliativmedizinische Konsiliar-dienste in Krankenhäusern	14 Hospize (167 Betten) 1 Kinderhospiz (10 Betten)

Quelle: SMS 2021, 2022a, 2022b, 2022c

### Ambulante Hospizdienste

Im Jahr 2021 waren im Freistaat Sachsen im **ambulant-hospizlichen** Bereich insgesamt 49 AHD zur Versorgung Erwachsener und 6 AKHD tätig (Kapitel 4.1.1). Kapazitätsmäßig entspricht dies, bis auf die Erweiterung um einen AHD im Landkreis Mittelsachsen, dem Stand im Jahr 2017. Im Bereich der AKHD hat sich – bei gleichgebliebener Anzahl von 6 Diensten – die regionale Verteilung verändert; im Erzgebirgskreis ist aktuell kein Dienst mehr tätig, im Vogtlandkreis und dem Landkreis Zwickau kam indes je ein AKHD hinzu.

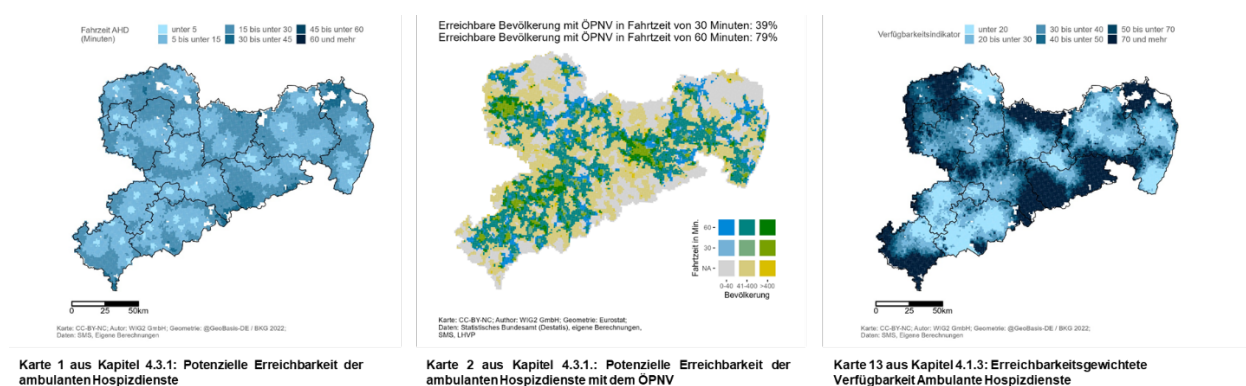
Die Anzahl einsatzbereiter Ehrenamtlicher bei den AHD liegt mit 2.051 etwas über der im Jahr 2017 verfügbaren Anzahl von 1.918 ehrenamtlichen Personen. Insgesamt wurden in 2021 2.836 Sterbebegleitungen abgeschlossen; diesbezüglich ist keine relevante Veränderung zu 2017 (2.859 Sterbebegleitungen) zu verzeichnen. Die mit Abstand größte Anzahl an Ehrenamtlichen

<sup>1</sup> Anzahl nach Versorgungsregion der SAPV-Teams.

<sup>2</sup> Anzahl nach kassenübergreifenden Verträgen für SAPV-Teams in Sachsen.

ist im Erzgebirgskreis aktiv (309 Personen, verteilt auf 7 Dienste); der Anteil an Verstorbenen, die durch einen AHD begleitet wurden, ist in dieser Region mit 8,5 % ebenfalls am größten. Der geringste Wert ist mit 2,6 % im Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge zu verzeichnen.

Die Anzahl der Ehrenamtlichen liegt in jedem Landkreis – teils deutlich – über dem für die Übersterblichkeit im Jahr 2020 adjustierten Soll-Wert. Die Dienste sind beinahe überall in unter 30 Minuten mit dem PKW erreichbar bzw. erreichen in dieser Fahrzeit vice versa nahezu 100 % der Bevölkerung (Karte 1). Unter Nutzung des ÖPNV reduziert sich diese Abdeckung auf nur noch 39 % (Karte 2), wobei insbesondere dünn besiedelte Grenzregionen nicht angebunden sind. In den Ergebnissen der Zugangsbewertung (Karte 13) spiegelt sich die, im Vergleich zu den sonstigen Regionen, geringere Ausstattung mit Ehrenamtlichen und der geringere Anteil an begleiteten Verstorbenen in Verbindung mit der Notwendigkeit längerer Wege wider.



## Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Die **AAPV** wurde auf Basis der Häufigkeit abgerechneter palliativmedizinischer Gebührenordnungspositionen (GOP) untersucht (Kapitel 4.1.3). Etwa 80 % der im Freistaat Sachsen niedergelassenen Hausärzte und -ärztinnen erbrachten demnach im Jahr 2020 AAPV-Leistungen – allen voran die palliativmedizinische Ersterhebung, die in 2020 bei 11.524 Erwachsenen (entspricht 21,5 % der Verstorbenen) durchgeführt wurde. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Hospizstudie 2017 liegt damit in Summe ein Rückgang der Leistungen im Bereich AAPV vor; im Jahr 2015 war noch bei 15.371 Erwachsenen und damit 28 % der Verstorbenen eine palliativmedizinische Ersterhebung zu verzeichnen. Darüber hinaus erhielten in der Mehrheit der Landkreise und kreisfreien Städte im Vergleichszeitraum 2015 etwas mehr Erwachsene eine AAPV in der Häuslichkeit (21,4 %) als in der ärztlichen Praxis (18,4 %). Die Abrechnung dieser Positionen hat sich im Jahr 2020 für beide Bereiche reduziert, deren Anteile haben sich angeglichen und liegen nun bei jeweils ca. 15 %.

Im Bereich der AAPV-Leistungen variieren die Abrechnungshäufigkeiten einzelner GOP zudem weiterhin deutlich zwischen den Landkreisen/kreisfreien Städten. So lag der Anteil Verstorbener mit abgerechneter GOP, die Zuschläge für eine palliativmedizinische Betreuung in der Praxis umfassen (relativ zu allen Verstorbenen), zwischen 24,9 % im Landkreis Meißen und 6,2 % in der kreisfreien Stadt Chemnitz. Zuschläge für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit wurden bei 23,4 % der Verstorbenen im Landkreis Meißen und 9,4 % im Erzgebirgskreis abgerechnet. Die Durchdringung mit AAPV-Leistungen ist damit regional weiterhin sehr unterschiedlich stark ausgeprägt. Die Reduktion der Leistungen im AAPV-Bereich ist jedoch auch vor dem Hintergrund des teilweise eingeschränkten Leistungsgeschehens aufgrund der COVID-19-Pandemie zu bewerten. Dessen ungeachtet ist der Anteil der mit AAPV-Leistungen versorgten Verstorbenen im Vergleich zu Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin weiterhin sehr gering (Kapitel 7.3.3).

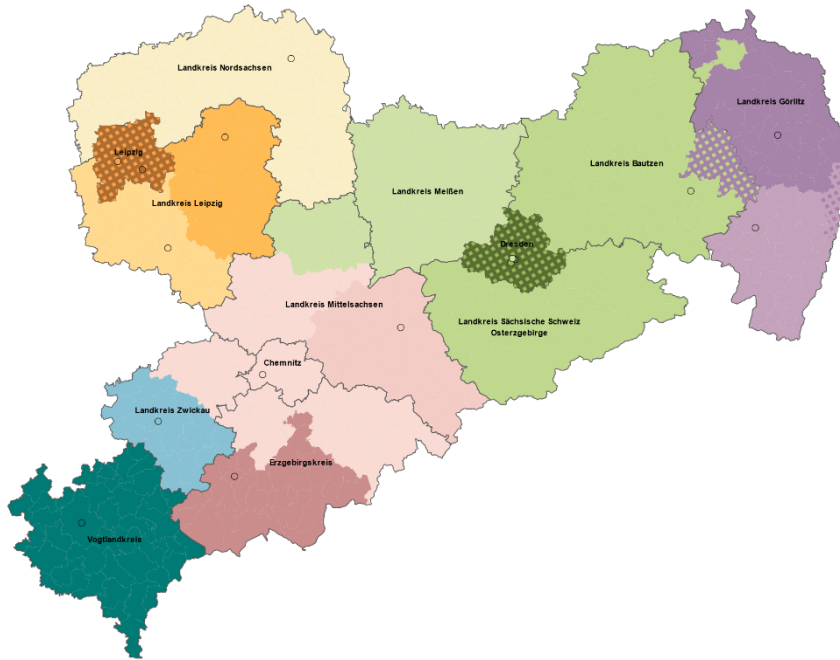
Im Jahr 2020 gab es in Sachsen überdies 136 Ärzte und Ärztinnen mit der Genehmigung zur BQKPMV (Kapitel 4.1.4). Die in diesem Rahmen abrechenbaren GOP sind jedoch – in Relation zu den insgesamt verstorbenen Personen – nur selten dokumentiert worden. Die relativen Werte liegen zwischen 0,1 % (GOP für eine Konsiliarische Erörterung) und 3,3 % (GOPs für Zuschläge, u. a. zu Grundpauschalen oder die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit).

### **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Die Anzahl von **SAPV-Teams** hat sich im Vergleich zum Jahr 2017 um ein Team reduziert; anstelle von 16 sind im Jahr 2021 nur noch 15 Teams (bezogen auf den Standort gemäß Vertrag) tätig. Die Anzahl der durch die Teams versorgten Regionen (Landkreise und kreisfreie Städte) reduzierte sich von 19 auf 17. Damit ist, wie bereits im Jahr 2017, in jedem Landkreis mindestens ein SAPV-Team aktiv. Das Dresdner SAPPV-Brückenteam übernimmt indes weiterhin die spezialisierte palliative Versorgung der Kinder und Jugendlichen im Freistaat.

Von den sächsischen SAPV-Teams wurden insgesamt 6.341 abgeschlossene Versorgungen erfasst; der Anteil an erwachsenen Verstorbenen, die SAPV-Leistungen in Anspruch genommen haben, liegt im sächsischen Mittel bei 10,2 % und entspricht damit dem von den Fachverbänden veröffentlichten Richtwert (Kapitel 5.1). Der Anteil variiert jedoch deutlich zwischen den Landkreisen/kreisfreien Städten; mit dem geringsten Wert im Landkreis Nordsachsen (4,3 % aller verstorbenen Erwachsenen) und dem Vogtlandkreis an der Spitze (17,3 % aller verstorbenen Erwachsenen).

Der Bedarf an SAPV-Teams ist – im Vergleich zu 2017, als noch ein Bedarf für ein weiteres Team im Landkreis Zwickau bestand – bundeslandweit gedeckt und alle Landkreise sind durch mindestens ein Team versorgt (Karte 33).



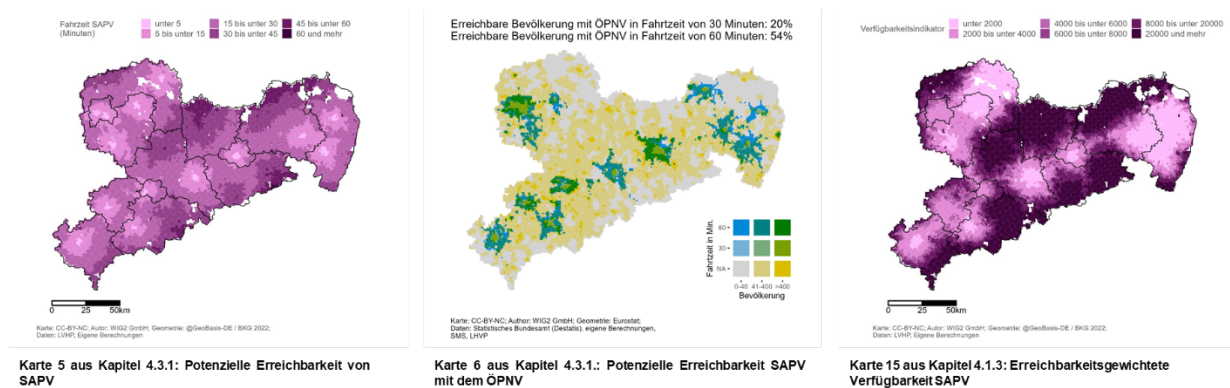
Karte: CC-BY-NC, Autor: WIG2 GmbH, Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022, Daten: LVHP

### Karte 33 aus Kapitel 11: Standorte und Versorgungsgebiete<sup>3</sup> der SAPV

Ausgehend von den Standorten der SAPV-Teams ist ersichtlich, dass in einer 30-minütigen PKW-Fahrtzeit 85 % der sächsischen Bevölkerung erreicht werden (Karte 5). Weitere Wege müssen zum Teil im Erzgebirgskreis sowie den Landkreisen Meißen und Bautzen zurückgelegt werden. Für den ÖPNV sinkt die Abdeckung in einer 30-minütigen Fahrtzeit auf 20 %, die lediglich in städtischen Regionen erreichbar sind (Karte 6). Der Norden des Landkreises Mittelsachsen sowie der Landkreis Meißen und Teile des Erzgebirges weisen, wie bereits in der Hospizstudie 2017 dokumentiert, einen im Vergleich zu anderen sächsischen Regionen schlechteren Zugang zur SAPV auf, vornehmlich resultierend aus der nicht optimalen regionalen Verteilung der Dienste und damit verbundenen längeren Anfahrtswegen. Eine wohnortnahe SAPV-Versorgung ist somit aktuell nicht in allen Landkreisen erfüllt. Diese Beobachtung wurde auch durch die Experten- und Expertinneninterviews bestätigt, indem der Versorgung durch SAPV-Teams ein großes Stadt-Land-Gefälle konstatiert wurde: So gebe es im städtischen Bereich funktionierende Strukturen, wohingegen die Versorgung im ländlichen Bereich durch viele engagierte Einzelakteure und -akteurinnen sichergestellt werde (Kapitel 6.2.1.2).

<sup>3</sup> Abweichend von der angegebenen Quelle hat das Palliativteam Lausitz e.V zum 1. Februar 2022 die Arbeit eingestellt. Das ehemals versorgte Gebiet, der Altlandkreis Hoyerswerda, wird nun vom SAPV Plus Team 1 versorgt. Dieser Sachverhalt ist in der Karte beachtet.





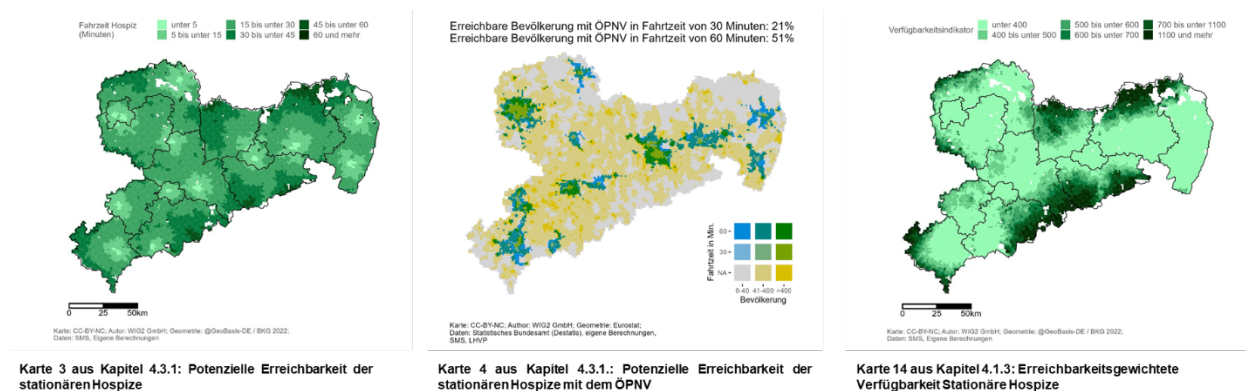
## Stationäre Hospizversorgung

Die stationäre Hospizversorgung wurde im Vergleich zu 2018 ausgebaut; sie verzeichnete einen Anstieg von ehemals 11 auf 15 Einrichtungen mit insgesamt 44 zusätzlichen Betten, wobei es sich bei einer dieser Einrichtungen um ein stationäres Hospiz zur Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen mit 10 Betten handelt. Im Mittel starben im Freistaat Sachsen 1,9 % der Erwachsenen in einem Hospiz, wobei 41,1 % dieser Personen im Jahr vor ihrem Tod durch ein SAPV-Team betreut wurden. Hierin liegen allerdings erhebliche regionale Variationen; den geringsten Anteil verzeichnet mit 14,8 % der Landkreis Nordsachsen; im Landkreis Görlitz wurden 63,2 % der im Hospiz Verstorbenen auch durch die SAPV versorgt (Kapitel 4.2.1).

Mit dem motorisierten Individualverkehr sind innerhalb von 30 Minuten Fahrtzeit von vielen und innerhalb von 60 Minuten Fahrtzeit von jedem Startpunkt im Freistaat Sachsen aus stationäre Hospize erreichbar (Karte 3 / Kapitel 4.3.1). Für den ÖPNV fällt die regionale Abdeckung indes deutlich schlechter aus – in einer 60-minütigen Anreisezeit kann lediglich ein Anteil von 51 % der sächsischen Bevölkerung ein stationäres Hospiz erreichen (Karte 4).

In der Hospizstudie 2017 wurde ein Mehrbedarf an Hospizbetten in der kreisfreien Stadt Dresden sowie in den Landkreisen Bautzen, Zwickau, Leipzig, Nordsachsen, Sächsische Schweiz/Osterzgebirge und dem Erzgebirgskreis verzeichnet. Infolge des Ausbaus der hospizlichen Kapazitäten konnten diese Lücken gesamt-kapazitätsmäßig geschlossen werden. Lediglich im Landkreis Leipzig sowie dem Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge stehen keine Betten zur Verfügung. Inwiefern diese Landkreise von angrenzenden Landkreisen mitversorgt werden, kann auf Basis der Infrastrukturbewertung (Kapitel 4.3) abgeschätzt werden. Der regionale Vergleich in Hinblick auf den Zugang zu stationärer Hospizversorgung verdeutlicht, dass die Verteilung der Standorte (siehe Karten 3, 4 und 14 sowie Steckbriefe der Regionen in Kapitel 11) in Relation zu den Verstorbenen nicht ausgewogen genug ist. Für den Landkreis Leipzig ist aufgrund der günstigen Standorte und der über den Sollwerten liegenden Bettenzahlen von einer Mitversorgung durch die in der Stadt Leipzig und im Landkreis Mittelsachsen vorgehaltenen Kapazitäten auszugehen, (Kapitel 5.1.2). Im Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge ist indes nicht ersichtlich, dass die Kapazitäten in den benachbarten Landkreisen den Bedarf von 7 bis 9 Betten abdecken können. Die Standorte in Mittelsachsen sind durch ihre Lage an den nördlichen und westlichen Landkreisgrenzen zu weit entfernt, in der Stadt Dresden und dem Landkreis Bautzen decken die Kapazitäten gerade den Eigenbedarf. Auch die qualitativen Erhebungen stützen diese Betrachtungen: Im Rahmen der Experten- und Expertinneninterviews wurde die Versorgung durch stationäre Hospize insgesamt als gut aufgestellt befunden (Kapitel 6.2.1.1). Wenngleich durch neuerbaute Hospize die Bettenanzahl als ausreichend und dem Be-

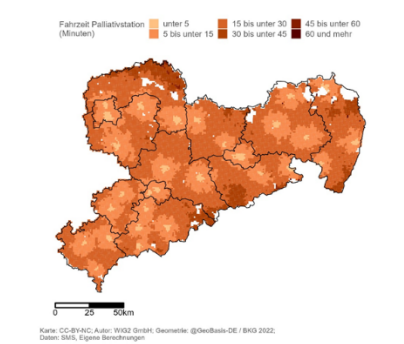
darf entsprechend erachtet wurde, wurde jedoch eine Ballung in städtischen Gebieten verzeichnet und teilweise von langen Wartelisten für Patienten und Patientinnen und regionalen Versorgungslücken berichtet.



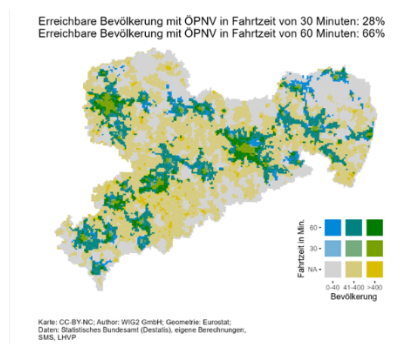
### Stationäre Palliativversorgung

Eine Ausweitung der Kapazitäten fand ebenfalls im Bereich der stationären Palliativversorgung (Anstieg von ehemals 30 auf 34 Palliativstationen) mit insgesamt 19 zusätzlichen Betten statt (Kapitel 4.2.3). Die Anzahl palliativmedizinischer Betten ist – wie bereits im Jahr 2017 – in den Zentren Leipzig und Dresden am höchsten; zudem wurden die Kapazitäten im Erzgebirgskreis deutlich ausgebaut (von ehemals 2 Stationen und insgesamt 14 Betten zu 4 Stationen und nunmehr 22 Betten). Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlungen wurden auf 19 dieser 34 Stationen durchgeführt; insgesamt waren dies 4.587 Fälle (Kapitel 4.2.5). Die meisten dieser Fälle entfielen auf die kreisfreie Stadt Dresden (21,4 %); in den Landkreisen Mittelsachsen, Bautzen und Meißen wurde der entsprechende Operations- und Prozedurenschlüssel nicht dokumentiert. Zudem sind 25 palliativmedizinische Konsiliardienste in den sächsischen Krankenhäusern im Einsatz. Lediglich 3 % der verstorbenen Erwachsenen in Sachsen verstarben auf einer Palliativstation; teilweise erhielten diese im Vorjahr ihres Versterbens auch SAPV-Leistungen.

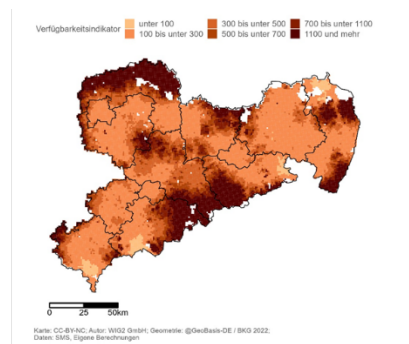
Der Freistaat Sachsen weist mit 262 palliativmedizinischen Krankenhausbetten weiterhin eine ausreichende Versorgung auf. Bei regional differenzierter Betrachtung weisen die Landkreise Mittelsachsen, Zwickau und Nordsachsen einen Mehrbedarf auf, der jedoch durch höhere Kapazitäten in den kreisfreien Städten Dresden und Leipzig gedeckt werden kann. Insgesamt zeigt sich im Bundesland eine gute Erreichbarkeit stationärer Palliativversorgung bei in der Regel unter 30 Minuten Fahrtzeit (Karte 7) und ein insgesamt guter Zugang (Karte 16) – auffällig sind lediglich erneut die Mittelgebirgsregionen (Teile des Erzgebirgskreises, von Mittelsachsen und des Landkreises Sächsische Schweiz-Osterzgebirge).



Karte 7 aus Kapitel 4.2.1: Potenzielle Erreichbarkeit der Palliativstationen



Karte 8 aus Kapitel 4.3.1.: Potenzielle Erreichbarkeit der Palliativstationen mit ÖPNV



Karte 16 aus Kapitel 4.1.3: Erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit SAPV

## Prognose hospizlich- palliativer Versorgungsbedarfe

Die Bedarfsprognose (Kapitel 5.2) folgt der für den Freistaat Sachsen prognostizierten Entwicklung der Anzahl Verstorbener, die bis zum Jahr 2030 zunächst abnimmt und bis zum Jahr 2050 wieder ansteigt, jedoch ohne das Ausgangsniveau von 2021 erneut zu erreichen (Kapitel 5.2.2). Sowohl für die AHD als auch die stationäre Hospiz- und Palliativversorgung ist aufgrund des demografischen Wandels eine Zunahme der Bedarfe bis zum Jahr 2030 zu erwarten, auf den bis zum Jahr 2050 ein erneutes Absinken der Bedarfe folgt (Kapitel 5.2.3 f.). Für die Jahre 2030 bis 2050 kann unter der Voraussetzung einer gleichbleibenden Anzahl an SAPV-Teams für die sächsischen Landkreise und kreisfreien Städte eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV-Leistungen gewährleistet werden. In der Prognose der Bedarfe von Kindern und Jugendlichen zeigen sich mit der Bevölkerungsentwicklung assoziierte, regionale Unterschiede zwischen den Landkreisen und den urbanen Zentren: Entgegen dem allgemeinen Trend ist für die kreisfreien Städte (mit Ausnahme von Chemnitz) sowohl bis zum Jahr 2030 als auch bis 2050 eine Zunahme des Bedarfs im Bereich der hospizlich-palliativen Versorgung für Kinder und Jugendliche zu erwarten.

## Bundeslandvergleich und Bewertung der sächsischen Versorgungsstrukturen

Der Vergleich der Versorgungsangebote mit denen der anderen Bundesländer (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. Hinsichtlich der SAPV liegt Sachsen etwa im bundesweiten Durchschnitt. Der Freistaat weist jedoch mit 975 Sterbefällen je AHD deutlich mehr Sterbefälle auf als die Dienste im deutschlandweiten Vergleich (728). 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 und Einwohnerinnen eine unterdurchschnittliche Anzahl an in Palliativmedizin weitergebildeten Fachärzten und -ärztinnen tätig. 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 Experten- und Expertinneninterviews** (Kapitel 6.2.1) wurden der Vernetzungsstand von Akteuren und Akteurinnen 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. Zudem wurde der Stand der Umsetzung der Handlungsempfehlungen der Hospizstudie 2017 sowie der Umsetzungsstand der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ thematisiert.

Insgesamt bewerten die Experten und Expertinnen die ambulante und stationäre Hospizstruktur im Freistaat Sachsen als gut aufgestellt (Kapitel 6.2.1.1), wenngleich die Erreichbarkeit einiger stationärer Hospize aufgrund des schlecht ausgebauten öffentlichen Nahverkehrs problematisch sei. Hinsichtlich der ambulanten Hospizversorgung sehen die Experten und Expertinnen die AHD aufgrund vermehrter Renteneintritte der Koordinationskräfte in den kommenden Jahren mit erheblichen Personalproblemen konfrontiert. Überdies kam es aufgrund der COVID-19-Pandemie zu einer gestiegenen Nachfrage nach Trauerbegleitungen ohne vorher stattgefundenen Sterbebegleitung. Zusätzlich sei es zu einem Rückgang der Anzahl von verfügbaren Ehrenamtlichen gekommen, da viele infolge der einrichtungsbezogenen Impfpflicht ihr Ehrenamt pausiert oder beendet hätten. Zudem sei die Supervision der Ehrenamtlichen durch die Koordinationskräfte der AHD aufgrund der Kontaktbeschränkungen stark eingeschränkt gewesen. Infolgedessen wird die Notwendigkeit der Stärkung des Ehrenamts gesehen. Grundsätzlich bewerten die Experten und Expertinnen die Finanzierung für AHD und stationäre Hospize als auskömmlich, wenngleich die ambulante Hospizversorgung für Kinder und Jugendliche aufgrund der geringen Fallzahl enorm auf Spenden und die ergänzende Landesförderung zur Finanzierung der die Krankenkassenförderung übersteigenden Kosten angewiesen sei (Kapitel 6.2.1.3). Im Hinblick auf die Öffentlichkeitsarbeit im hospizlichen Bereich wird der Enttabuisierung des Themas Sterben, Tod und Trauer in der Gesellschaft eine hohe Bedeutung zugeschrieben, die durch eine Strategie auf Landesebene erfolgen müsse und durch niedrigschwellige Projekte in die gesellschaftliche Breite getragen werden könne (Kapitel 6.2.1.1).

Die Versorgung durch SAPV-Teams sei nach Ansicht der Experten und Expertinnen eine stabile Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen, wenngleich dieser Bereich durch ein großes Stadt-Land-Gefälle geprägt sei und bei der Versorgung eine sehr heterogene Strukturqualität auszumachen sei (Kapitel 6.2.1.2). Obwohl die Experten und Expertinnen bei der AAPV eine gute Entwicklung sehen, benötige dieser Bereich zur flächendeckenden Durchdringung weiterhin Stärkung und Ausbau, nicht zuletzt durch mehr personelle pflegerische Ressourcen. Hinsichtlich der Finanzierung der palliativen Versorgung bewerten einige Experten und Expertinnen insbesondere die Finanzierung von Palliativdiensten als nicht auskömmlich, da dieser Bereich ebenfalls viel vom Engagement und Input einzelner Akteure und Akteurinnen getragen werde. Die Vernetzung innerhalb der an der palliativen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden funktioniere gut, insbesondere die Zusammenarbeit mit dem LVHP auf Landesebene wird positiv hervorgehoben sowie die Kooperation in Form von Qualitätszirkeln zwischen niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, die sich im Rahmen der BQKPMV engagieren. Hinsichtlich der palliativen Versorgung von sich im Transitionsprozess zum Erwachsenen befindenden Personen (Kapitel 6.2.1.3) wird weiterhin ein enormes Verbesserungspotential bei der Weiterversorgung von im Kindes- und Jugendalter lebenslimitierend erkrankten jungen Erwachsenen ausgemacht. Hier sei, in Abhängigkeit des Krankheitsbildes, eine lückenlose Versorgung nach wie vor nicht sichergestellt.

Die hospizliche Begleitung in stationären Pflegeeinrichtungen (Kapitel 6.2.1.4) wurde aufgrund der COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Zugangsbeschränkungen für Ehrenamtliche stark ausgebremst. Generell sei eine hospizlich-palliative Begleitung der Bewohner und Bewohnerinnen durch Pflegekräfte aufgrund des Mangels an personellen und zeitlichen Kapazitäten oftmals nicht umsetzbar, zudem wird von allen Experten und Expertinnen der enorme

Mangel an pflegerischen Ressourcen hervorgehoben, der durch die COVID-19-Pandemie aggraviert wurde. Die nach § 132g SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführte Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase wird von den Experten und Expertinnen als sinnvoll angesehen, jedoch wird aufgrund von oftmals schon beim Einzug vorhandenen dementiellen Veränderungen der Bewohner und Bewohnerinnen und eines nicht ausreichenden Stellenschlüssels die Verlagerung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung zu einem früheren Zeitpunkt als niedrigschwelliges Beratungsangebot als notwendig erachtet.

### **Befragungen der sächsischen Leistungserbringenden**

Für eine umfassende Darstellung der aktuellen hospizlichen und palliativen Situation im Freistaat Sachsen wurden die Experten- und Expertinneninterviews um eine standardisierte Befragung der Dienste und Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen sowie aller stationären Pflegeeinrichtungen ergänzt (Kapitel 6.2.3). Hierbei wurde der Stand der Vernetzung der Leistungserbringenden, die Personalausstattung, die Anzahl an Ehrenamtlichen sowie die Anzahl an Angeboten der Trauerberatung und -begleitung erfasst. Zudem wurde der Fort- und Weiterbildungsstand von in der Hospiz- und Palliativversorgung tätigen Menschen ermittelt. Analog zu den Experten- und Expertinneninterviews wurden ebenfalls die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Hospiz- und Palliativarbeit adressiert.

Gemäß den Angaben der an der Befragung teilnehmenden ambulanten Dienste (Kapitel 6.2.3.1 und 6.2.3.2) bestehen die hauptamtlichen Personalressourcen sowohl bei AHD als auch AKHD hauptsächlich aus Pflegefachkräften mit einer Zusatzqualifikation in Palliative Care. Von den von der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ definierten Personengruppen werden im Freistaat Sachsen vornehmlich Menschen mit Demenz durch AHD betreut, während die Sterbebegleitung von Menschen mit anderen besonderen Bedarfen aktuell noch eine untergeordnete Rolle spielt. Die AKHD behandeln vornehmlich Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung sowie in geringerem Umfang Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund. Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurde im hospizlichen Bereich ein deutlicher Rückgang von ehrenamtlich Tätigen verzeichnet.

Im Rahmen der Befragung der spezialisierten Leistungserbringenden im palliativen Bereich wurde im Vergleich zur Hospizstudie 2017 ein deutlicher Zuwachs an durch SAPV- und SAPPV-Teams versorgten Patienten und Patientinnen ausgemacht (Kapitel 6.2.3.3 und 6.2.3.4). Analog zu dieser Entwicklung stieg auch die Anzahl an den in den SAPV-Teams beschäftigten Ärzten und Ärztinnen mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin. Die SAPV-Teams agieren vornehmlich regional, wohingegen das SAPPV-Team überregional und auch bundeslandübergreifend Patienten und Patientinnen betreut.

An der Befragung der stationären Hospize nahmen sowohl für Erwachsene tätige Einrichtungen als auch das einzige im Freistaat Sachsen existierende Kinderhospiz teil (Kapitel 6.2.3.5 und 6.2.3.6). Im Vergleich zu den Ergebnissen der Hospizstudie 2017 stieg die durchschnittliche Wartezeit für die Aufnahme in einem Hospiz für Erwachsene von zwischen 2 und 7 Tagen auf 11,5 Tage. Beide hospizlichen Versorgungsbereiche gaben einen hohen Vernetzungsgrad mit anderen Leistungserbringenden des hospizlichen und palliativen Bereiches an, zudem ist die Mehrheit der stationären Hospize für Erwachsene in einem Versorgungsnetzwerk organisiert. Im Vergleich zu 2017 ist die Anzahl der durch das Kinderhospiz versorgten Patienten und Patientinnen mit besonderen Bedarfen – Patienten und Patientinnen mit geistiger Behinderung sowie Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund – gestiegen.

Im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen sind die Befragungsergebnisse unter Berücksichtigung eines potenziellen Selektionsbias und lediglich als Tendenz zu interpretieren (Kapitel

6.2.3.8). In einem Großteil der Einrichtungen (90,5 %) gibt es laut deren Angaben ein schriftliches Konzept zur Sterbebegleitung. Dennoch ist die Mehrheit der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen nicht in einem Netzwerk organisiert, wengleich SAPV-Teams nach Angaben der Einrichtungen als wichtigste Kooperationspartner genannt werden. Das am häufigsten genannte Angebot im Kontext der Sterbebegleitung ist die seelsorgerische Betreuung (70,3 %). Als pandemiebedingte Auswirkungen wurden die psychische Belastung der Mitarbeitenden sowie der Mangel an Pflegefachkräften von den Einrichtungen als Herausforderung genannt. Nur etwa ein Drittel der Einrichtungen beschäftigt speziell in Palliative Care weitergebildete Fachkräfte.

### **Umsetzungsstand zentraler Handlungsempfehlungen der Hospizstudie 2017 und Empfehlungen zur Weiterentwicklung**

Die in der Hospizstudie 2017 identifizierten Handlungserfordernisse und daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen für die verschiedenen hospizlichen und palliativen Versorgungsbereiche wurden im Rahmen dieses Berichts hinsichtlich des aktuellen Umsetzungsstandes evaluiert (Kapitel 7.1). Als Grundlage der Umsetzungsbewertung dienten hierbei die Bestandsaufnahme der Hospiz- und Palliativversorgung und deren Infrastrukturbewertung (Kapitel 4) sowie die Befragung der Leistungserbringenden (Kapitel 6.2.3). Zudem wurde der aktuelle Umsetzungsstand der Handlungsempfehlungen im Rahmen der Experten- und Expertinneninterviews adressiert (Kapitel 6.2.1). Im Zuge dessen wurde die Umsetzung einer Vielzahl von Handlungsempfehlungen der Hospizstudie 2017 in den hospizlichen und palliativen Settings festgestellt. Eng damit verbunden ist auch die Umsetzung von Maßnahmen und Initiativen, die das Erreichen der in der Charta formulierten Ziele anstoßen oder bewirken (Kapitel 7.2). Im bundeslandweiten Vergleich hat der Freistaat Sachsen weiterhin eine Vorreiterrolle hinsichtlich der Verfügbarkeit und Förderung ambulanter und stationärer hospizlicher Strukturen inne.

Die aktualisierten Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen (Kapitel 7.3) wurden aus den Ergebnissen der Bedarfsrechnungen und -prognosen, der Bewertung des Zugangs zu den verschiedenen Versorgungsbereichen, dem Vergleich der sächsischen Strukturen mit anderen Bundesländern sowie den Ergebnissen der Befragungen der Leistungserbringenden und Experten- und Expertinneninterviews abgeleitet.

Versorgungsstrukturen-übergreifend empfiehlt der Hospiz- und Palliativbericht 2022 eine möglichst vollständige Erfassung der Dienste und Leistungen in den bereits verfügbaren Registern und Informationsportalen – nur unter dieser Voraussetzung können diese wichtigen Angebote ihren vollen Nutzen sowohl für die Wissenschaft und Versorgungspraxis als auch für nach Informationen suchende Patienten und Patientinnen und Bürger und Bürgerinnen entfalten.

Zur Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit hospizlich-palliativer Versorgungsstrukturen liegen im Jahr 2022 bis auf kleinere Aktualisierungen lediglich die bereits in der Hospizstudie 2017 herangezogenen, von den verschiedenen Fachgesellschaften empfohlenen Richtwerte vor. Eine Überprüfung dieser vor dem Hintergrund von für die Hospiz- und Palliativversorgung relevanten Entwicklungen sowie die bereits in der Vorgängerstudie empfohlenen methodischen Anpassungen sind nach wie vor zu empfehlen.

In der differenzierten Betrachtung der einzelnen Versorgungsbereiche identifiziert der Bericht in den Bereichen der ambulanten und stationären hospizlichen Versorgung und auch für die SAPV bei ausreichend vorhandenen Kapazitäten einen Handlungsbedarf in Hinblick auf die Verteilung der Angebote im Freistaat und dem damit assoziierten gleichwertigen Zugang (insbesondere unter Nutzung des ÖPNV) zu hospizlich-palliativen Leistungen in allen Regionen.

Die Integration palliativer und hospizlicher Haltungen und Leistungen in allgemeine ambulante Versorgungsbereiche geht indes weiterhin nur sehr langsam vonstatten. Die bereits initiierte Netzwerkarbeit des LVHP zur Einbindung der an der Versorgung beteiligten hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung sowie künftig optimalerweise auch ambulanter Pflegedienste ist daher von großer Wichtigkeit und eine Förderung dieses Engagements weiterhin zu empfehlen.

Kurzfristig liegen die größten Herausforderungen für eine bedarfsgerechte hospizlich-palliative Versorgung in der stärkeren Vernetzung der Angebote mit stationären Pflegeeinrichtungen im Freistaat, dem Ausbau entsprechender Schnittstellen und Kompetenzen in den Einrichtungen sowie dem frühzeitigeren Einstieg in die Planungsphasen für das Lebensende. Es ist jedoch zu befürchten, dass diese Zielstellung in Anbetracht der in verschiedenen Teilkapiteln dieses Berichts thematisierten kritischen Personalsituation in der Priorisierung der Handlungsbedarfe in den Einrichtungen zwangsläufig sinkt.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Ausgangssituation und Zielsetzung .....</b>	<b>26</b>
<b>2.</b>	<b>Datengrundlagen .....</b>	<b>28</b>
<b>3.</b>	<b>Grundlagen der Hospiz- und Palliativversorgung .....</b>	<b>29</b>
	3.1 Hospizversorgung .....	30
	3.2 Palliativversorgung .....	31
	3.3 Aktuelle Entwicklungen in der Hospiz- und Palliativversorgung .....	33
	3.3.1 Allgemeine Änderungen und Entwicklungen .....	33
	3.3.2 Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland .....	35
	3.3.3 Entwicklungen im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie .....	36
<b>4.</b>	<b>Bestandsaufnahme der Hospiz- und Palliativversorgung .....</b>	<b>38</b>
	4.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung .....	39
	4.1.1 Ambulante Hospizdienste .....	40
	4.1.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung .....	44
	4.1.3 Allgemeine ambulante Palliativversorgung .....	46
	4.1.4 Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung .....	50
	4.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung .....	52
	4.2.1 Stationäre Hospize .....	53
	4.2.2 Teilstationäre Hospizversorgung (Tageshospize) .....	55
	4.2.3 Palliativstationen .....	56
	4.2.4 Palliativmedizinische Konsiliardienste im Krankenhaus .....	57
	4.2.5 Palliativmedizinische Komplexbehandlungen im Krankenhaus .....	58
	4.3 Hospiz- und palliativmedizinische Infrastrukturbewertung .....	61
	4.3.1 Potenzieller Zugang zu Versorgungseinrichtungen .....	64
	4.3.2 Realisierter Zugang zu Versorgungseinrichtungen .....	82
	4.4 Realisierte Sterbeorte .....	83
<b>5.</b>	<b>Bedarfsberechnung und -prognose .....</b>	<b>87</b>
	5.1 Richtwerte zur Bedarfsschätzung und Mortalitätsadjustierung .....	87
	5.1.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung im Status quo .....	94
	5.1.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung .....	98
	5.2 Bedarfsprognose auf Kreisebene .....	100
	5.2.1 Bevölkerungsprognose .....	100
	5.2.2 Prognose der Gestorbenen zur Modellierung des zukünftigen Versorgungsbedarfs .....	102
	5.2.3 Bedarfsprognose ambulante Hospiz- und Palliativversorgung .....	103



5.2.4	Bedarfsprognose stationäre Hospiz- und Palliativversorgung .....	105
<b>6.</b>	<b>Bewertung hospizlich-palliativer Versorgungsstrukturen in Sachsen .....</b>	<b>108</b>
6.1	Versorgungsangebote im Ländervergleich.....	108
6.2	Primärdatenbasierte Bewertung.....	122
6.2.1	Experten- und Expertinneninterviews zu Status quo und Entwicklung der Versorgung seit 2017 .....	122
6.2.1.1	Status quo und Entwicklung der Hospizversorgung seit 2017 .....	125
6.2.1.2	Status quo und Entwicklung der Palliativversorgung seit 2017 ...	128
6.2.1.3	Status quo und Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen .....	132
6.2.1.4	Status quo und Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.....	133
6.2.2	Zwischenfazit Experten- und Expertinneninterviews .....	135
6.2.3	Standardisierte Befragung der Leistungserbringenden .....	136
6.2.3.1	Befragungsergebnisse ambulante Hospizdienste .....	138
6.2.3.2	Befragungsergebnisse ambulante Kinderhospizdienste.....	142
6.2.3.3	Befragungsergebnisse SAPV-Teams .....	145
6.2.3.4	Befragungsergebnisse SAPPV .....	149
6.2.3.5	Befragungsergebnisse stationäre Hospize.....	151
6.2.3.6	Befragungsergebnisse stationäre Kinderhospize .....	155
6.2.3.7	Befragungsergebnisse Palliativstationen .....	158
6.2.3.8	Befragungsergebnisse stationäre Pflegeeinrichtungen .....	161
<b>7.</b>	<b>Handlungserfordernisse und -empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung .....</b>	<b>167</b>
7.1	Evaluation der Umsetzung der zentralen Handlungsempfehlungen der Hospizstudie 2017.....	167
7.2	Umsetzungsstand der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ im Freistaat Sachsen.....	171
7.3	Ableitung aktualisierter Handlungsempfehlungen .....	172
7.3.1	Versorgungsstrukturen-übergreifende Implikationen.....	172
7.3.2	Implikationen für die Hospizversorgung Erwachsener.....	175
7.3.3	Implikationen für die Palliativversorgung Erwachsener .....	176
7.3.4	Implikationen für die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen .....	178
7.3.5	Implikationen für die Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.....	179
<b>8.</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>180</b>
<b>9.</b>	<b>Positionierung der sächsischen Staatsregierung.....</b>	<b>187</b>

<b>10. Literatur</b> .....	<b>195</b>
10.1 Forschungsliteratur und Quellen .....	195
10.2 Rechtsquellen .....	202
<b>11. Anhang</b> .....	<b>205</b>
11.1 Bevölkerung.....	205
11.2 Aktuelle Standorte der Hospiz- und Palliativeinrichtungen .....	219
11.3 Kartografische Steckbriefe.....	231
11.3.1 Steckbriefe der Regionen Chemnitz, Dresden und Leipzig .....	231
11.3.2 Steckbriefe der Landkreise und kreisfreien Städte Sachsens .....	235
<b>12. Elektronischer Anhang</b> .....	<b>249</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aktuelle Palliativ- und Hospizangebote in Sachsen .....	38
Tabelle 2: Ambulante Dienste der Palliativ- und Hospizversorgung im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2021 .....	40
Tabelle 3: Ambulante Hospizdienste im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2017 und 2021 .....	41
Tabelle 4: Anzahl von Ehrenamtlichen und Sterbebegleitungen in ambulanten Hospizdiensten für Erwachsene im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2021 .....	42
Tabelle 5: Anzahl von Ehrenamtlichen und Sterbebegleitungen in ambulanten Hospizdiensten für Kinder und Jugendliche im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2021 .....	43
Tabelle 6: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2017 und 2021 .....	45
Tabelle 7: Anzahl von spezialisiert ambulant versorgten Verstorbenen in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020 .....	46
Tabelle 8: Erwachsene mit von Hausärzten und -ärztinnen erbrachter allgemeiner ambulanter Palliativversorgung in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020, absolut und relativ an den gestorbenen Erwachsenen des Jahres 2020 .....	47
Tabelle 9: Kinder und Jugendliche mit von Kinderärzten und -ärztinnen erbrachter allgemeiner ambulanter Palliativversorgung in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020, absolut und relativ an den gestorbenen Kindern und Jugendlichen des Jahres 2020 .....	49
Tabelle 10: Erwachsene mit von Hausärzten und -ärztinnen erbrachter BQKPMV in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020, absolut und relativ an den gestorbenen Erwachsenen des Jahres 2020 .....	50
Tabelle 11: Anzahl stationärer Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten 2021 .....	53
Tabelle 12: Stationäre Hospize im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2018 und 2021 .....	54
Tabelle 13: Anzahl von im Hospiz verstorbenen Erwachsenen in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020 .....	55
Tabelle 14: Palliativstationen im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2017 und 2021 .....	56
Tabelle 15: Anzahl von auf einer Palliativstation verstorbenen Erwachsenen in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020 .....	57
Tabelle 16: Palliativmedizinische Konsiliardienste in Krankenhäusern im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2021 .....	58
Tabelle 17: Erwachsene mit erbrachter palliativmedizinischer Komplexbehandlung nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020, absolut und relativ an den gestorbenen Erwachsenen des Jahres 2020 .....	59
Tabelle 18: Erwachsene mit erbrachter spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020, absolut und relativ an den gestorbenen Erwachsenen des Jahres 2020 .....	60

Tabelle 19: Erwachsene mit erbrachter spezialisierter palliativmedizinischer Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020, absolut und relativ an den gestorbenen Erwachsenen des Jahres 2020 .....	61
Tabelle 20: Bevölkerungsanteile innerhalb definierter Mindestreichbarkeitsschwellen – Ambulante Hospizdienste .....	66
Tabelle 21: Bevölkerungsanteile innerhalb definierter Mindestreichbarkeitsschwellen – Stationäre Hospize .....	68
Tabelle 22: Bevölkerungsanteile innerhalb definierter Mindestreichbarkeitsschwellen – SAPV .....	71
Tabelle 23: Bevölkerungsanteile innerhalb definierter Mindestreichbarkeitsschwellen – Palliativstationen.....	73
Tabelle 24: Anzahl von Verstorbenen in Sachsen nach Sterbeorten sowie Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020 .....	85
Tabelle 25: Richtwerte zum Bedarf an Hospiz- und Palliativversorgung.....	87
Tabelle 26: Altersspezifische Sterbefälle im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten 2020 .....	90
Tabelle 27: Ehrenamtliche in AHD für Erwachsene nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2021 .....	94
Tabelle 28: Ehrenamtliche in AHD für Kinder und Jugendliche im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2021 .....	95
Tabelle 29: SAPV-Dienste im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2021 .....	96
Tabelle 30: Bettenzahlen der stationären Hospize für Erwachsene im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2021 .....	98
Tabelle 31: Bettenzahlen der stationären Hospize für Kinder und Jugendliche im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2021 .....	99
Tabelle 32: Bettenzahlen der Palliativstationen im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2021 .....	100
Tabelle 33: Bevölkerungsprognose und prognostizierte Anzahl der Gestorbenen im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten für die Jahre 2030 und 2050 .....	102
Tabelle 34: Bevölkerungsprognose und prognostizierte Anzahl der Gestorbenen in Deutschland für die Jahre 2030 und 2050 .....	103
Tabelle 35: Prognose des Bedarfs an Ehrenamtlichen der ambulanten Hospizdienste in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung .....	104
Tabelle 36: Prognose des Bedarfs an Ehrenamtlichen der ambulanten Kinderhospizdienste in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung.....	104
Tabelle 37: Prognose des Bedarfs an SAPV-Teams in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung .....	105
Tabelle 38: Prognose des Bedarfs an Hospizbetten für Erwachsene in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung .....	106

Tabelle 39: Prognose des Bedarfs an stationären Palliativbetten in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung .....	106
Tabelle 40: Prognose des Bedarfs an Hospizbetten für Kinder und Jugendliche in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung .....	107
Tabelle 41: Ärzte und Ärztinnen mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin in den Bundesländern, 2020.....	109
Tabelle 42: Ärzte und Ärztinnen mit BQKPMV – Zulassung in den Bundesländern, 2020.....	110
Tabelle 43: SAPV-Teams und SAPV-Deckungsquote in den Bundesländern, 2021 .....	111
Tabelle 44: SAPV-Verordnungen in den Bundesländern, 2020.....	112
Tabelle 45: Anzahl der ambulanten Hospizdienste in den Bundesländern, 2020 .....	113
Tabelle 46: Anzahl und Betten in stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen in den Bundesländern, 2020.....	114
Tabelle 47: Hospizlich-palliative Leistungen (OPS) in den Bundesländern, 2020.....	116
Tabelle 48: Fördersummen der Bundesländer für die Hospizversorgung.....	119
Tabelle 49: Experten und Expertinnen auf Landesebene.....	122
Tabelle 50: Experten und Expertinnen, Leistungserbringende .....	123
Tabelle 51: Experten- und Expertinneninterviews, Ausbilder und Ausbilderinnen .....	124
Tabelle 52: Zentrale, aus dem Bericht abgeleitete Handlungserfordernisse und -empfehlungen.....	183
Tabelle 53: Standorte der 49 ambulanten Hospizdienste in Sachsen .....	223
Tabelle 54: Standorte der 6 ambulanten Kinderhospizdienste in Sachsen.....	226
Tabelle 55: Standorte der 14 stationären Hospize für Erwachsene in Sachsen .....	227
Tabelle 56: Standort des stationären Kinderhospizes in Sachsen.....	227
Tabelle 57: Standorte der 34 Palliativstationen in Sachsen .....	228
Tabelle 58: Standorte der 15 SAPV-Teams in Sachsen (Anzahl nach kassenübergreifenden Verträgen für SAPV-Teams in Sachsen).....	230
Tabelle 59: Standort des SAPPV-Teams in Sachsen.....	230
Tabelle 60: Einrichtungen in der Region Chemnitz .....	231
Tabelle 61: Merkmale der Region Chemnitz .....	232
Tabelle 62: Einrichtungen in der Region Dresden.....	232
Tabelle 63: Merkmale der Region Dresden.....	233
Tabelle 64: Einrichtungen in der Region Leipzig .....	233
Tabelle 65: Merkmale der Region Leipzig.....	234
Tabelle 66: Einrichtungen in der kreisfreien Stadt Chemnitz .....	235
Tabelle 67: Merkmale der kreisfreien Stadt Chemnitz.....	235
Tabelle 68: Einrichtungen im Landkreis Erzgebirgskreis.....	236
Tabelle 69: Merkmale des Landkreises Erzgebirgskreis .....	236

Tabelle 70: Einrichtungen im Landkreis Mittelsachsen.....	237
Tabelle 71: Merkmale des Landkreises Mittelsachsen .....	237
Tabelle 72: Einrichtungen im Landkreis Vogtlandkreis.....	238
Tabelle 73: Merkmale des Landkreises Vogtlandkreis .....	238
Tabelle 74: Einrichtungen im Landkreis Zwickau .....	239
Tabelle 75: Merkmale des Landkreises Zwickau.....	239
Tabelle 76: Einrichtungen in der kreisfreien Stadt Dresden .....	240
Tabelle 77: Merkmale der kreisfreien Stadt Dresden .....	240
Tabelle 78: Einrichtungen im Landkreis Bautzen .....	241
Tabelle 79: Merkmale des Landkreises Bautzen.....	241
Tabelle 80: Einrichtungen im Landkreis Görlitz .....	242
Tabelle 81: Merkmale des Landkreises Görlitz .....	242
Tabelle 82: Einrichtungen im Landkreis Meißen .....	243
Tabelle 83: Merkmale des Landkreises Meißen.....	243
Tabelle 84: Einrichtungen im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge.....	244
Tabelle 85: Merkmale des Landkreises Sächsische Schweiz-Osterzgebirge .....	244
Tabelle 86: Einrichtungen in der kreisfreien Stadt Leipzig.....	245
Tabelle 87: Merkmale der kreisfreien Stadt Leipzig .....	245
Tabelle 88: Einrichtungen im Landkreis Leipzig .....	246
Tabelle 89: Merkmale des Landkreises Leipzig .....	246
Tabelle 90: Einrichtungen im Landkreis Nordsachsen .....	247
Tabelle 91: Merkmale des Landkreises Nordsachsen.....	247
Tabelle 92: Kartenquellen.....	248

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Durch AHD betreute Personen nach Altersgruppen im Freistaat Sachsen, 2020 .....	44
Abbildung 2: Mietkosten der AHD nach Raumkategorie im Freistaat Sachsen, 2020.....	44
Abbildung 3: Entfernung zwischen Standort des AHD und Ort der Sterbebegleitung, 2020 .....	82
Abbildung 4: Fahrtkosten der AHD nach Raumkategorie, 2020 .....	83
Abbildung 5: Verteilung tatsächlicher Sterbeorte in der sächsischen Bevölkerung im Jahr 2020 (Erwachsene) .....	84
Abbildung 6: Vernetzung der ambulanten Hospizdienste mit anderen Einrichtungen und Diensten (n = 23).....	139
Abbildung 7: Trauerangebote der ambulanten Hospizdienste (n = 20).....	140
Abbildung 8: Vernetzung der ambulanten Kinderhospizdienste mit anderen Einrichtungen und Diensten (n = 3) .....	143
Abbildung 9: Trauerangebote ambulanter Kinderhospizdienste (n = 3).....	144
Abbildung 10: Vernetzung der SAPV-Teams mit anderen Einrichtungen und Diensten (n = 6).....	147
Abbildung 11: Altersstruktur der in den stationären Hospizen versorgten Personen (Anzahl Einrichtungen n = 8; Anzahl Patienten und Patientinnen n = 830).....	153
Abbildung 12: Vernetzung von Palliativstationen mit anderen Einrichtungen und Diensten (n = 9).....	159
Abbildung 13: Palliativmedizinische und hospizliche Versorgungsangebote der stationären Pflegeheime (n = 74).....	163
Abbildung 14: Vernetzung der stationären Pflegeeinrichtungen mit anderen Einrichtungen und Diensten (n = 64).....	164
Abbildung 15: Trauerangebote der stationären Pflegeheime (n = 100) .....	165

## Kartenverzeichnis

Karte 1: Potenzielle Erreichbarkeit der ambulanten Hospizdienste .....	64
Karte 2: Potenzielle Erreichbarkeit der ambulanten Hospizdienste mit dem ÖPNV.....	67
Karte 3: Potenzielle Erreichbarkeit der stationären Hospize.....	68
Karte 4: Potenzielle Erreichbarkeit der stationären Hospize mit dem ÖPNV .....	69
Karte 5: Potenzielle Erreichbarkeit von SAPV.....	70
Karte 6: Potenzielle Erreichbarkeit von SAPV mit dem ÖPNV .....	71
Karte 7: Potenzielle Erreichbarkeit der Palliativstationen .....	72
Karte 8: Potenzielle Erreichbarkeit der Palliativstationen mit ÖPNV.....	73
Karte 9: Potenzielle Verfügbarkeit der ambulanten Hospizdienste.....	74
Karte 10: Potenzielle Verfügbarkeit der stationären Hospize .....	75
Karte 11: Potenzielle Verfügbarkeit der SAPV-Dienste.....	76
Karte 12: Potenzielle Verfügbarkeit Palliativstationen .....	77
Karte 13: Erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit Ambulante Hospizdienste .....	78
Karte 14: Erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit Stationäre Hospize.....	79
Karte 15: Erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit SAPV .....	80
Karte 16: Erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit Palliativstationen .....	81
Karte 17: Einzugsbereiche (Radius 120 km) der SAPPV-Teams in Dresden, Amberg, Jena, Berlin und Frankfurt/Oder.....	97
Karte 18: Bevölkerung in den Gemeinden Sachsens 2020 .....	205
Karte 19: Einwohner- und Einwohnerinnendichte in den Gemeinden Sachsen 2019 .....	206
Karte 20: Einwohner und Einwohnerinnen in Sachsen mit Rasterzellen 2019 .....	206
Karte 21: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2020.....	207
Karte 22: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2030.....	208
Karte 23: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2050.....	209
Karte 24: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80-Jährige in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2020.....	210
Karte 25: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80-Jährige in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2030.....	211
Karte 26: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80-Jährige in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2050.....	212
Karte 27: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2020.....	213
Karte 28: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2030.....	214



Karte 29: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2050.....	215
Karte 30: Bevölkerungsanteil unter 18 Jahre in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2020.....	216
Karte 31: Bevölkerungsanteil unter 18 Jahre in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2030.....	217
Karte 32: Bevölkerungsanteil unter 18 Jahre in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2050.....	218
Karte 33: Standorte und Versorgungsgebiete der SAPV.....	219
Karte 34: Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen 2020 (exklusive AAPV-Leistungen).....	220
Karte 35: Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen 2020.....	221
Karte 36: Kinderhospiz- und -palliativversorgung in Sachsen 2020.....	222
Karte 37: Steckbrief der Region Chemnitz.....	231
Karte 38: Steckbrief der Region Dresden.....	232
Karte 39: Steckbrief der Region Leipzig.....	233
Karte 40: Steckbrief der kreisfreien Stadt Chemnitz.....	235
Karte 41: Steckbrief des Landkreises Erzgebirgskreis.....	236
Karte 42: Steckbrief des Landkreises Mittelsachsen.....	237
Karte 43: Steckbrief des Landkreises Vogtlandkreis.....	238
Karte 44: Steckbrief des Landkreises Zwickau.....	239
Karte 45: Steckbrief der kreisfreien Stadt Dresden.....	240
Karte 46: Steckbrief des Landkreises Bautzen.....	241
Karte 47: Steckbrief des Landkreises Görlitz.....	242
Karte 48: Steckbrief des Landkreises Meißen.....	243
Karte 49: Steckbrief des Landkreises Sächsische Schweiz-Osterzgebirge.....	244
Karte 50: Steckbrief der kreisfreien Stadt Leipzig.....	245
Karte 51: Steckbrief des Landkreises Leipzig.....	246
Karte 52: Steckbrief des Landkreises Nordsachsen.....	247

## Abkürzungsverzeichnis

2SFCA	<i>Two-step floating catchment area</i>
AAPV	<i>Allgemeine ambulante Palliativversorgung</i>
AHD	<i>Ambulante Hospizdienste</i>
AHPB	<i>Ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste</i>
AKHD	<i>Ambulante Kinderhospizdienste</i>
BÄK	<i>Bundesärztekammer</i>
BAMF	<i>Bundesamt für Migration und Flüchtlinge</i>
BBSR	<i>Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung</i>
BMFSFJ	<i>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend</i>
BMG	<i>Bundesministerium für Gesundheit</i>
BMV-Ä	<i>Bundesmantelvertrag Ärzte</i>
BQKPMV	<i>Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung</i>
CAWI	<i>Computer Assisted Web Interview</i>
Destatis	<i>Statistisches Bundesamt</i>
DGP	<i>Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin</i>
DHPV	<i>Deutscher Hospiz- und PalliativVerband</i>
DIMDI	<i>Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information</i>
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>
DRK	<i>Deutsches Rotes Kreuz</i>
EAPC	<i>European Association of Palliative Care</i>
EBM	<i>Einheitlicher Bewertungsmaßstab</i>
FRL Hospiz	<i>Richtlinie zur Förderung von ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen</i>
G-BA	<i>Gemeinsamer Bundesausschuss</i>
GBE-Bund	<i>Gesundheitsberichterstattung des Bundes</i>
GKV	<i>Gesetzliche Krankenversicherung</i>
GOP	<i>Gebührenordnungsposition</i>
GTFS	<i>General Transit Feed Specification</i>
GVWG	<i>Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung</i>
HKP	<i>Häusliche Krankenpflege</i>
HKP-RL	<i>Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie</i>
IfSG	<i>Infektionsschutzgesetz</i>
IMAG Pflege	<i>Interministerielle Arbeitsgruppe zur Pflege-Enquetekommission</i>
IMK	<i>Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung</i>
KBV	<i>Kassenärztliche Bundesvereinigung</i>
LDS	<i>Landesdirektion Sachsen</i>
LVHP	<i>Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V.</i>
MD Sachsen	<i>Medizinischer Dienst Sachsen</i>
ÖPNV	<i>Öffentlicher Personennahverkehr</i>
OPS	<i>Operationen- und Prozedurenschlüssel</i>
OSM-Daten	<i>OpenStreetMap-Daten</i>
PfIBG	<i>Pflegeberufegesetz</i>
PKW	<i>Personenkraftwagen</i>
PpSG	<i>Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals</i>

RL	<i>Richtlinie</i>
SächsCoronaSchVO	<i>Sächsische Corona-Schutz-Verordnung</i>
SAPPV	<i>Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung</i>
SAPV	<i>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</i>
SB	<i>Sterbebegleitung</i>
SGB V	<i>Fünftes Sozialgesetzbuch</i>
SLÄK	<i>Sächsische Landesärztekammer</i>
SMS	<i>Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt</i>
vdek	<i>Verband der Ersatzkassen e.V.</i>
VZÄ	<i>Vollzeitäquivalent</i>
ZE	<i>Zusatzentgelte</i>

## 1. Ausgangssituation und Zielsetzung

Das Ziel der Palliativmedizin und Hospizarbeit besteht darin, unheilbar erkrankte und sterbende Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten und ihnen ein würdiges und selbstbestimmtes Leben ohne Schmerzen zu ermöglichen (BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Hospizliche und palliative Versorgungs- und Angebotsstrukturen haben einen großen Einfluss darauf, wie und an welchem Ort die letzte Lebensphase verbracht wird. Oftmals weicht der gewünschte Sterbeort vom tatsächlichen Sterbeort ab, denn trotz des Wunsches der Mehrzahl der unheilbar erkrankten und sterbenden Menschen, die Zeit kurz vor ihrem Tod in ihrer eigenen, vertrauten Umgebung zu verbringen, erleben die meisten Menschen diese Phase in stationären Einrichtungen, wie Krankenhäusern und Pflegeheimen (Escobar Pinzon, Claus, Zepf, Letzel & Weber, 2013; Grote-Westrick & Volbracht, 2015). Das im Dezember 2015 eingeführte Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG) unterstützt den flächendeckenden Ausbau der palliativen Versorgung, vor allem in strukturschwachen und ländlichen Gebieten (BMG, 2022). Darüber hinaus ist insbesondere bei sterbenden und schwer erkrankten Menschen eine Vernetzung der Versorgungsstrukturen palliativer, pflegerischer und hospizlicher Angebote bedeutend, da die Anforderungen an Akteure und Akteurinnen und an die Bedarfe eines Menschen in der letzten Lebensphase individuell sind und sich verändern können (BMG, 2019).

Die „Hospizstudie 2017“ im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS) legte für den Freistaat Sachsen einen Statusbericht zu Standorten sowie zur Bedarfsdeckung unter Berücksichtigung von Erreichbarkeiten für die ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung vor (Weinhold, Claus, Karmann, Kliemt, Wende & Plaul, 2018). Sie zeigte, dass im Jahr 2016 der Bedarf an ambulanten Hospizdiensten (AHD) weitestgehend gedeckt war, jedoch in einigen Landkreisen durch Defizite im Zugang zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) das Prinzip der wohnortnahen, ambulanten Versorgung nicht flächendeckend erfüllt war. Zudem offenbarten sich maßgebliche Unterschiede in der regionalen Durchdringung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) durch Hausärzte und -ärztinnen sowie Kinderärzte und -ärztinnen. Die Infrastrukturbewertung sowie die durchgeführten Experten- und Expertinneninterviews verdeutlichten die Notwendigkeit der zum Stand der Veröffentlichung der Hospizstudie 2017 geplanten oder sich im Bau befindlichen Hospize. Aufgrund des demografischen Wandels zeigte sich bei der Bedarfsprognose eine Zunahme des Versorgungsbedarfs für alle Bereiche der Hospiz- und Palliativversorgung bis 2030 und ein insgesamt sinkender Bedarf ab 2030. In den Prognosen zeigten sich regionalspezifische Unterschiede: So wurde insbesondere in den urbanen Regionen Dresden und Leipzig sowie dem Leipziger Umland ein steigender Bedarf bis ins Jahr 2050 prognostiziert. Sachsen wies 2016 im deutschlandweiten Vergleich ein gutes Versorgungsangebot auf; insbesondere im Bereich der stationären Palliativversorgung verfügte der Freistaat über eine überdurchschnittliche Versorgungslage. Im Rahmen von Experten- und Expertinneninterviews und Befragungen ergaben sich Hinweise auf die Landesförderung des Freistaates Sachsen als adäquate Finanzierungsoption für Kinderhospizdienste sowie für den Erhalt und Ausbau von Trauerangeboten, wohingegen für Hospizdienste zur Versorgung Erwachsener durch die Erhöhung der Krankenkassenförderung im Zuge des HPG die Landesförderung kaum mehr benötigt werde. Zudem ließen die Ergebnisse der Befragungen eine zeitnahe Versorgung durch AHD, jedoch vereinzelt Kapazitätsprobleme im Bereich der stationären Hospize erkennen. Die Hospizstudie 2017 identifizierte insbesondere im Bereich der AAPV sowie bei der Versorgungssteuerung im stärker spezialisierten Bereich zur Sicherstellung der adäquaten Versorgung zum richtigen Zeitpunkt einen dringenden Handlungsbedarf. Zusätzlich wurden der Ausbau und die Fertigstellung in Planung befindlicher stationärer Hospizkapazitäten empfohlen.

Das Ziel des Hospiz- und Palliativberichtes 2022 ist eine Aktualisierung und Fortschreibung der Hospizstudie 2017. Zusätzlich soll die Umsetzung der Handlungsempfehlungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen evaluiert werden. Die Zielsetzung wird in folgende konkrete Teilaufgaben untergliedert:

1. Datenaktualisierung und Kartierung von Strukturen und Standorten der Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen,
2. Datenaktualisierung und Aktualisierung der Prognose des Bedarfs an Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen (für die Jahre 2030, 2050),
3. Evaluation des Umsetzungsgrades der Handlungsempfehlungen der Hospizstudie 2017,
4. Darstellung der Umsetzung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ für den Freistaat Sachsen,
5. Umgang der Leistungserbringenden mit der besonderen Anforderungssituation der COVID-19-Pandemie,
6. Qualitative Erhebungen zu Status quo der sächsischen Versorgungslandschaft, Anforderungen an die Versorgung, ehrenamtlichen Strukturen sowie dem Fort- und Weiterbildungsstand von in der Palliativ- und Hospizversorgung tätigen Menschen,
7. Infrastrukturbewertung nach ausgewählten Kriterien des Zugangs zu Hospiz- und Palliativversorgung,
8. Erhebung von Informationen zu verfügbaren Kapazitäten sächsischer Leistungserbringender, Angeboten zur Trauerbegleitung sowie dem Stand der Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote,
9. Ableitung von Handlungserfordernissen und -empfehlungen für die Weiterentwicklung bedarfsgerechter und vernetzter Strukturen.

## 2. Datengrundlagen

Die Darstellung des hospizlich-palliativen Versorgungsangebots in Sachsen erfolgt auf Basis unterschiedlicher Datenquellen.<sup>4</sup> Für die Identifikation der aktuell tätigen Leistungserbringenden wird auf das zur Verfügung gestellte Datenmaterial des SMS sowie Informationen des Landesverbandes für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. (LVHP) zurückgegriffen. Das aktuelle Versorgungsangebot wird anschließend dem in der Hospizstudie 2017 dargestellten Versorgungsangebot gegenübergestellt.

Die aktuell tätigen Leistungserbringenden (inkl. relevanter struktureller Daten) werden auf Basis folgender Quellen identifiziert:

- Hospizstudie 2017: Standorte und demografische Rahmenbedingungen zur Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen (Weinhold et al., 2018),
- Daten des SMS, die u. a. Informationen/Daten der Landesdirektion Sachsen (LDS), der AOK PLUS und eines, vom SMS initiierten, Krankenhaus-Monitorings berücksichtigen,
- Der Hospiz- und Palliativführer des LVHP,
- Informationen der Pflegedatenbank des PflegeNetz Sachsen.

Für die Bestandsaufnahme sowie die Bedarfsberechnung und -prognose werden folgende Quellen verwendet:

- Demografische Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis) zu Bevölkerungsstand und Sterbefällen (Destatis, 2019, 2021, 2022a, 2022b, 2022d, 2022e, 2022f),
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2020). 7. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen 2019 bis 2035.
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2021a). Entwicklung der Sterblichkeit zur Zeit der Corona-Pandemie. Tabellen.
- Informationen der im Auftrag des SMS erstellten Hospizstudie 2013 (Karmann, Schneider, Werblow & Hofmann, 2014) und der Hospizstudie 2017 (Weinhold et al., 2018),
- Empfehlungen der Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und European Association of Palliative Care (EAPC),
- Empfehlungen der Spitzenverbände (GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen).

Die Inanspruchnahme der hospizlich-palliativen Versorgungsangebote sowie die tatsächlichen Sterbeorte (Kapitel 4) werden auf Basis anonymisierter Abrechnungsdaten der AOK PLUS dargestellt. Diese Daten werden im Anschluss an die Datenlieferung durch die Autoren und Autorinnen auf Basis eines landkreisspezifischen Anpassungsfaktors auf die Bevölkerung Sachsens hochgerechnet. Der Anpassungsfaktor resultiert aus dem Verhältnis der insgesamt je Landkreis bzw. kreisfreien Stadt Verstorbenen und den jeweils verstorbenen AOK-Versicherten in diesem Landkreis, in Bezug auf das Kalenderjahr 2020. Für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene werden getrennte Anpassungsfaktoren berechnet. Als Datengrundlage für die Sterbefälle in Sachsen wird die Statistik der Sterbefälle des Statistischen Bundesamtes (Destatis, 2022b) verwendet. Hierbei liegt die Annahme zu Grunde, dass sich die Leistungsanspruchnahme von

---

<sup>4</sup> Auf die jeweils spezifisch verwendeten Quellen/Datengrundlagen wird an den entsprechenden Stellen im Bericht verwiesen.

verstorbenen AOK-Versicherten nicht von der Leistungsanspruchnahme der Verstorbenen unterscheidet, die nicht bei der AOK PLUS versichert sind.

Die geoanalytischen Auswertungen basieren auf folgenden Quellen:

- Daten des SMS, die u. a. Informationen/Daten der LDS, der AOK PLUS und eines vom SMS initiierten Krankenhaus-Monitorings berücksichtigen,
- OpenStreetMap-Daten, bereitgestellt durch Geofabric GmbH (Geofabric GmbH, 2018)
- Deutschlandweite Fahrplansolldaten des ÖPNV aus den Landesauskunftssystemen, bereitgestellt durch DELFI e.V. (2022),
- Fortschreibung der Bevölkerungszahlen des Zensus 2011 auf Basis von Mobilfunkdaten auf 1km x 1km Rasterebene durch das Statistische Bundesamt (Destatis, 2022c).

Für den Vergleich der sächsischen Versorgungsangebote mit Angeboten in anderen Bundesländern wurden folgende Quellen berücksichtigt:

- Ärzte mit Weiterbildung Palliativmedizin – auf Basis von Daten der Ärztekammern, abrufbar über Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE-Bund),
- Befragungsdaten des SMS zur Förderung der Hospizarbeit in den Bundesländern,
- Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV),
- Informationen aus dem Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung,
- Ärztestatistik der Bundesärztekammer,
- Demografische Daten des Statistischen Bundesamtes,
- Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern – GBE-Bund.

Weiterhin werden auf Basis von Experten- und Expertinneninterviews und einer standardisierten Befragung der sächsischen Leistungserbringenden Primärdaten erhoben, die Informationen zu folgenden Themenbereichen liefern:

- Aktuelle Problem- und Handlungsfelder,
- (Quantitative) Erfassung besonderer Bedarfe,
- Qualität von speziellen Fort- und Weiterbildungen für die in der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung beschäftigten Menschen,
- Stand der Vernetzung zwischen den Akteuren und Akteurinnen,
- Personalausstattung,
- Angebote der Trauerbewältigung,
- Besondere Herausforderungen im Rahmen der Corona-Pandemie.

### **3. Grundlagen der Hospiz- und Palliativversorgung**

Palliativversorgung bzw. Palliativmedizin beschreibt das Versorgungsgebiet zur medizinischen Begleitung schwerstkranker Menschen am Lebensende. Nach Watson, Lucas, Hoy und Wells (2009) liegt der Schwerpunkt hierbei vorrangig auf den physischen Symptomen der Patienten und Patientinnen. Bei der Hospizversorgung stehe in Ergänzung dazu die spirituelle und psychosoziale Begleitung der Patienten und Patientinnen im Vordergrund. Watson et al. (2009) differenzieren zudem verschiedene Spezialisierungsgrade der Palliativversorgung: So seien Leistungserbringende, die mit palliativen Methoden arbeiten, sich aber nicht hauptberuflich mit der Palliativversorgung befassen, Teil der allgemeinen Palliativversorgung. Die allgemeine Palliativversorgung finde – bezogen auf die Anforderungen an die zu erbringenden Leistungen – in

Fällen geringer bis mittlerer Komplexität Anwendung. Leistungserbringende, die sich wiederum hauptberuflich mit der Palliativversorgung beschäftigen, seien Bestandteil der spezialisierten Palliativversorgung. Diese werde im Falle mittlerer bis hoher palliativmedizinischer Komplexität angewandt. Über lange Zeit wurde auf nationaler und europäischer Ebene eine vorgelagerte Versorgungsstufe diskutiert, auf welcher Inhalte der Palliativversorgung implizit in allen medizinischen Teildisziplinen Berücksichtigung finden. Hierfür sollte die Palliativversorgung Teil der Curricula aller im Versorgungsprozess beteiligten Fachrichtungen sein. Mit dem Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes (PfIBG) zum 01.01.2020 konnte Deutschland diesen Forderungen Rechnung tragen. Inhalte der Ausbildung zur Pflegefachkraft sind seither u. a. die Palliativ- und Hospizversorgung (Ammende et al., 2019).

### 3.1 Hospizversorgung

Bei der ambulanten Hospizversorgung steht besonders die psychosoziale und spirituelle Begleitung von Patienten und Patientinnen in der letzten Lebensphase im Vordergrund. Die Aufgaben und die Finanzierung der AHD werden in § 39a Abs. 2 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und einer entsprechenden Rahmenvereinbarung geregelt (GKV Spitzenverband, 2016). In der Regel liegt die fachliche Verantwortung bei einer in Palliative Care weitergebildeten Pflegekraft. Die Sterbebegleitung dagegen wird von durch die AHD qualifizierten Ehrenamtlichen geleistet. Das konstitutive Element der Ehrenamtlichkeit soll sichergestellt werden, indem die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) lediglich einen Zuschuss zu den notwendigen Personal- und Sachkosten leistet. Ermittelt wird die Höhe des Zuschusses anhand spezieller Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Anzahl der abgeschlossenen Sterbebegleitungen des Dienstes und der Anzahl der qualifizierten Ehrenamtlichen ergibt.<sup>5</sup> Darüber hinaus wird in einigen Bundesländern zusätzlich eine Förderung aus Landesmitteln ausbezahlt. Im Freistaat Sachsen wird die Förderung durch die Richtlinie (RL) Gesundheit und Versorgung vom 16.12.2019 (Teil II B Hospiz- und Palliativversorgung) geregelt (SMS, 2019).<sup>6</sup> Nach der Richtlinie können AHD eine Anschubfinanzierung für Personalkosten erhalten sowie anschließend bei Bedarf jährliche Zuschüsse für zuwendungsfähige Sachkosten. Außerdem besteht die Möglichkeit für eine investive Landesförderung für Neu-, Um- und Ausbau sowie die Sanierung von stationären Hospizen. Ziel der Landesförderung ist es, Deckungslücken zu schließen und überdies den Erhalt bzw. Ausbau von Angeboten zur Trauerbegleitung, die Netzwerk- und Schulungstätigkeit sowie die Öffentlichkeitsarbeit der Dienste zu fördern.

---

<sup>5</sup> Die Multiplikatoren für Ehrenamtliche und Sterbebegleitungen zur Ermittlung des Förderbetrags sind bei AKHD im Vergleich zu AHD höher angesetzt, um dem größeren Aufwand Rechnung zu tragen.

<sup>6</sup> Bis zum 31.12.2018 wurde die Landesförderung durch die Richtlinie zur Förderung von ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (FRL Hospiz) vom 17.04.2007 geregelt (SMS, 2007).



Die Zuschüsse für AHD betragen konkret:

- Bei Anschubfinanzierung im ersten Jahr des Bestehens für eine vollständig beschäftigte Leitungskraft bis zu 16.000 Euro; für teilzeitbeschäftigte Leitungskräfte erfolgt eine anteilige Förderung entsprechend dem Tätigkeitsumfang,
- Bei mindestens 10 bis 15 ehrenamtlichen Hospizhelfenden sind Sachausgaben von bis zu 10.000 Euro pro Jahr bzw.
- Bis zu 14.000 Euro pro Jahr bei mehr als 15 ehrenamtlichen Hospizhelfenden zuwendungsfähig.

In § 39a Abs. 1 SGB V und einer entsprechenden Rahmenvereinbarung sind die Aufgaben der stationären Hospize definiert (GKV Spitzenverband, 2017a). Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben demnach Anspruch auf Zuschuss zu teilstationärer oder stationärer Versorgung in Hospizen, falls eine ambulante Versorgung im häuslichen Umfeld nicht erbracht werden kann. Mehr als 90 % der Hospizbewohner und -bewohnerinnen versterben auch im Hospiz (DGP, 2009).

Der Schwerpunkt der hospizlichen Tätigkeit liegt neben der palliativpflegerischen Versorgung insbesondere auf der psychosozialen und spirituellen Begleitung der Hospizbewohner und -bewohnerinnen und deren Angehörigen (GKV Spitzenverband, 2016). Gemäß der Rahmenvereinbarung verfügen stationäre Hospize in der Regel über 8 bis 16 Betten (GKV Spitzenverband, 2017a). Auch stationäre Hospize werden, ähnlich wie AHD, nicht vollständig durch die GKV finanziert. Stattdessen sichert das HPG eine stärkere Förderung der zuschussfähigen Kosten von 95 % zu. Dies soll dazu beitragen, das Element der Ehrenamtlichkeit zu erhalten. Damit Bewohner und Bewohnerinnen keinen Eigenanteil zu leisten haben, werden darüberhinausgehende Kosten durch Spenden finanziert. Der Tagessatz liegt bei circa 268 Euro und variiert regional (BMG, 2017)(HPG). Investive Landesförderungen für stationäre Hospize bestehen aktuell in den Freistaaten Sachsen und Bayern sowie in Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein (SMS, 2022d). Die RL Gesundheit und Versorgung sieht folgende Zuschüsse vor (SMS, 2019):

- Maximal 37.000 Euro pro Hospizplatz bei Neubau und
- Maximal 28.000 Euro pro Hospizplatz bei Um- und Ausbau sowie Sanierung.

Die speziellen Belange von Kindern und stationären Kinderhospizen werden in einer gesonderten Rahmenvereinbarung geregelt (GKV Spitzenverband, 2017b).

### **3.2 Palliativversorgung**

Die AAPV wird in erster Linie von niedergelassenen Hausärzten und -ärztinnen, Fachärzten und -ärztinnen sowie von ambulanten Pflegediensten erbracht (Jacobs, Kuhlmeier, Greß, Schwinger & Klauber, 2017) und entspricht in Deutschland der palliativmedizinischen Basisversorgung (AOK-Bundesverband, 2021). Seit dem 4. Quartal 2013 erfolgt die Abrechnung der vertragsärztlichen AAPV über die Gebührenordnungsposition (GOP) 03370-03373 (Erwachsene) bzw. 04370-04373 (Kinder und Jugendliche) über den Katalog des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Diese GOP erfordern keine besonderen Zusatzqualifikationen des ärztlichen Personals und decken die palliativmedizinische Ersterhebung (Endziffer 0), die palliativmedizinische Betreuung in der Praxis (Endziffer 1) und in der eigenen Häuslichkeit im Rahmen eines (dringenden) Hausbesuches (Endziffer 2, 3) ab. Zur Förderung der koordinierten Versorgung existieren darüber hinaus seit dem 4. Quartal 2017 mit den hausärztlichen GOP 37300-37320

eigene Abrechnungsmöglichkeiten für im Rahmen der koordinierten Versorgung erbrachte Leistungen, z. B. konsiliarische Erörterungen und Beurteilungen komplexer medizinischer Fragestellungen (Endziffer 14) oder Fallkonferenzen (Endziffer 20) gemäß der 30. Anlage des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä) (KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung & GKV Spitzenverband, 2022). Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 37300-377320 ist die Erfüllung eines ausführlichen Kataloges von praktischen Erfahrungen sowie Weiter- und Fortbildungen, die sich aus der Anlage 30 BMV-Ä ergeben. Hierzu zählen bspw. die Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten und -patientinnen innerhalb der letzten drei Jahre, eine zweiwöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung, die regelmäßige palliativmedizinische Fortbildung mit einem Umfang von 8 Fortbildungspunkten pro Jahr und die Teilnahme an einer 40-stündigen Weiterbildung Palliativmedizin. Hinzukommend ist die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin für die Abrechnung der GOP 37314 erforderlich. Seit November 2017 ist im Bereich der ambulanten Pflege die palliative Pflege in der häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) als anerkannter Versorgungsgrund hinterlegt (G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss, 2009). Unter anderem wurde hierfür die neue Leistungsnummer 24a eingefügt, die die pflegerischen Maßnahmen zur Symptom- und Wundkontrolle ebenso wie zur Krisenintervention bei Palliativpatienten und -patientinnen regelt. Bis zu 14 Tage können Erst- und Folgeverordnungen hierfür umfassen. Mithilfe der AAPV können die meisten Palliativpatienten und -patientinnen ausreichend versorgt werden (Ballsieper, Lemm & Reibnitz, 2012).

Gemäß § 37b SGB V kann die SAPV verordnet werden, sobald eine AAPV für eine wirksame Symptomkontrolle nicht mehr ausreicht. Davon betroffen sind Patienten und Patientinnen, die eine besonders aufwendige häusliche Versorgung benötigen. Im Vordergrund stehen hierbei pflegerische und ärztliche Leistungen zur Symptomkontrolle und Schmerztherapie mit dem Ziel, eine Einweisung in eine stationäre Einrichtung bis zum Tod zu vermeiden und den Verbleib im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Die SAPV sollte im Falle einer Verbesserung oder Stabilisierung so weit wie möglich reduziert werden; im günstigsten Falle kann sogar ein Wechsel ins AAPV-Setting erfolgen (GKV Spitzenverband, 2012). Organisiert sind die SAPV-Leistungserbringenden als multiprofessionelle Teams mit 24-stündiger Erreichbarkeit. Die Vergütung erfolgt anhand eines speziellen Vergütungs- und Abrechnungssystems, wobei die Kostenträger bzw. -trägerinnen und Leistungserbringenden auf regionalen Musterverträgen basierende Abkommen zu individuellen Vergütungs- und Leistungsvereinbarungen schließen (für Thüringen und Sachsen existiert z. B. ein gemeinsamer Mustervertrag). Die Musterverträge legen u. a. fest, dass nur bei Vorliegen einer genehmigten Verordnung SAPV-Leistungen abgerechnet werden können, wobei sich an eine Erstverordnung weitere Folgeverordnungen anschließen können (Sachsen-Thüringen Mustervertrag, 2009). Nicht auf die Betreuungsdauer angerechnet werden Zeiten, bei denen die Verordnung ruht (z. B. Krankenhausaufenthalte). Eine Doppelabrechnung durch eine gleichzeitige Abrechnung der SAPV-Leistungen als vertragsärztliche Leistung über den EBM und somit die Kassenärztliche Vereinigung ist ausgeschlossen. Für die speziellen Belange von Kindern und Jugendlichen existiert eine angepasste spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV).

Auf Palliativstationen in Krankenhäusern werden Patienten und Patientinnen aufgenommen, die aufgrund einer akuten Krise (z. B. starke Übelkeit oder plötzliche Atemnot) stabilisiert werden müssen. Den Patienten und Patientinnen soll hierbei eine Rückkehr ins häusliche Umfeld ermöglicht werden, da Palliativstationen „Durchgangsstationen“ darstellen sollen und eine Betreuung bis zum Versterben hier nicht vorgesehen ist (Kränzle, Schmid & Seeger, 2011). Im Durchschnitt dauert die Versorgung auf einer Palliativstation 12 bis 14 Tage, wobei etwa 65 % der Patienten und Patientinnen nach dem Erreichen eines stabilen Zustands wieder nach Hause entlassen werden (DGP, 2009; Husebø & Klaschik, 2009). Palliativstationen-Fälle können von Krankenhäusern innerhalb oder außerhalb des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems nach Diagnosis Related Groups (DRG) abgerechnet werden (DGP, 2011). Bei einer Abrechnung innerhalb des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems erfolgt eine Vergütung über

festgelegte Zusatzentgelte (ZE).<sup>7</sup> Werden die Fälle außerhalb abgerechnet, werden individuelle Verträge mit den Kostenträger und -trägerinnen ausgehandelt. Die Voraussetzung für die Abrechnung ist die Durchführung einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung entsprechend dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-982 oder einer spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung entsprechend OPS 8-98e (InEK GmbH, 2022).

Verfügt ein Krankenhaus über keine eigenständige Palliativstation, kommen palliativmedizinische Konsiliardienste zum Einsatz (DGP, 2009). Die Aufgabe der palliativmedizinischen Konsiliardienste besteht darin, für eine Symptom- und Leidenslinderung zu sorgen oder, wo dies nicht mehr möglich ist, ein würdevolles Sterben zu garantieren. Die Dienste arbeiten multidisziplinär und bestehen nach Möglichkeit aus professionellen und ehrenamtlichen Helfern und Helferinnen. Die Konsiliardienste können Komplexbehandlungen an den Patienten und Patientinnen durchführen oder rein beratend im Sinne eines klinisch bekannten Konsils wirken. Durch den 2017 eingeführten OPS 8-98h wurde ermöglicht, interne wie externe Palliativdienste im Rahmen einer spezialisierten palliativmedizinischen Komplexbehandlung abzurechnen (InEK GmbH, 2022). Durch ihr Wirken in medizinischen Bereichen, die nicht mit den Prinzipien der Palliativversorgung vertraut sind, übernehmen sie eine wichtige Informations- und Multiplikator-Rolle (Husebø & Klaschik, 2009). Sobald ein Krankenhaus mit 250 Betten über keine Palliativstation verfügt, empfiehlt die EAPC die Inanspruchnahme mindestens eines palliativen Konsiliardienstes (Radbruch & Payne, 2011). Palliativdienste sollten nach einer gemeinsamen Stellungnahme der DGP und des DHPV (2015) in Krankenhäusern zum Einsatz kommen, „in denen regelmäßig unheilbar kranke und sterbende Patienten und Patientinnen behandelt werden, z. B. ab einer Größe von 200 Betten“. Palliativmedizinische Konsiliardienste werden im Rahmen des DRG-Systems über spezielle ZE abgerechnet.<sup>8</sup>

### **3.3 Aktuelle Entwicklungen in der Hospiz- und Palliativversorgung**

#### **3.3.1 Allgemeine Änderungen und Entwicklungen**

##### **Pflegerische Versorgung**

Seit dem 01.01.2020 erfolgt die Pflegeausbildung auf Grundlage des PfIBG. Mit der Einführung des PfIBG wurden die Ausbildungen der Altenpflege und der Krankenpflege zusammengeführt, sodass die Ausbildung zwei Jahre lang generalistisch ausgerichtet ist und anschließend in der praktischen Ausbildung ein Vertiefungsbereich zu wählen ist. Wird die Ausbildung im dritten Ausbildungsjahr fortgesetzt, kann der Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ erworben werden. Inhalte der Ausbildung zur Pflegefachkraft sind u. a. die Hospiz- und Palliativversorgung. Die Finanzierung der Pflegeausbildung erfolgt seit dem Inkrafttreten des PfIBG über Landesfonds, da kein Schulgeld mehr erhoben werden darf. Neue Karrieremöglichkeiten eröffnet das Pflegestudium, welches unmittelbar zur Pflege aller Menschen und Altersstufen befähigt.

Das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG), welches im Dezember 2018 erlassen wurde, soll zu einer Verbesserung des Pflegealltags in der Kranken- und Altenpflege beitragen. Pflegepersonalkosten werden beispielsweise seit dem Jahr 2020 unabhängig von den Fallpau-

---

<sup>7</sup> ZE60, ZE145 oder ZE2017-133 bzw. ZE2017-134, siehe Zusatzentgelte-Katalog zum InEK-Fallpauschalenkatalog (InEK GmbH, 2022).

<sup>8</sup> ZE2017-133 für interne Dienste bzw. ZE2017-134 für externe Dienste, siehe Zusatzentgelte-Katalog zum InEK-Fallpauschalenkatalog (InEK GmbH, 2022).

schalen vergütet. Hieraus resultiert, dass die Krankenhausvergütung seit 2020 auf einer Kombination von Fallpauschalen und Pflegepersonalkosten beruht. Die DRG-Berechnungen werden seither um die Pflegepersonalkosten bereinigt. Rund 200 Millionen Euro wurden ab 2020 aus dem Pflegezuschlag in die Landesbasisfallwerte überführt (BMG, 2018; PpSG).

Das am Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11.07.2021 (GVWG) soll die Attraktivität des Pflegeberufes und die Qualität der Pflege erhöhen. Hierfür sollen zukünftig nur noch Pflegeeinrichtungen mit den Pflegekassen abrechnen können, die ihre Betreuungs- und Pflegekräfte nach Tarif bezahlen. Um die Einstellungsquote des Pflegepersonals zu steigern, werden bundeseinheitliche Personalschlüssel vorgegeben. Ab 2022 erhält die Pflegeversicherung zusätzlich einen pauschalen Bundeszuschuss in Höhe von 1 Milliarde Euro jährlich (§ 2 Nr. 21c GVWG).

### **Koordination hospizlich-palliativer Versorgung**

Die Vereinbarung zur Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV) trat zum 01.01.2017 mit dem Ziel in Kraft, die bestehende ambulante Palliativversorgung durch eine besondere Qualifikation und verbesserte Koordination schwerstkranker und sterbender Menschen zu stärken (KBV & GKV Spitzenverband, 2016). Betroffenen soll hierbei ein Sterben zu Hause bzw. in einer selbst gewählten Umgebung ermöglicht werden, wobei die individuelle Lebensqualität besondere Beachtung finden soll (KBV & GKV Spitzenverband, 2016, § 1 Nr. 1). Eine besondere Rolle übernimmt hierbei der an der Vereinbarung teilnehmende Vertragsarzt bzw. die teilnehmende Vertragsärztin, welcher bzw. welche für die Koordination aller beteiligten Leistungserbringenden, ebenso wie für die aktive Kooperation des verantwortlichen Arztes bzw. der verantwortlichen Ärztin mit weiteren an der Versorgung Beteiligten zuständig ist (KBV & GKV Spitzenverband, 2016, § 1 Nr. 2). Im Fokus der Verordnung stehen dabei schwerstkranke und sterbende Patienten und Patientinnen, welche an fortschreitenden oder nicht heilbaren Erkrankungen leiden und deren Lebenserwartung dadurch nach fachlicher Einschätzung auf Monate, Wochen oder gar Tage gesunken ist (KBV & GKV Spitzenverband, 2016, § 2 Nr. 1). Speziell für Kinder legt die Verordnung hingegen fest, dass auch dann eine notwendige palliativmedizinische Versorgung stattfinden kann, wenn aufgrund einer nicht zuverlässig einzuschätzenden verbleibenden Lebenserwartung weiterhin eine kurative Behandlung erfolgt (KBV & GKV Spitzenverband, 2016, § 2 Nr. 3).

Durch die Neuregelung des § 39d SGB V vom 11.07.2021 soll die Koordination der Hospiz- und Palliativnetzwerke durch Netzwerkkoordinatoren und -koordinatorinnen gefördert werden. Hierbei soll von Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einheitlich in jedem Kreis und in jeder kreisfreien Stadt die Koordination der Aktivitäten der Hospiz- und Palliativnetzwerke mithilfe von Netzwerkkoordinatoren und -koordinatorinnen gefördert werden. Die Aufgaben der Netzwerkkoordinatoren und -koordinatorinnen sind dabei vielfältig und bestehen u. a. in der Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten, der Information der Öffentlichkeit über Tätigkeiten und das Versorgungsangebot sowie der Organisation regelmäßiger Treffen der Netzwerkmitglieder (§ 39d Abs. 2 Nr. 2–4 SGB V). Nach der Förderrichtlinie des GKV-Spitzenverbandes kann ein Netzwerk pro kreisfreie Stadt oder Landkreis mit bis zu 15.000 Euro gefördert werden. Voraussetzung der Förderung ist hierbei u. a., dass der Förderbeitrag der kreisfreien Stadt oder des Landkreises mindestens dem Förderbeitrag der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkrankenkassen entspricht (GKV Spitzenverband, 2022a).

## **(Teil-)Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung**

Laut § 1 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, in der Fassung vom 31.03.2017, kann die psychosoziale Begleitung sowie die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung auch teilstationär erfolgen (GKV Spitzenverband, 2017a). Die Versorgung in teilstationären Hospizen oder Tageshospizen ist ein Angebot für schwerkranke Menschen oder solche, die an einer fortschreitenden Erkrankung leiden und dennoch zu Hause leben. Unheilbar erkrankte Menschen können ein- oder mehrmals pro Woche in ein Tageshospiz kommen und dabei lindernde Therapien erhalten, ebenso wie Kraft tanken und am sozialen Leben teilhaben. Die teilstationäre Versorgung kann dabei als integraler Bestandteil eines (voll-)stationären Hospizes vorgehalten werden, wie auch als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes. Finanziert werden Tageshospize über Versorgungsverträge mit den Krankenkassen nach § 39a SGB V. Da in Deutschland bisher nur wenige Tageshospize existieren, beschäftigt sich das Innovationsfondsprojekt „ABPATITE“ unter der Leitung von Frau PD Dr. Stephanie Stiel mit der Analyse zum Bestand des Bedarfs palliativmedizinischer Tageskliniken und Tageshospizen. Das Projekt wird für drei Jahre mit einer Summe von circa 860.000 Euro gefördert (Apolinarski et al., 2022).

### **3.3.2 Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland**

Im Jahr 2020 verzeichnete die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ (Ihme, Kopitzsch, Kränzle, Müller-Busch, Voltz & Weihrauch, 2016) ihr 10-jähriges Bestehen. Mithilfe von fünf Leitsätzen wurden wesentliche Empfehlungen auf dem Gebiet der Hospiz- und Palliativversorgung zusammengefasst. Zur Überführung der Leitsätze in die Praxis haben über 200 Experten und Expertinnen in einem Zeitraum von drei Jahren jeweils drei Handlungsfelder definiert, für welche die Empfehlungen formuliert wurden. Thematische Schwerpunkte der Handlungsfelder waren dabei der Zugang, die Finanzierung und die Qualitätssicherung einer hochwertigen Versorgung am Lebensende in Deutschland. Mit dem Ziel, ein öffentliches Bewusstsein für die besonderen Anforderungen und Belange der Hospiz- und Palliativversorgung auf allen administrativen (Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik, Leistungserbringende, Kostenträger und -trägerinnen etc.) und fachlichen Ebenen (Bundesverbände der Ärzteschaft und Pflegekräfte etc.) zu schaffen, wurde die Charta bereits von 2.686 Organisationen und Institutionen sowie 29.549 Einzelpersonen unterzeichnet (Stand 16.06.2022; Ihme et al., 2016). Im Jahr 2021 unterzeichnete Sachsens Gesundheitsministerin Petra Köpping für den Freistaat Sachsen gemeinsam mit Vertretern und Vertreterinnen der beiden kommunalen Spitzenverbände die Charta.

Die Landespolitik ist zu einer Vielzahl von Maßnahmen aufgerufen (Auswahl):

- Moderation und Koordinierung im ambulanten Bereich bei Einbindung aller Akteure und Akteurinnen (insbesondere aller AHD und SAPV-Teams) und Förderung der regionalen Vernetzung,
- Gewährleistung 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,
- Entwicklung, Förderung und Unterstützung eines gerechten Zugangs, insbesondere für spezielle Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund, Demenzerkrankte, 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 und Akteurinnen der Hospiz- und Palliativversorgung (Koordinierungsstelle für Hospiz- u. Palliativversorgung in Deutschland, 2022).

Im Fokus der Charta liegen besonders qualitative Ziele, von denen einige kurzfristig (z. B. Entwicklung von Informationsmaterial) und andere mittelfristig umsetzbar sind, da sie Daueraufgaben darstellen, für die gewachsene Strukturen vorhanden sein müssen, wie z. B. Koordinierungsstellen, Arbeitskreise etc. Auf langfristige Sicht soll damit erreicht werden, dass auch auf individueller Ebene ein Verständnis für die Themen Sterblichkeit, Lebensende und Tod existieren. Ebenso soll sich der Mensch über die Gestaltungsmöglichkeiten dieser Prozesse im Klaren sein.

### 3.3.3 Entwicklungen im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie

Im Zeitraum vom 31.03.2020 bis zum 01.05.2022 trat im Freistaat Sachsen eine Vielzahl von Corona-Schutz-Verordnungen (SächsCoronaSchVO) in Kraft, welche das alltägliche Miteinander im privaten wie auch im beruflichen Setting durch Gebote und Verbote, ebenso wie durch das Auferlegen von Schutzmaßnahmen erleichtern sollte.<sup>9</sup> So wurde u. a. geregelt, dass seit der SächsCoronaSchVO vom 17.04.2020 eine dringende Empfehlung galt, im öffentlichen Raum und insbesondere bei Kontakt mit Risikopersonen eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen (§ 1 Abs. 1 SächsCoronaSchVO vom 17.04.2020). Im Laufe der pandemischen Situation wurde die Empfehlung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung dann zu einem Gebot. Bereits seit Oktober 2020 bestand explizit die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung auch in Gesundheitseinrichtungen (§ 1 Abs. 2 SächsCoronaSchVO vom 21.10.2020). War zu Beginn der Maskenpflicht auch das Tragen von Stoffmasken noch gestattet, wurde ab dem 16.01.2021 das Tragen einer FFP2-Maske oder Masken mit vergleichbarem Standard für Besuch und Personal in Tagespflegeeinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen verpflichtend (§ 7 Abs. 3 SächsCoronaSchVO vom 12.01.2021). Mit der SächsCoronaSchVO vom 05.03.2021 wurde die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske oder vergleichbarer Atemschutzmasken auch auf Mitarbeitende der ambulanten Pflegedienste und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ausgeweitet (SächsCoronaSchVO vom 17.04.2020; § 3 Abs. 3 SächsCoronaSchVO vom 23.03.2021). Durch Lockerungen der Corona-Schutzmaßnahmen im Frühjahr 2022 gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske einrichtungsbezogen, u. a. in Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie beispielsweise in Pflegeeinrichtungen (SächsCoronaSchVO vom 23.03.2021; SächsCoronaSchVO vom 31.03.2022). Aufgrund hoher Inzidenzen kam es innerhalb der pandemischen Zeit auch zu Besuchsverboten in Pflegezentren und Hospizen. Zu Beginn des Inkrafttretens der ersten SächsCoronaSchVO zum 31.03.2020 wurde weitestgehend ein Besuchsverbot in Krankenhäusern, Versorgungs- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Alten- und Pflegeheime verhängt. Eine Ausnahme waren Palliativstationen sowie Hospize, bei welchen lediglich eine Besuchsbeschränkung verhängt wurde, wobei bis zu fünf Angehörige gleichzeitig vor Ort sein durften. Durch das Erarbeiten von Hygieneplänen sollte dabei sichergestellt werden, dass Menschen in Pflegeeinrichtungen auch weiterhin in Kontakt

---

<sup>9</sup> Vollständige Übersicht unter folgendem Link: <https://www.coronavirus.sachsen.de/archiv-der-abgelaufenen-amtlichen-bekanntmachungen-7295.html> (Sächsische Staatsregierung, o. J.).

mit ihren Angehörigen stehen konnten. So war es ab Juni 2020 wieder möglich, auch Angehörige in Alten- und Pflegeheimen sowie in Krankenhäusern zu besuchen. Die Besuchsregelungen wurden ab Oktober 2020 an das jeweilig aktuelle regionale Infektionsgeschehen angepasst unter der Prämisse, dass die Regelungen in einem angemessenen Verhältnis zwischen dem Schutz der versorgten Personen und deren Freiheits- und Persönlichkeitsrechten stehen (§ 6 Abs. 2 SächsCoronaSchVO vom 17.10.2020; § 3 Abs. 3 SächsCoronaSchVO vom 31.03.2022).

Mit der SächsCoronaSchVO vom 22.12.2020 wurde eine weitere Schutzmaßnahme eingeführt, nämlich die Pflicht zur regelmäßigen Testung für das Personal von Alten- und Pflegeheimen, ebenso wie von ambulanten Pflegediensten, Tagespflegeeinrichtungen und Hospizen. Empfohlen wurde hierbei zunächst die zweimal wöchentliche Testung. Besuch durfte die Einrichtung nur unter Vorweisen eines erfolgten Antigentests betreten. Einrichtungen hatten hierbei die Möglichkeit, Ausnahmen für Besuche zum Zwecke der Sterbebegleitung in das Hygienekonzept aufzunehmen (§ 7 Abs. 3 SächsCoronaSchVO vom 11.12.2020). Im Laufe der pandemischen Situation änderten sich die Testungsanforderungen des Öfteren, wobei die Häufigkeit der vorgeschriebenen Testungen in gesundheitlichen Einrichtungen zwischen einmal und dreimal wöchentlich bis hin zu täglich schwankte. Weiterhin wurde der Arbeitsalltag des Personals im gesundheitlichen Setting davon beeinflusst, dass seit dem 16.04.2022 nach § 20a Infektionsschutzgesetz (IfSG) die einrichtungsbezogene Impfpflicht gilt. Demnach müssen Beschäftigte den Nachweis einer vollständigen Impfung, einen Nachweis über eine Genesung oder ein Attest vorlegen, aus dem hervorgeht, dass aus medizinischen Gründen eine Impfung gegen das Coronavirus nicht möglich war (§ 20a IfSG; SächsCoronaSchVO vom 31.03.2022). Im Zusammenhang mit der einrichtungsbezogenen Impfpflicht stehen auch Berufsausstiege aus dem pflegerischen Setting. Hiervon ist besonders die ambulante Pflege betroffen, wobei hier ein Rückgang der Pflegekräfte von bis zu 19,9 % erwartet wird. Die Versorgungslücken werden insbesondere in den östlichen Bundesländern erwartet (Gräske & Forbrig, 2022).

Gepägt von der pandemischen Situation und den damit verbundenen Schutzmaßnahmen hat sich die tägliche Arbeit der haupt- und ehrenamtlichen Helfer und Helferinnen verändert. Palliativdienste und ambulante Teams mussten Patienten- und Patientinnenkontakte deutlich reduzieren oder vollkommen einstellen (Baumann & Büssing, 2022). Gemäß Erfahrungsberichten ehrenamtlich tätiger Personen wurden persönliche Kontakte im Rahmen der ambulanten Hospizarbeit (u. a. Sterbebegleitungen) zum Schutz von Patienten und Patientinnen und Ehrenamtlichen häufig reduziert und Begleitungen/Kontakte vermehrt per Telefon, E-Mail oder Briefe aufrecht erhalten (Pfeiffersche Stiftungen, o. J.). Auch hatte sich nicht nur die tägliche Arbeit im gesundheitlichen Setting verändert, sondern zudem Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen. Aus- und Weiterbildungsangebote konnten aufgrund hoher Inzidenzen und dem pandemischen Geschehen zeitweise nur online stattfinden. Als die Durchführung von Aus- und Weiterbildungsangeboten im Frühjahr 2021 wieder in Präsenz möglich war, wurden hierbei Schutzmaßnahmen wie die Masken- und Testpflicht auferlegt (SächsCoronaSchVO vom 10.06.2021; SächsCoronaSchVO vom 24.08.2021; SächsCoronaSchVO vom 30.10.2020).

Aufgrund des diffusen pandemischen Geschehens wurden durch die Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 114 Absatz 2a SGB XI auch Aktualisierungen der Qualitätsprüfungen von Pflegeheimen vorgenommen. Weist eine Einrichtung beispielsweise ein erhöhtes Infektionsgeschehen auf, finden hier grundsätzlich keine Regel- und Wiederholungsprüfungen statt und werden zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt. Anlassprüfungen hingegen sind zu jeder Zeit möglich, bei Bedarf auch in Einrichtungen mit einem Infektionsgeschehen (GKV Spitzenverband, 2022b).

## 4. Bestandsaufnahme der Hospiz- und Palliativversorgung

Für die Erstellung der Bestandsaufnahme der hospizlich-palliativen Leistungserbringenden sowie der Bedarfsanalysen (siehe Kapitel 5.1) fanden Datensammlungen Verwendung, die durch das SMS zur Verfügung gestellt wurden (SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c). Diese beziehen zusätzlich auch Datenauswertungen und Berichte mit ein, welche durch die LDS sowie die AOK Plus zugearbeitet wurden.<sup>10</sup> Tabelle 1 umfasst den aktuellen Stand der sächsischen Versorgungsangebote im ambulanten und stationären Bereich.

**Tabelle 1: Aktuelle Palliativ- und Hospizangebote in Sachsen**

Bereich	Palliativversorgung	Hospizversorgung
<b>Ambulant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 17<sup>11</sup> bzw. 15<sup>12</sup> Teams für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)</li> <li>▪ 1 Team für spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 49 ambulante Hospizdienste (AHD)</li> <li>▪ 6 ambulante Kinderhospizdienste (AKHD)</li> </ul>
<b>Stationär</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 34 Palliativstationen (262 Betten)<sup>13</sup> 25 palliativmedizinische Konsiliardienste in Krankenhäusern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 14 Hospize (167 Betten)</li> <li>▪ 1 Kinderhospiz (10 Betten)</li> </ul>

Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

<sup>10</sup> Diese wurden bspw. im Rahmen der Berichterstattung zur Förderung von AHD erstellt.

<sup>11</sup> Anzahl nach Versorgungsregion der SAPV-Teams.

<sup>12</sup> Anzahl nach kassenübergreifenden Verträgen für SAPV-Teams in Sachsen.

<sup>13</sup> Abweichend zur Hospizstudie 2017 wurde für die Darstellung des aktuellen Standes der im Freistaat Sachsen vorgehaltenen Palliativbetten nicht auf die aktuelle Fassung des Krankenhausplanes des Freistaates Sachsen zurückgegriffen, sondern auf, vom SMS zur Verfügung gestellte, Daten einer Umfrage aus dem Jahr 2021 (Selbstangaben der Krankenhäuser). Grund hierfür ist, dass, abweichend von der vorherigen Fassung, in der 12. Fortschreibung des Krankenhausplanes keine Angaben zu den jeweils vorgehaltenen Palliativbetten hinterlegt sind. 19 der 34 Krankenhäuser mit Selbstangabe einer Palliativstation weisen im Jahr 2020 Fälle im Rahmen der OPS 8-98e auf (169 Betten).



Darüber hinaus wurden zudem Bevölkerungsdaten und Statistiken der Sterbefälle für das Jahr 2020 verwendet. Im Freistaat Sachsen verstarben in diesem Betrachtungsjahr 62.092 Personen (Destatis, 2022b). Die relevanten Daten mussten stratifiziert nach Altersgruppen (Kinder und Jugendliche; Erwachsene) auf Landkreisebene vorliegen. Hierfür wurde jeweils auf das Datenmaterial der Regionaldatenbank Deutschland zurückgegriffen. In Bezug auf die Statistik der Sterbefälle mussten hierfür folgende methodische Probleme berücksichtigt werden:

1. Für Verstorbene in den Altersgruppen unter 30 Jahren lagen auf Landkreisebene vereinzelt unvollständige Daten vor, da Werte kleiner 3 regionenspezifisch zensiert werden. Vollständig liegt die Anzahl Verstorbener nur gesamthaft aggregiert für Sachsen vor. Im Vergleich dazu ergab die altersspezifische Spaltensummierung eine Abweichung von  $n = 54$ . Dieser Problematik wurde sich angenähert, indem zunächst je Landkreis die Anzahl an fehlenden Werten im Vergleich zu der über alle Altersgruppen aggregierten Anzahl an Verstorbenen berechnet wurde. Für die je nach Landkreis unterschiedlichen Altersgruppen, in denen unvollständige Werte vorlagen, wurde im zweiten Schritt die Gesamtanzahl an Verstorbenen in Sachsen berechnet (Bsp.: Summe der Verstorbenen in den Altersgruppen bis 1 Jahr sowie im Alter von 1 bis unter 15). Das bundeslandweite Verhältnis Verstorbener in den entsprechenden Altersgruppen wurde anschließend für die Abschätzung der je Landkreis und Altersgruppe fehlenden Werte herangezogen. Anhand dieser Berechnungen wurden im letzten Schritt die landkreisspezifisch fehlenden Werte den jeweiligen Altersgruppen anteilig zugeordnet.
2. Für die Berechnungen ist eine Differenzierung der Verstorbenen in Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene notwendig. In der Statistik der Sterbefälle liegen die hierfür benötigten Informationen nicht in der erforderlichen Stratifizierung vor, da Verstorbene im Alter von 15 bis unter 25 Jahren in einer Kategorie zusammengefasst wurden. Um diese Alterskategorie für den Studienzweck zu zerlegen, wurde die Verteilung der Bevölkerung 2020 in diesen Altersgruppen herangezogen. Entsprechend wurde der Anteil an Personen im Alter 15 bis unter 18 Jahren an der Gesamtbevölkerung im Alter 15 bis unter 25 Jahren (Altersgruppe in Statistik der Verstorbenen) landkreisspezifisch berechnet. Auf Basis des identifizierten Anteils wurde die jeweils hinterlegte Anzahl an Verstorbenen in der Altersgruppe "15 bis unter 25 Jahre" aufgeteilt.
3. Für das Jahr 2020 wurde in Sachsen, im Vergleich zu dem Durchschnitt der Jahre 2015 – 2019, ein Anstieg der Sterbefälle registriert. Der Anstieg variierte dabei zwischen 3,6 % (Landkreis Leipzig) und 20,6 % (Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge). Auch wenn für das Jahr 2021 ebenfalls eine Übersterblichkeit in Sachsen ausgewiesen wurde (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a, 2022a), so ist zu vermuten, dass dieser Trend über die nächsten Jahre wieder rückläufig ist. Da die kreisspezifischen Sterbefälle u. a. für die Berechnungen im Rahmen der Bedarfsanalysen (Sollwerte im Status quo) verwendet werden, welche wiederum u. a. als Diskussionsgrundlagen im Rahmen der Planung hospizlich-palliativer Versorgungsangebote für nachfolgende Jahre herangezogen werden können, wurden die Sterbefälle von Personen im Alter von 18 Jahren und älter gemäß der landkreisspezifisch ausgewiesenen Übersterblichkeit adjustiert, um robustere Werte ausweisen zu können. Die Berechnungen im Rahmen der Bestandsaufnahme sowie des Bedarfes im Status quo berücksichtigen, wenn nicht anders angegeben, ausschließlich die adjustierten Sterbefälle in Sachsen.

## 4.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

In Bezug auf die im Freistaat Sachsen vorgehaltenen ambulanten Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung besteht im Jahr 2021 ein ähnlich umfangreiches Angebot wie im Jahr 2017. Für den Bereich der ambulanten Hospizdienste kann eine Änderung dahingehend konstatiert

werden, dass ein zusätzlicher Dienst seine Arbeit aufgenommen hat. Darüber hinaus wurde im Jahr 2022 der Vertrag mit einem SAPV-Team in Bautzen gekündigt. Tabelle 2 gibt auf Basis der Anzahl an Diensten sowie der Bevölkerung und der Sterbefälle in Relation zu der Anzahl an Diensten pro Landkreis einen Überblick über das ambulante Versorgungsangebot, differenziert nach Landkreisen und kreisfreien Städten. Nicht berücksichtigt ist hierbei die jeweilige Personalausstattung der Dienste.

**Tabelle 2: Ambulante Dienste der Palliativ- und Hospizversorgung im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2021**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Anzahl Dienste				Bevölkerung (in 1.000) je Dienst				Sterbefälle je Dienst			
	AHD	SAPV VR*	SAPV Ver- trag (Stan- dort)	Allg. Pfle- ge- dienst e	AHD	SAPV VR	SAPV Ver- trag (Stan- dort)	Allg. Pfle- ge- dienst e	AHD	SAPV VR	SAPV Ver- trag (Stan- dort)	Allg. Pfle- ge- dienst e
<b>Chemnitz, Stadt</b>	3	1	1	69	81	244	244	4	1.116	3.349	3.349	49
<b>Erzgebirgs- kreis</b>	7	1	1	113	47	332	332	3	712	4.983	4.983	44
<b>Mittelsachs- en</b>	7	1	1	101	43	301	301	3	632	4.422	4.422	44
<b>Vogtlandkr- eis</b>	4	1	1	83	56	224	224	3	912	3.650	3.650	44
<b>Zwickau</b>	5	1	1	115	62	312	312	3	1.003	5.015	5.015	44
<b>Dresden, Stadt</b>	5	3	4	116	111	185	139	5	1.064	1.774	1.330	46
<b>Bautzen</b>	5	1	1	88	60	298	298	3	827	4.135	4.135	47
<b>Görlitz</b>	5	2	2	94	50	125	125	3	778	1.945	1.945	41
<b>Meißen</b>	2	1	0	85	120	240	-	3	1.565	3.130	-	37
<b>Sächs. Schweiz/Os- terzgebirge</b>	3	1	0	62	82	245	-	4	1.093	3.278	-	53
<b>Leipzig, Stadt</b>	2	2	2	130	299	299	299	5	3.116	3.116	3.116	48
<b>Landkreis Leipzig</b>	3	2	2	80	86	129	129	3	1.172	1.758	1.758	44
<b>Nordsachs- en</b>	4	1	0	64	49	197	-	3	679	2.715	-	42
<b>Sachsen</b>	<b>55</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>1.200</b>	<b>74</b>	<b>225</b>	<b>254</b>	<b>3</b>	<b>975</b>	<b>2.980</b>	<b>3.352</b>	<b>45</b>

Quellen: Eigene Darstellung und Berechnung nach Destatis, 2022a; LVHP, o. J., o. J.; SMS, 2022a, o. J.; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a. Anmerkung: \*VR = Versorgungsregion.

#### 4.1.1 Ambulante Hospizdienste

In Sachsen existieren im Jahr 2021 insgesamt 55 AHD, 2017 waren es noch 54 (vgl. Tabelle 3). Von den 55 Diensten fokussieren 49 die Begleitung von Erwachsenen und 6 die Begleitung von Kindern und Jugendlichen. Die regionale Verteilung der AHD für Erwachsene ist vergleichbar mit jener im Jahr 2017, wobei der Erzgebirgskreis und der Landkreis Mittelsachsen mit 7 Diensten die höchste Anzahl aufweisen. In den kreisfreien Städten Chemnitz und Leipzig sowie den Landkreisen Meißen und Leipzig sind hingegen nur jeweils 2 Dienste tätig. Die absolute Anzahl

an AKHD ist im Vergleich zu 2017 unverändert, jedoch hat sich die regionale Verteilung geändert. So existiert im Erzgebirgskreis kein Dienst mehr (vormals 2), dafür ist im Jahr 2021 jeweils 1 Dienst im Vogtlandkreis sowie im Landkreis Zwickau hinzugekommen.

**Tabelle 3: Ambulante Hospizdienste im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2017 und 2021**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Ambulante Hospizdienste		Ambulante Kinderhospizdienste	
	2017	2021	2017	2021
Chemnitz, Stadt	2	2	1	1
Erzgebirgskreis	7	7	2	0
Mittelsachsen	6	7	0	0
Vogtlandkreis	3	3	0	1
Zwickau	4	4	0	1
Dresden, Stadt	4	4	1	1
Bautzen	5	5	0	0
Görlitz	4	4	1	1
Meißen	2	2	0	0
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	3	3	0	0
Leipzig, Stadt	2	2	0	0
Landkreis Leipzig	2	2	1	1
Nordsachsen	4	4	0	0
<b>Sachsen</b>	<b>48</b>	<b>49</b>	<b>6</b>	<b>6</b>

Quelle: Weinhold et al., 2018; SMS, 2022a.

Im Jahr 2021 standen in Sachsen 2.051 einsatzbereite Ehrenamtliche zur Begleitung sterbender Erwachsener zur Verfügung (im Mittel circa 42 pro Dienst) und es wurden insgesamt 2.836 (adjustiert: 2.452) Sterbebegleitungen abgeschlossen (vgl. Tabelle 4). Absolut verfügte der Erzgebirgskreis über die größte Anzahl an Ehrenamtlichen und die meisten Sterbebegleitungen. Der Anteil an Sterbebegleitungen je ehrenamtlich tätiger Person war am höchsten im Landkreis Leipzig.

**Tabelle 4: Anzahl von Ehrenamtlichen und Sterbebegleitungen in ambulanten Hospizdiensten für Erwachsene im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2021**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Anzahl AHD 2021	Ehrenamtliche		Abgeschlossene Sterbebegleitungen				Anteil Verstorbene begleitet <sup>b</sup> (%)	Anteil Verstorbene begleitet (adjustiert) <sup>c</sup> (%)
		Absolut	Je AHD	Anzahl	Anzahl (adjustiert) <sup>a</sup>	Je Ehrenamtlichen	Je Ehrenamtlichen (adjustiert)		
<b>Chemnitz, Stadt</b>	2	121	60,5	188	160	1,6	1,3	5,6	4,8
<b>Erzgebirgskreis</b>	7	309	44,1	425	359	1,4	1,2	8,5	7,2
<b>Mittelsachsen</b>	7	133	19,0	233	200	1,8	1,5	5,3	4,5
<b>Vogtlandkreis</b>	3	146	48,7	200	179	1,4	1,2	5,5	4,9
<b>Zwickau</b>	4	214	53,5	323	276	1,5	1,3	6,5	5,5
<b>Dresden, Stadt</b>	4	283	70,8	303	261	1,1	0,9	5,7	4,9
<b>Bautzen</b>	5	166	33,2	195	164	1,2	1,0	4,7	4,0
<b>Görlitz</b>	4	170	42,5	176	142	1,0	0,8	4,5	3,7
<b>Meißen</b>	2	103	51,5	159	127	1,5	1,2	5,1	4,1
<b>Sächs. Schweiz/Osterzgebirge</b>	3	81	27,0	84	67	1,0	0,8	2,6	2,0
<b>Leipzig, Stadt</b>	2	134	67,0	256	241	1,9	1,8	4,1	3,9
<b>Landkreis Leipzig</b>	2	75	37,5	168	162	2,2	2,2	4,8	4,6
<b>Nordsachsen</b>	4	116	29,0	126	114	1,1	1,0	4,7	4,2
<b>Sachsen</b>	<b>49</b>	<b>2.051</b>	<b>41,9</b>	<b>2.836</b>	<b>2.452</b>	<b>1,4</b>	<b>1,2</b>	<b>5,3</b>	<b>4,6</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Destatis, 2022a, 2022b; SMS, 2022a; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a. Anmerkungen: <sup>a</sup>Anzahl adjustiert gemäß Übersterblichkeit; <sup>b</sup>Anteil der gestorbenen Erwachsenen mit AHD-Begleitung an gestorbenen Erwachsenen je Landkreis insgesamt (adjustierte Sterbefälle); <sup>c</sup>Anteil der gestorbenen Erwachsenen mit AHD-Begleitung (adjustiert gemäß Übersterblichkeit) an gestorbenen Erwachsenen je Landkreis insgesamt (adjustierte Sterbefälle).

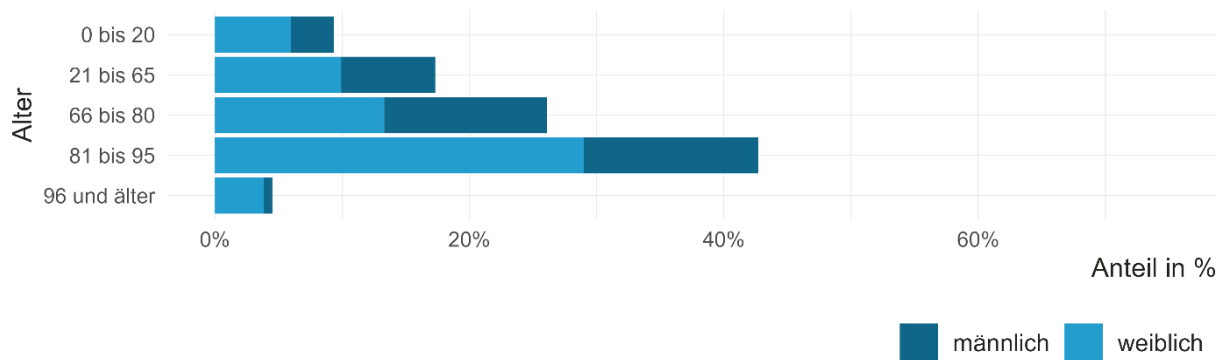
Aktuell existieren im Freistaat Sachsen 6 ambulante Kinderhospizdienste mit insgesamt 220 Ehrenamtlichen, welche im Jahr 2020 135 Sterbebegleitungen durchgeführt haben. Die Standorte der Dienste sowie die regionale Zuordnung der Ehrenamtlichen und der Sterbebegleitungen kann Tabelle 5 entnommen werden. Ein sächsischer Kinderhospizdienst verfügt im Durchschnitt über 36,7 Ehrenamtliche.

**Tabelle 5: Anzahl von Ehrenamtlichen und Sterbebegleitungen in ambulanten Hospizdiensten für Kinder und Jugendliche im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2021**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Anzahl AKHD 2021	Ehrenamtliche		Sterbebegleitungen	
		Absolut	Je AKHD	Absolut	Je Ehrenamtlichen
<b>Chemnitz, Stadt</b>	1	51	51	30	0,6
<b>Erzgebirgskreis</b>	0	0	-	0	-
<b>Mittelsachsen</b>	0	0	-	0	-
<b>Vogtlandkreis</b>	1	13	13	9	0,7
<b>Zwickau</b>	1	43	43	26	0,6
<b>Dresden, Stadt</b>	1	54	54	31	0,6
<b>Bautzen</b>	0	0	-	0	-
<b>Görlitz</b>	1	19	19	7	0,4
<b>Meißen</b>	0	0	-	0	-
<b>Sächs. Schweiz/Osterzgebirge</b>	0	0	-	0	-
<b>Leipzig, Stadt</b>	0	0	-	0	-
<b>Landkreis Leipzig</b>	1	40	40	32	0,8
<b>Nordsachsen</b>	0	0	-	0	-
<b>Sachsen</b>	<b>6</b>	<b>220</b>	<b>36,7</b>	<b>135</b>	<b>0,6</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach SMS, 2022a.

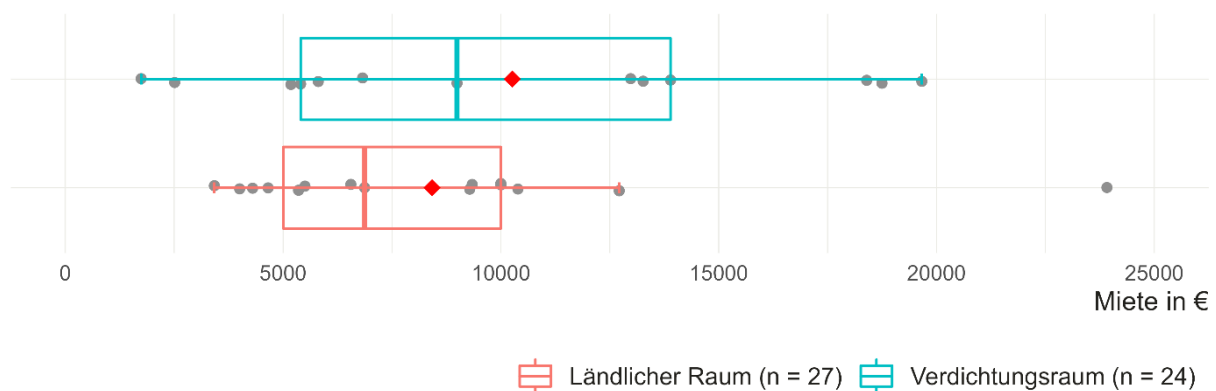
Ambulante Hospizdienste, die die Landesförderung gemäß RL Gesundheit und Versorgung (Teil 2B: Hospiz- und Palliativversorgung) erhalten, leisten eine Berichterstattung im Rahmen der jährlichen Verwendungsnachweisprüfung. Die hierin enthaltenen Angaben dienen als Datengrundlage für die Abbildung 1 (SMS, 2022a), welche durch AHD betreute Personen nach Altersgruppen im Jahr 2020 darstellt. Dabei zeigt sich zunächst, dass ein Großteil der betreuten Personen weiblich ist und dem Altersbereich von 66 bis 95 Jahren zugehörig ist. Circa 43 % der insgesamt 2.217 betreuten Personen werden in stationären Einrichtungen betreut.



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der LDS-Berichterstattung zur Verwendungsnachweisprüfung RL Gesundheit und Versorgung

**Abbildung 1: Durch AHD betreute Personen nach Altersgruppen im Freistaat Sachsen, 2020**

Abbildung 2 (SMS, 2022a) stellt die Mietkosten der nach RL Gesundheit und Versorgung geförderten AHD getrennt nach ländlichem Raum und Verdichtungsraum dar. Für im Verdichtungsraum verortete AHD zeigen sich hierbei höhere Kosten (Mittelwert = 11.333 €) als für AHD mit Standort im ländlichen Raum (Mittelwert = 8.420 €).



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der LDS-Berichterstattung zur Verwendungsnachweisprüfung RL Gesundheit und Versorgung

**Abbildung 2: Mietkosten der AHD nach Raumkategorie im Freistaat Sachsen, 2020**

#### 4.1.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Tabelle 6 stellt den aktuellen Stand der SAPV und der SAPPV, differenziert nach jeweiliger Versorgungsregion und Vertragsstandort, im Freistaat Sachsen dar. Aktuell liegen für Sachsen 16 kassenübergreifende Verträge für SAP(P)V-Teams vor, wobei diese Teams z. T. auch Regionen außerhalb ihres Landkreises gemäß Vertragsstandort) versorgen. Wie bereits im Jahr 2017 ist unter Berücksichtigung der jeweiligen Versorgungsregion(en) in jedem Landkreis mindestens 1 SAPV-Team aktiv, wobei jedoch ein Rückgang dahingehend zu verzeichnen ist, dass

in den Landkreisen Mittelsachsen und Bautzen jeweils, anstatt 2 SAPV-Teams im Jahr 2017, nur 1 SAPV-Team tätig ist. In Hinblick auf die gesamthafte Anzahl ist eine Reduktion um 1 Team zu verzeichnen. Existierten im Jahr 2017 noch 3 Teams, die mehrere Landkreise versorgten, so sind aktuell 2 SAPV-Teams in mehr als einem Landkreis tätig.

Wie bereits im Jahr 2017 ist im Bundesland lediglich 1 SAPPV-Team (in Dresden) angesiedelt, welches für den gesamten Freistaat Sachsen zuständig ist.

**Tabelle 6: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2017 und 2021**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung			Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung	
	2017	2021 nach VR	2021 nach Vertrag (Standort)	2017	2021
Chemnitz, Stadt	1	1	1	0	0
Erzgebirgskreis	1	1	1	0	0
Mittelsachsen	2	1	1	0	0
Vogtlandkreis	1	1	1	0	0
Zwickau	1	1	1	0	0
Dresden, Stadt	2	2	3	1	1
Bautzen	2	1	1	0	0
Görlitz	2	2	2	0	0
Meißen	1	1	0	0	0
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	1	1	0	0	0
Leipzig, Stadt	2	2	2	0	0
Landkreis Leipzig	2	2	2	0	0
Nordsachsen	1	1	0	0	0
<b>Sachsen</b>	<b>16 (19)*</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Quelle: Weinhold et al., 2018; LVHP, o. J. Anmerkung: \*Als Summe über die Landkreise und kreisfreien Städte ergeben sich 19 Leistungserbringende. Auf Landesebene existieren jedoch nur 16 SAPV-Teams, da 3 Teams jeweils 2 Landkreise versorgen. VR = Versorgungsregion.

Tabelle 7 stellt die je Landkreis bzw. kreisfreie Stadt abgeschlossenen Versorgung von verstorbenen Erwachsenen durch SAPV-Teams absolut sowie in Relation zu den insgesamt je Landkreis Verstorbenen dar. Die absolute Anzahl an abgeschlossenen Versorgung wird zudem adjustiert (in Bezug auf die für das Jahr 2020 in Sachsen ausgewiesene Übersterblichkeit, s. Kapitel 4) dargestellt. Datengrundlage hierfür sind anonymisierte Abrechnungsdaten der AOK PLUS für das Jahr 2020, die mit einem Anpassungsfaktor (s. Kapitel 2) adjustiert wurden. Berücksichtigt wurden hierbei ausschließlich Verstorbene, die in einem Zeitraum von 1 Jahr vor Versterben eine Versorgung durch ein SAPV-Team erhielten. Die regionale Zuordnung basiert hierbei jeweils auf dem Landkreis, in dem die Verstorbenen ihren Wohnsitz hatten.

10,2 % aller in Sachsen verstorbenen Erwachsenen im Jahr 2020 erhielten eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Regional differenziert zeigt sich der höchste Anteil an Verstorbenen mit SAPV-Versorgung im Vogtlandkreis (17,3 %), wohingegen im Landkreis Nordsachsen nur 4,3 % aller verstorbenen Erwachsenen eine Versorgung durch ein SAPV-Team erhielten.

**Tabelle 7: Anzahl von spezialisiert ambulant versorgten Verstorbenen in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	abgeschlossene Versorgung <sup>a</sup>	abgeschlossene Versorgung (adjustiert <sup>b</sup> )	Anteil der gestorbenen Erwachsenen mit SAPV an gestorbenen Erwachsenen insg. (%)
<b>Chemnitz, Stadt</b>	430	367	11,0
<b>Erzgebirgskreis</b>	825	696	14,0
<b>Mittelsachsen</b>	518	445	10,1
<b>Vogtlandkreis</b>	700	628	17,3
<b>Zwickau</b>	397	339	6,8
<b>Dresden, Stadt</b>	628	542	10,2
<b>Bautzen</b>	337	284	6,9
<b>Görlitz</b>	496	402	10,3
<b>Meißen</b>	348	278	8,9
<b>Sächs. Schweiz/Osterzgebirge</b>	246	196	6,0
<b>Leipzig, Stadt</b>	754	711	11,4
<b>Landkreis Leipzig</b>	535	516	14,7
<b>Nordsachsen</b>	127	115	4,3
<b>Sachsen</b>	<b>6.341</b>	<b>5.516</b>	<b>10,2</b>

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS, 2022; Destatis, 2022b; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a. Anmerkungen: <sup>a</sup>SAPV in einem Zeitraum von einem Jahr vor Versterben; <sup>b</sup>Adjustiert bzgl. Übersterblichkeit in Sachsen im Jahr 2020.

### 4.1.3 Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Auf Basis anonymisierter Abrechnungsdaten der AOK PLUS aus dem Jahr 2020 sowie des in Kapitel 2 beschriebenen Anpassungsfaktors wurde die Häufigkeit abgerechneter palliativmedizinischer Gebührenordnungspositionen ermittelt. Hausärzte und -ärztinnen sowie Kinderärzte und -ärztinnen sind dabei ein wesentlicher Bestandteil der palliativmedizinischen Basisversorgung: So ließ sich anhand der AOK-Daten für ca. 80 % der in Sachsen niedergelassenen Hausärzte und -ärztinnen die Abrechnung palliativmedizinischer Leistungen feststellen. Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurden von knapp 4 % der Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung abgerechnet



Tabelle 8 stellt je Landkreis beziehungsweise kreisfreie Stadt die Anzahl der Erwachsenen mit abgerechneter palliativmedizinischer GOP sowie den Anteil der Erwachsenen mit einer AAPV-Leistung an Verstorbenen im Jahr 2020 dar. Hinsichtlich der Verstorbenen wurden sowohl die registrierten Sterbefälle als auch die in Bezug auf die für das Jahr 2020 in Sachsen ausgewiesene Übersterblichkeit adjustierten Sterbefälle berücksichtigt. Dabei erfolgte die regionale Zuordnung anhand des Sitzes der Leistungserbringenden.

Für Sachsen wurde im Jahr 2020 insgesamt bei 11.524 Erwachsenen eine palliativmedizinische Ersterhebung (GOP 03370) durchgeführt, was einem Anteil von 21,5 % an allen Verstorbenen in Sachsen im Jahr 2020 entspricht. Dieser Wert differiert regional zwischen 37,4 % im Landkreis Meißen und 14,0 % im Landkreis Zwickau. Der Anteil an abgerechneter GOP 03771 (Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung der Patienten und Patientinnen in der ärztlichen Praxis) variiert zwischen 24,9 % im Landkreis Meißen und 6,2 % in der kreisfreien Stadt Chemnitz. Für den Anteil an abgerechneter GOP 03772 (Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit) zeigt sich eine Variation zwischen 23,4 % im Landkreis Meißen und 9,4 % im Erzgebirgskreis.

Der Anteil an abgerechneter GOP 03773 (Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit) variiert zwischen 8,2 % im Landkreis Leipzig und 2,5 % im Vogtlandkreis.

**Tabelle 8: Erwachsene mit von Hausärzten und -ärztinnen erbrachter allgemeiner ambulanter Palliativversorgung in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020, absolut und relativ an den gestorbenen Erwachsenen des Jahres 2020**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Hausärzte und -ärztinnen		Ersterhebung (GOP 03370)	Betreuung in der ärztlichen Praxis (GOP 03371)	Betreuung in der Häuslichkeit (GOP 03372)	Betreuung in der Häuslichkeit (GOP 03373)
	absolut	Je 100 Verstorbene (adj.)				
<b>Chemnitz, Stadt</b>	96	2,9	609 (15,6 %; 18,2 %)	207 (5,3 %; 6,2 %)	431 (11,0 %; 12,9 %)	154 (3,9 %; 4,6 %)
<b>Erzgebirgskreis</b>	129	2,6	820 (13,9 %; 16,5 %)	669 (11,4 %; 13,5 %)	469 (8,0 %; 9,4 %)	166 (2,8 %; 3,3 %)
<b>Mittelsachsen</b>	133	3,0	829 (16,1 %; 18,8 %)	592 (11,5 %; 13,4 %)	577 (11,2 %; 13,1 %)	204 (4,0 %; 4,6 %)
<b>Vogtlandkreis</b>	99	2,7	570 (14,1 %; 15,7 %)	602 (14,8 %; 16,5 %)	399 (9,8 %; 11,0 %)	91 (2,2 %; 2,5 %)
<b>Zwickau</b>	136	2,7	698 (11,9 %; 14,0 %)	398 (6,8 %; 8,0 %)	510 (8,7 %; 10,2 %)	176 (3,0 %; 3,5 %)
<b>Dresden, Stadt</b>	228	4,3	1.157 (18,8 %; 21,8 %)	786 (12,8 %; 14,8 %)	938 (15,3 %; 17,7 %)	271 (4,4 %; 5,1 %)

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Hausärzte und -ärztinnen		Ersterhebung (GOP 03370)	Betreuung in der ärztlichen Praxis (GOP 03371)	Betreuung in der Häuslichkeit (GOP 03372)	Betreuung in der Häuslichkeit (GOP 03373)
<b>Bautzen</b>	144	3,5	753 (15,4 %; 18,2 %)	629 (12,8 %; 15,2 %)	622 (12,7 %; 15,1 %)	285 (5,8 %; 6,9 %)
<b>Görlitz</b>	113	2,9	1.096 (22,8 %; 28,2 %)	838 (17,5 %; 21,6 %)	611 (12,7 %; 15,7 %)	205 (4,3 %; 5,3 %)
<b>Meißen</b>	99	3,2	1.169 (29,9 %; 37,4 %)	777 (19,9 %; 24,9 %)	729 (18,7 %; 23,4 %)	200 (5,1 %; 6,4 %)
<b>Sächs. Schweiz/Osterzgebirge</b>	103	3,1	1.072 (26,0 %; 32,8 %)	693 (16,8 %; 21,2 %)	681 (16,5 %; 20,8 %)	243 (5,9 %; 7,4 %)
<b>Leipzig, Stadt</b>	278	4,5	1.403 (21,3 %; 22,6 %)	798 (12,1 %; 12,8 %)	1.000 (15,2 %; 16,1 %)	294 (4,5 %; 4,7 %)
<b>Landkreis Leipzig</b>	138	3,9	727 (20,0 %; 20,7 %)	689 (18,9 %; 19,7 %)	702 (19,3 %; 20,0 %)	289 (8,0 %; 8,2 %)
<b>Nordsachsen</b>	94	3,5	621 (20,8 %; 23,0 %)	509 (17,0 %; 18,8 %)	376 (12,6 %; 13,9 %)	147 (4,9 %; 5,4 %)
<b>Sachsen</b>	<b>1.790</b>	<b>3,3</b>	<b>11.524</b> <b>(18,6 %; 21,5 %)</b>	<b>8.187</b> <b>(13,2 %; 15,3 %)</b>	<b>8.045</b> <b>(13,0 %; 15,0 %)</b>	<b>2.725</b> <b>(4,4 %; 5,1 %)</b>

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS, 2022; Destatis, 2022b; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a, 2022b. Anmerkung: Erwachsene mit Leistung in Relation zu den verstorbenen Erwachsenen in Klammern (unadjustiert; adjustiert bzgl. Übersterblichkeit in Sachsen im Jahr 2020).

Tabelle 9 gibt die Anzahl an Kindern und Jugendlichen an, bei denen Kinderärzte und -ärztinnen im Jahr 2020 allgemeine ambulante Palliativleistungen abrechneten, sowie der Anteil dieser an den im Jahr 2020 gestorbenen Kindern und Jugendlichen.

Eine palliativmedizinische Ersterhebung (GOP 04370) wurde im Jahr 2020 bei 36 Kindern und Jugendlichen in Sachsen durchgeführt. Hinsichtlich des Ortes der Betreuung zeigt sich eine Tendenz hinsichtlich der Betreuung in der ärztlichen Praxis (n = 58).

**Tabelle 9: Kinder und Jugendliche mit von Kinderärzten und -ärztinnen erbrachter allgemeiner ambulanter Palliativversorgung in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020, absolut und relativ an den gestorbenen Kindern und Jugendlichen des Jahres 2020**

Landkreis/ Stadt	kreisfreie	Kinderärzte und -ärztinnen		Ersterhe- bung (GOP 04370)	Betreuung in der ärztlichen Praxis (GOP 04371)	Betreuung in der Häuslichkeit (GOP 04372)	Betreuung in der Häuslichkeit (GOP 04373)
		abso- lut	Je Verstor- bene				
<b>Chemnitz, Stadt</b>		27	3,3	2 (25,0 %)	2 (25,0 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
<b>Erzgebirgskreis</b>		26	2,2	2 (16,7 %)	14 (116,7)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
<b>Mittelsachsen</b>		25	2,6	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
<b>Vogtlandkreis</b>		16	1,9	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
<b>Zwickau</b>		22	2,5	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
<b>Dresden, Stadt</b>		72	5,6	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
<b>Bautzen</b>		22	3,3	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
<b>Görlitz</b>		17	2,7	0 (0,00 %)	3 (50,0 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
<b>Meißen</b>		22	2,7	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
<b>Sächs. Schweiz/Osterz- gebirge</b>		19	3,4	0 (0,00 %)	3 (50,0 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
<b>Leipzig, Stadt</b>		76	4,5	17 (100,0 %)	26 (152,9 %)	17 (100,0 %)	0 (0,00 %)
<b>Landkreis Leipzig</b>		21	2,1	15 (150,0 %)	10 (100,0 %)	5 (50,0 %)	5 (50,0 %)
<b>Nordsachsen</b>		17	1,6	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
<b>Sachsen</b>		<b>382</b>	<b>3,1</b>	<b>36 (29,0 %)</b>	<b>58 (46,8 %)</b>	<b>22 (17,7 %)</b>	<b>5 (4,0 %)</b>

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS, 2022; Destatis, 2022b; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2022b. Anmerkung: Kinder und Jugendliche mit Leistung in Relation zu den verstorbenen Kindern und Jugendlichen in Klammern.

#### 4.1.4 Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung

Gemäß den Angaben im KBV-Qualitätsbericht 2021 gab es im Jahr 2020 (Stand 31.12.2020) in Sachsen 136 Ärzte und Ärztinnen mit der Genehmigung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung und somit 9 Ärzte und Ärztinnen mehr als noch im Vorjahr (KBV, 2021).

Tabelle 10 stellt die von Hausärzten und -ärztinnen erbrachten Leistungen im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung absolut und relativ zu den je Landkreis bzw. kreisfreien Stadt verstorbenen Erwachsenen in Sachsen im Jahr 2020 dar.

Die GOP 37300 (Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan) wurde im Jahr 2020 bei insgesamt 1.977 Erwachsenen in Sachsen abgerechnet. Die GOP 37302 (Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale oder zu der GOP 25210, 25211 oder 25214 für den koordinierenden Vertragsarzt bzw. die koordinierende Vertragsärztin) wurde bei 2.036, die GOP 37305 (Zuschlag zu den GOP 01410 und 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit) bei 2.022 und die GOP 37306 (Zuschlag zu den GOP 01411, 01412 und 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit) bei 769 Erwachsenen im Jahr 2020 abgerechnet. Die GOP 37314 (Konsiliarische Erörterung Arzt bzw. Ärztin mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin) wurde bei 3, die GOP 37317 (Zuschlag zur GOP 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen) bei 1.520, die GOP 37318 (Telefonische Beratung) bei 542 und die GOP 37320 (Fallkonferenz) bei 1.721 Erwachsenen in Sachsen im Jahr 2020 abgerechnet.

**Tabelle 10: Erwachsene mit von Hausärzten und -ärztinnen erbrachter BQKPMV in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020, absolut und relativ an den gestorbenen Erwachsenen des Jahres 2020**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Hausärzte und -ärztinnen		GOP 37300	GOP 37302	GOP 37305	GOP 37306	GOP 37314	GOP 37317	GOP 37318	GOP 37320
	absolut	Je 100 Verstorbene (adj.)								
<b>Chemnitz, Stadt</b>	96	2,9	60	59	48	28	0	41	10	7
			(1,5 %; 1,8 %)	(1,5 %; 1,8 %)	(1,2 %; 1,4 %)	(0,7 %; 0,8 %)	(0,0 %; 0,0 %)	(1,1 %; 1,2 %)	(0,3 %; 0,3 %)	(0,2 %; 0,2 %)
<b>Erzgebirgskreis</b>	129	2,6	103	115	80	8	0	93	2	7
			(1,8 %; 2,1 %)	(2,0 %; 2,3 %)	(1,4 %; 1,6 %)	(0,1 %; 0,2 %)	(0,0 %; 0,0 %)	(1,6 %; 1,9 %)	(0,0 %; 0,0 %)	(0,1 %; 0,1 %)
<b>Mittelsachsen</b>	133	3,0	190	218	209	101	3	191	68	138

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Hausärzte und ärztinnen		GOP 37300	GOP 37302	GOP 37305	GOP 37306	GOP 37314	GOP 37317	GOP 37318	GOP 37320
Vogtland- kreis	99	2,7	(3,7 %; 4,3 %) 212	(4,2 %; 4,9 %) 227	(4,1 %; 4,7 %) 200	(1,9 %; 2,3 %) 81	(0,1 %; 0,1 %) 0	(3,7 %; 4,3 %) 137	(1,3 %; 1,5 %) 26	(2,7 %; 3,1 %) 131
Zwickau	136	2,7	(5,2 %; 5,8 %) 197	(5,6 %; 6,2 %) 212	(4,9 %; 5,5 %) 129	(2,0 %; 2,2 %) 126	(0,0 %; 0,0 %) 0	(3,4 %; 3,8 %) 192	(0,6 %; 0,7 %) 63	(3,2 %; 3,6 %) 251
Dres- den, Stadt	228	4,3	(3,4 %; 3,9 %) 124	(3,6 %; 4,2 %) 87	(2,2 %; 2,6 %) 94	(2,2 %; 2,5 %) 9	(0,0 %; 0,0 %) 0	(3,3 %; 3,8 %) 44	(1,1 %; 1,3 %) 48	(4,3 %; 5,0 %) 113
Bautzen	144	3,5	(2,0 %; 2,3 %) 165	(1,4 %; 1,6 %) 127	(1,5 %; 1,8 %) 86	(0,2 %; 0,2 %) 41	(0,0 %; 0,0 %) 0	(0,7 %; 0,8 %) 100	(0,8 %; 0,9 %) 5	(1,8 %; 2,1 %) 107
Görlitz	113	2,9	(3,4 %; 4,0 %) 44	(2,6 %; 3,1 %) 41	(1,8 %; 2,1 %) 99	(0,8 %; 1,0 %) 44	(0,0 %; 0,0 %) 0	(2,0 %; 2,4 %) 22	(0,1 %; 0,1 %) 2	(2,2 %; 2,6 %) 43
Meißen	99	3,2	(0,9 %; 1,1 %) 34	(0,9 %; 1,1 %) 33	(2,1 %; 2,6 %) 150	(0,9 %; 1,1 %) 15	(0,0 %; 0,0 %) 0	(0,5 %; 0,6 %) 29	(0,0 %; 0,1 %) 76	(0,9 %; 1,1 %) 130
Sächs. Schweiz /Osterz- gebirge	103	3,1	(0,9 %; 1,1 %) 204	(0,8 %; 1,1 %) 217	(3,8 %; 4,8 %) 184	(0,4 %; 0,5 %) 94	(0,0 %; 0,0 %) 0	(0,7 %; 0,9 %) 164	(1,9 %; 2,4 %) 64	(3,3 %; 4,2 %) 75
Leipzig, Stadt	278	4,5	(5,0 %; 6,2 %) 489	(5,3 %; 6,6 %) 566	(4,5 %; 5,6 %) 563	(2,3 %; 2,9 %) 175	(0,0 %; 0,0 %) 0	(4,0 %; 5,0 %) 386	(1,6 %; 2,0 %) 149	(1,8 %; 2,3 %) 618
Land- kreis Leipzig	138	3,9	(7,4 %; 7,9 %) 64	(8,6 %; 9,1 %) 54	(8,5 %; 9,1 %) 90	(2,7 %; 2,8 %) 38	(0,0 %; 0,0 %) 0	(5,9 %; 6,2 %) 45	(2,3 %; 2,4 %) 0	(9,4 %; 9,9 %) 84
Nord- sach- sen	94	3,5	(1,8 %; 1,8 %) 91	(1,5 %; 1,5 %) 80	(2,5 %; 2,6 %) 90	(1,1 %; 1,1 %) 9	(0,0 %; 0,0 %) 0	(1,2 %; 1,3 %) 76	(0,0 %; 0,0 %) 29	(2,3 %; 2,4 %) 17
			(3,1 %; 3,4 %)	(2,7 %; 3,0 %)	(3,0 %; 3,3 %)	(0,3 %; 0,3 %)	(0,0 %; 0,0 %)	(2,5 %; 2,8 %)	(1,0 %; 1,1 %)	(0,6 %; 0,6 %)
<b>Sach- sen</b>	<b>1.790</b>	<b>3,3</b>	<b>1.977</b>	<b>2.036</b>	<b>2.022</b>	<b>769</b>	<b>3</b>	<b>1.520</b>	<b>542</b>	<b>1.721</b>

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Hausärzte und ärztinnen	-	GOP 37300	GOP 37302	GOP 37305	GOP 37306	GOP 37314	GOP 37317	GOP 37318	GOP 37320
			(3,2 %; 3,7 %)	(3,3 %; 3,8 %)	(3,3 %; 3,8 %)	(1,2 %; 1,4 %)	(0,1 %; 0,1 %)	(2,5 %; 2,8 %)	(0,9 %; 1,1 %)	(2,8 %; 3,2 %)

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS, 2022; Destatis, 2022b; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a, 2022b. Anmerkung: Erwachsene mit Leistung in Relation zu den verstorbenen Erwachsenen in Klammern (unadjustiert; adjustiert bzgl. Übersterblichkeit in Sachsen im Jahr 2020).

## 4.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

Wie in Tabelle 11 aufgezeigt, verfügt Sachsen im Jahr 2021 über 15 stationäre Hospize, 34 Palliativstationen und 25 Krankenhäuser mit palliativmedizinischem Konsiliardienst. Im Jahr 2020 haben 19 der 34 Palliativstationen Leistungen gemäß OPS 8-98e erbracht.<sup>14</sup> Damit steht, wie bereits im Jahr 2017, in allen Landkreisen Sachsens mindestens eine Einrichtung der stationären Hospiz- und Palliativversorgung zur Verfügung.

<sup>14</sup> Um eine Leistung gemäß OPS 8-98e ("Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung") erbringen zu können, wird das „Vorhandensein einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten)“ (BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022) als Strukturmerkmal vorausgesetzt.

Tabelle 11: Anzahl stationärer Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten 2021

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Anzahl stationärer Einrichtungen				Bevölkerung je Einrichtung (in 1000)			
	Hospize	Palliativstationen	Palliativstationen (OPS 8-98e)	Krankenhäuser mit palliativ-med. Konsiliardienst	Hospize	Palliativstationen	Palliativstationen (OPS 8-98e)	Krankenhäuser mit palliativ-med. Konsiliardienst
Chemnitz, Stadt	1	2	2	2	244	122	122	122
Erzgebirgskreis	1	4	2	1	332	83	166	332
Mittelsachsen	2	2	0	3	151	151	-	100
Vogtlandkreis	1	3	2	1	224	75	112	224
Zwickau	1	2	1	3	312	156	312	104
Dresden, Stadt	1	4	4	1	556	139	139	556
Bautzen	1	3	0	2	298	99	-	99
Görlitz	2	3	1	2	125	84	251	125
Meißen	1	2	0	2	240	120	-	120
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	0	2	1	3	-	122	245	82
Leipzig, Stadt	2	4	3	4	299	149	199	149
Landkreis Leipzig	1	2	2	1	258	129	129	258
Nordsachsen	1	1	1	0	197	197	197	-
<b>Sachsen</b>	<b>15</b>	<b>34</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>270</b>	<b>119</b>	<b>214</b>	<b>156</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Destatis, 2022a; SMS, 2021, 2022b.

#### 4.2.1 Stationäre Hospize

Im Jahr 2021 verfügt Sachsen über 14 stationäre Hospize zur Versorgung Erwachsener mit insgesamt 167 Betten, sowie über 1 Hospiz zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen (vgl. Tabelle 12). Im Vergleich zu 2018 wurden 4 neue stationäre Hospize für Erwachsene errichtet und es stehen 44 zusätzliche Betten zur Verfügung. In der kreisfreien Stadt Leipzig sind mit einer absoluten Anzahl von 28 die meisten Betten vorhanden. Aktuell befindet sich ein weiteres Hospiz in Leipzig mit 12 geplanten Betten im Bau. Die Inbetriebnahme des Hospizes ist für Juni 2023 geplant.<sup>15</sup> Zudem ist ein weiteres Hospiz im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge in Planung.

<sup>15</sup> Weiterführende Informationen können unter <https://www.leipziger-diakonie-hospiz.de/startseite> abgerufen werden (Leipziger Diakonie Hospiz gGmbH, o. J.).

**Tabelle 12: Stationäre Hospize im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2018 und 2021**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Hospize 2018		Kinderhospize 2018		Hospize 2021		Kinderhospize 2021	
	Anzahl	Betten	Anzahl	Betten	Anzahl	Betten	Anzahl	Betten
<b>Chemnitz, Stadt</b>	1	16	0	0	1	16	0	0
<b>Erzgebirgskreis</b>	1	8	0	0	1	8	0	0
<b>Mittelsachsen</b>	2	22	0	0	2	22	0	0
<b>Vogtlandkreis</b>	1	12	0	0	1	12	0	0
<b>Zwickau</b>	1	9	0	0	1	9	0	0
<b>Dresden, Stadt</b>	0	0	0	0	1	12	0	0
<b>Bautzen</b>	0	0	0	0	1	12	0	0
<b>Görlitz</b>	1	12	0	0	2	24	0	0
<b>Meißen</b>	1	16	0	0	1	16	0	0
<b>Sächs. Schweiz/Osterzgebirge</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Leipzig, Stadt</b>	2	28	0	0	2	28	0	0
<b>Landkreis Leipzig</b>	0	0	1	10	0	0	1	10
<b>Nordsachsen</b>	0	0	0	0	1	8	0	0
<b>Sachsen</b>	<b>10</b>	<b>123</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>167</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

Quelle: Weinhold et al., 2018; SMS, 2021.

Die nachfolgende Tabelle 13 stellt die je Landkreis/kreisfreie Stadt in Sachsen verstorbenen Erwachsenen im Hospiz absolut und in Relation zu den insgesamt verstorbenen Erwachsenen in dem entsprechenden Landkreis/der kreisfreien Stadt im Jahr 2020 dar. Die regionale Zuordnung basiert hierbei auf dem Wohnsitz der verstorbenen Erwachsenen. Die absolute Anzahl wird zusätzlich adjustiert (in Bezug auf die Übersterblichkeit in Sachsen im Jahr 2020) angegeben. Darüber hinaus wird zudem der Anteil an Gestorbenen mit SAPV-Versorgung dargestellt. Die Anzahl an im Hospiz verstorbenen Erwachsenen wurde auf Basis anonymisierter Abrechnungsdaten der AOK PLUS und dem in Kapitel 2 dargestellten Anpassungsfaktor ermittelt.

Der Anteil an im Hospiz verstorbenen Erwachsenen an den insgesamt verstorbenen Erwachsenen in Sachsen beträgt 1,9 %. Dieser Wert differiert regional zwischen 1,0 % im Landkreis Meißen und 3,2 % in der kreisfreien Stadt Leipzig. 41,1 % der im Hospiz verstorbenen Erwachsenen in Sachsen wurde im Zeitraum von einem Jahr vor Versterben durch ein SAPV-Team betreut. Dieser Wert variiert zwischen 14,8 % im Landkreis Nordsachsen und 63,2 % im Landkreis Görlitz.



**Tabelle 13: Anzahl von im Hospiz verstorbenen Erwachsenen in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Anzahl der im Hospiz verstorbenen Erwachsenen	Anzahl der im Hospiz verstorbenen Erwachsenen (adjustiert <sup>a</sup> )	Anteil der im Hospiz Gestorbenen mit SAPV <sup>b</sup> (%)	Anteil der im Hospiz Gestorbenen an gestorbenen Erwachsenen insg. (%)
Chemnitz, Stadt	67	57	43,4	1,7
Erzgebirgskreis	92	78	33,7	1,6
Mittelsachsen	130	112	36,2	2,5
Vogtlandkreis	61	55	42,6	1,5
Zwickau	65	56	16,9	1,1
Dresden, Stadt	142	123	41,5	2,3
Bautzen	84	71	45,2	1,7
Görlitz	95	77	63,2	2,0
Meißen	40	32	37,5	1,0
Sächs. Schweiz/Osterg. gebirge	46	37	30,4	1,1
Leipzig, Stadt	213	201	44,1	3,2
Landkreis Leipzig	113	109	54,9	3,1
Nordsachsen	54	49	14,8	1,8
<b>Sachsen</b>	<b>1.202</b>	<b>1.057</b>	<b>41,1</b>	<b>1,9</b>

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS, 2022; Destatis, 2022b; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a. Anmerkungen: <sup>a</sup>Adjustiert bzgl. Übersterblichkeit in Sachsen im Jahr 2020; <sup>b</sup>SAPV in einem Zeitraum von einem Jahr vor Versterben.

#### 4.2.2 Teilstationäre Hospizversorgung (Tageshospize)

Aktuell existiert im Freistaat Sachsen 1 Tageshospiz (Tageshospiz „Lebensbaum“), welches sich in der kreisfreien Stadt Dresden befindet und ein Angebot des Christlichen Hospizdienstes Dresden e.V. ist. Zu berücksichtigen hierbei ist, dass sich die Angebotsstruktur von anderen teilstationären Einrichtungen der Hospizversorgung dahingehend unterscheidet, dass es sich um ein Angebot im Rahmen der ambulanten Hospizarbeit in den Räumlichkeiten des ambulanten Hospizdienstes handelt. Dieses findet in einem zeitlich begrenzten Rahmen an zwei Tagen in der Woche statt. Die Angebote umfassen u. a. psychosoziale Begleitungen sowie die Vermittlung ambulanter Hospizbegleitungen und richten sich an Patienten und Patientinnen, Trauernde sowie Angehörige.<sup>16</sup> Gefördert wird das Tageshospiz „Lebensbaum“ durch die Landeshauptstadt Dresden.

Ein weiteres Tageshospiz in Sachsen befindet sich darüber hinaus als Teil des Pilotprogramms „Sterben wo man lebt und zu Hause ist“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) noch im Bau. Es ist angebunden an das Hospiz Villa Auguste Leipzig und wird gemäß Planung über 8 Betreuungsplätze verfügen. Die Grundsteinlegung fand am 30.06.2022 statt und die Eröffnung ist für das Jahr 2024 geplant.<sup>17</sup>

<sup>16</sup> Ausführliche Informationen zu den Angeboten finden sich unter <http://hospizdienst-dresden.de/tageshospiz.html> (Christlicher Hospizdienst Dresden e.V., 2022).

<sup>17</sup> Weiterführende Informationen können unter <https://www.hospiz-villa-auguste.de/tageshospiz.html> (Villa Auguste, 2018) abgerufen werden.

### 4.2.3 Palliativstationen

Tabelle 14 gibt einen Überblick über die Entwicklung sowie regionale Verteilung der stationären Palliativversorgung im Freistaat Sachsen. Im Vergleich zum Jahr 2017 kann hierbei ein Ausbau festgestellt werden. Verfügte Sachsen im Jahr 2017 insgesamt über 30 Palliativstationen mit 243 Betten, so sind es aktuell 34 Palliativstationen, die 262 Betten vorhalten. Jeder Landkreis weist mindestens 1 Palliativstation auf. Die höchste Anzahl an Palliativstationen (n = 4) weisen der Erzgebirgskreis sowie die kreisfreien Städte Leipzig und Dresden auf, wobei letztgenannte mit n oder h = 39 die höchste Anzahl an vorgehaltenen Betten aufweist. Von den 34 Palliativstationen haben 19 im Jahr 2020 Leistungen gemäß OPS 8-98e erbracht. Vor dem Hintergrund dieser Differenzierung weist die kreisfreie Stadt Dresden die jeweils höchste Anzahl an Palliativstationen (n = 4) und Betten (n = 39) auf.

**Tabelle 14: Palliativstationen im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in den Jahren 2017 und 2021**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Palliativstationen 2017		Palliativstationen 2021			
	Anzahl	Betten	Anzahl	Betten	Anzahl (OPS 8-98e)	Betten (OPS 8-98e)
Chemnitz, Stadt	2	23	2	22	2	22
Erzgebirgskreis	2	14	4	22	2	14
Mittelsachsen	2	12	2	10	0	0
Vogtlandkreis	2	14	3	20	2	14
Zwickau	2	16	2	16	1	10
Dresden, Stadt	4	41	4	39	4	39
Bautzen	3	22	3	21	0	-
Görlitz	3	21	3	21	1	6
Meißen	2	15	2	15	0	-
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	2	13	2	15	1	9
Leipzig, Stadt	3	32	4	38	3	32
Landkreis Leipzig	2	14	2	17	2	17
Nordsachsen	1	6	1	6	1	6
<b>Sachsen</b>	<b>30</b>	<b>243</b>	<b>34</b>	<b>262</b>	<b>19</b>	<b>169</b>

Quelle: Weinhold et al., 2018; SMS, 2022b.

Auf Basis anonymisierter Abrechnungsdaten der AOK PLUS und des in Kapitel 2 dargestellten Anpassungsfaktors wird in Tabelle 15 die Anzahl der auf einer Palliativstation verstorbenen Erwachsenen in Sachsen im Jahr 2020 absolut (inkl. Adjustierung gemäß Übersterblichkeit) und im Verhältnis zu allen Verstorbenen auf Ebene der Landkreise dargestellt. Die regionale Zuordnung erfolgt auf Grundlage des Ortes, in dem die Verstorbenen ihren Wohnsitz hatten. Darüber hinaus wird zudem der Anteil der auf einer Palliativstation verstorbenen Erwachsenen mit Versorgung durch ein SAPV-Team in einem Zeitraum von einem Jahr vor Versterben abgebildet. 3,0 % der im Jahr 2020 verstorbenen Erwachsenen in Sachsen verstarben auf einer Palliativstation. Dieser Anteil differiert zwischen 0,6 % im Landkreis Meißen und 6,2 % im Vogtlandkreis. Darüber hinaus erhielten 20,7 % der auf einer Palliativstation verstorbenen Erwachsenen in Sachsen im Zeitraum von einem Jahr vor Versterben eine Versorgung durch ein SAPV-Team. Dieser Wert variiert regionalspezifisch zwischen 3,7 % in der kreisfreien Stadt Chemnitz und 54,5 % im Landkreis Meißen.

**Tabelle 15: Anzahl von auf einer Palliativstation verstorbenen Erwachsenen in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Anzahl der auf einer Palliativstation verstorbenen Erwachsenen	Anzahl der auf einer Palliativstation verstorbenen Erwachsenen (adjustiert <sup>a</sup> )	Anteil der auf einer Palliativstation Gestorbenen mit SAPV <sup>b</sup> (%)	Anteil der auf einer Palliativstation Gestorbenen an gestorbenen Erwachsenen insg. (%)
<b>Chemnitz, Stadt</b>	81	69	3,7	2,1
<b>Erzgebirgskreis</b>	66	56	12,1	1,1
<b>Mittelsachsen</b>	40	34	7,5	0,8
<b>Vogtlandkreis</b>	253	227	15,0	6,2
<b>Zwickau</b>	129	110	8,5	2,2
<b>Dresden, Stadt</b>	343	296	22,7	5,6
<b>Bautzen</b>	125	105	23,2	2,5
<b>Görlitz</b>	98	79	32,7	2,0
<b>Meißen</b>	22	18	54,5	0,6
<b>Sächs. Schweiz/Osterg. gebirge</b>	87	69	26,4	2,1
<b>Leipzig, Stadt</b>	395	372	26,1	6,0
<b>Landkreis Leipzig</b>	154	148	15,6	4,2
<b>Nordsachsen</b>	50	45	34,0	1,7
<b>Sachsen</b>	<b>1.843</b>	<b>1.628</b>	<b>20,7</b>	<b>3,0</b>

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS, 2022; Destatis, 2022b; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a. Anmerkungen: <sup>a</sup>Adjustiert bzgl. Übersterblichkeit in Sachsen im Jahr 2020; <sup>b</sup>SAPV in einem Zeitraum von einem Jahr vor Versterben.

#### 4.2.4 Palliativmedizinische Konsiliardienste im Krankenhaus

Gemäß Selbstangabe der Einrichtungen ist in 25 der 75 Krankenhäuser in Sachsen ein palliativmedizinischer Konsiliardienst tätig. Tabelle 16 zeigt die regionale Verteilung dieser für die Landkreise und kreisfreien Städte in Sachsen. Absolut verfügt die kreisfreie Stadt Leipzig mit 4 Diensten über die höchste Anzahl. Mit jeweils 66,7 % weisen die kreisfreien Städte Chemnitz und Leipzig den höchsten Anteil an Krankenhäusern auf, in denen ein palliativmedizinischer Konsiliardienst tätig ist.

**Tabelle 16: Palliativmedizinische Konsiliardienste in Krankenhäusern im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2021**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Krankenhäuser		
	Anzahl gesamt	mit palliativmedizinischem Konsiliardienst	
		Anzahl absolut	Anteil in %
Chemnitz, Stadt	3	2	66,7
Erzgebirgskreis	6	1	16,7
Mittelsachsen	7	3	42,9
Vogtlandkreis	7	1	14,3
Zwickau	6	3	50,0
Dresden, Stadt	6	1	16,7
Bautzen	7	2	28,6
Görlitz	6	2	33,3
Meißen	6	2	33,3
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	6	3	50,0
Leipzig, Stadt	6	4	66,7
Landkreis Leipzig	4	1	25,0
Nordsachsen	5	0	0,0
<b>Sachsen</b>	<b>75*</b>	<b>25</b>	<b>33,3</b>

Quelle: SMS, 2022b. Anmerkung: \*Sachsen verfügt über 78 Krankenhäuser, jedoch haben nur 75 an dem Krankenhausmonitoring teilgenommen, welches die Datengrundlage für die Angaben in dieser darstellt.

#### 4.2.5 Palliativmedizinische Komplexbehandlungen im Krankenhaus

Tabelle 17, Tabelle 18 und Tabelle 19 geben einen Überblick über die stationären hospizlich-palliativen Leistungen: „palliativmedizinische Komplexbehandlung“ (OPS 8-982), „spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“ (OPS 8-98e) und „spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst“ (OPS 8-98h) im Jahr 2020. Die Darstellung umfasst hierbei jeweils die Anzahl an Erwachsenen mit entsprechender palliativmedizinischer OPS je Landkreis/kreisfreier Stadt sowie den Anteil an Erwachsenen mit einer entsprechenden Leistung an je Landkreis/kreisfreier Stand Verstorbenen im Jahr 2020.

Tabelle 17 gibt einen Überblick über die Leistung: „palliativmedizinische Komplexbehandlung“ (OPS 8-982), differenziert nach Leistungen durch Palliativstationen in einem Krankenhaus (Fachabteilung 3752), Leistungen durch Palliativdienste in einem Krankenhaus außerhalb der Fachabteilung 3752 und Anzahl an Behandlungstagen. Mit einer absoluten Anzahl von 326 (Palliativstation) bzw. 534 (Palliativdienste) ist die OPS 8-982.1 die Leistung, die die meisten Erwachsenen im Jahr 2020 in Sachsen erhielten. Regional differenziert zeigt sich der höchste Wert für die Palliativstationen im Landkreis Bautzen (119 Erwachsene mit Leistung) und für die Palliativdienste im Landkreis Meißen (118 Erwachsene mit einer Leistung).

**Tabelle 17: Erwachsene mit erbrachter palliativmedizinischer Komplexbehandlung nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020, absolut und relativ an den gestorbenen Erwachsenen des Jahres 2020**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	OPS 8-982.0 <sup>a</sup>		OPS 8-982.1 <sup>b</sup>		OPS 8-982.2 <sup>c</sup>		OPS 8-982.3 <sup>d</sup>	
	Palliativ- station	Palliativ- dienste	Palliativ- station	Palliativ- dienste	Palliativ- station	Palliativ- dienste	Palliativ- station	Palliativ- dienste
<b>Chemnitz, Stadt</b>	2 (0,1 %; 0,1 %)	17 (0,4 %; 0,5 %)	14 (0,4 %; 0,4 %)	52 (1,3 %; 1,6 %)	2 (0,1 %; 0,1 %)	5 (0,1 %; 0,1 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	2 (0,1 %; 0,1 %)
<b>Erzgebirgs- kreis</b>	0 (0,0 %; 0,0 %)	33 (0,6 %; 0,7 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	36 (0,6 %; 0,7 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	16 (0,3 %; 0,3 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	10 (0,2 %; 0,2 %)
<b>Mittelsachsen</b>	0 (0,0 %; 0,0 %)	44 (0,9 %; 1,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	76 (1,5 %; 1,7 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	9 (0,2 %; 0,2 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	3 (0,1 %; 0,1 %)
<b>Vogtlandkreis</b>	29 (0,7 %; 0,8 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	52 (1,3 %; 1,4 %)	2 (0,0 %; 0,1 %)	20 (0,5 %; 0,5 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	8 (0,2 %; 0,2 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)
<b>Zwickau</b>	50 (0,9 %; 1,0 %)	9 (0,2 %; 0,2 %)	57 (1,0 %; 1,1 %)	16 (0,3 %; 0,3 %)	27 (0,5 %; 0,5 %)	5 (0,1 %; 0,1 %)	14 (0,2 %; 0,3 %)	7 (0,1 %; 0,1 %)
<b>Dresden, Stadt</b>	30 (0,5 %; 0,6 %)	41 (0,7 %; 0,8 %)	35 (0,6 %; 0,7 %)	16 (0,3 %; 0,3 %)	9 (0,1 %; 0,2 %)	17 (0,3 %; 0,3 %)	6 (0,1 %; 0,1 %)	2 (0,0 %; 0,0 %)
<b>Bautzen</b>	46 (0,9 %; 1,1 %)	29 (0,6 %; 0,7 %)	119 (2,4 %; 2,9 %)	58 (1,2 %; 1,4 %)	38 (0,8 %; 0,9 %)	14 (0,3 %; 0,3 %)	9 (0,2 %; 0,2 %)	2 (0,0 %; 0,0 %)
<b>Görlitz</b>	2 (0,0 %; 0,1 %)	17 (0,4 %; 0,4 %)	47 (1,0 %; 1,2 %)	19 (0,4 %; 0,5 %)	11 (0,2 %; 0,3 %)	8 (0,2 %; 0,2 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	5 (0,1 %; 0,1 %)
<b>Meißen</b>	0 (0,0 %; 0,0 %)	45 (1,2 %; 1,4 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	118 (3,0 %; 3,8 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	48 (1,2 %; 1,5 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	29 (0,7 %; 0,9 %)
<b>Sächs. Schweiz/Oster- erzgebirge</b>	0 (0,0 %; 0,0 %)	44 (1,1 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	47 (1,3 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	5 (0,1 %; 0,2 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)
<b>Leipzig, Stadt</b>	4 (0,1 %; 0,1 %)	39 (0,6 %; 0,6 %)	2 (0,0 %; 0,0 %)	92 (1,4 %; 1,5 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	22 (0,3 %; 0,4 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	20 (0,3 %; 0,3 %)
<b>Landkreis Leipzig</b>	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	2	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)
<b>Nordsachsen</b>	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)
<b>Sachsen</b>	<b>163 (0,5 %; 0,5 %)</b>	<b>318 (0,6 %; 0,7 %)</b>	<b>326 (0,9 %; 1,0 %)</b>	<b>534 (0,9 %; 1,1 %)</b>	<b>107 (0,4 %; 0,4 %)</b>	<b>149 (0,3 %; 0,3 %)</b>	<b>37 (0,2 %; 0,2 %)</b>	<b>80 (0,2 %; 0,2 %)</b>

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS, 2022; Destatis, 2022b; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a. Anmerkungen: <sup>a</sup>Bis zu 6 Behandlungstage; <sup>b</sup>Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage; <sup>c</sup>Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage; <sup>d</sup>Mindestens 21 Behandlungstage. Erwachsene mit Leistung in Relation zu den verstorbenen Erwachsenen in Klammern (unadjustiert; adjustiert bzgl. Übersterblichkeit in Sachsen im Jahr 2020).

Ein Überblick über die Leistung „spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“ (OPS 8-98e), erbracht durch Palliativstationen in einem Krankenhaus (Fachabteilung 3752) und jeweils differenziert nach Behandlungstagen, ist in Tabelle 18 dargelegt. Hierbei zeigt sich, dass die meisten Erwachsenen (n = 1.057) die Leistung OPS 8-98e.1 erhielten. Regional differenziert weist die kreisfreie Stadt Dresden den höchsten Wert auf (308 Erwachsene mit einer Leistung).

**Tabelle 18: Erwachsene mit erbrachter spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020, absolut und relativ an den gestorbenen Erwachsenen des Jahres 2020**

Landkreis/ Stadt	kreisfreie	OPS 8-98e.0 <sup>a</sup>	OPS 8-98e.1 <sup>b</sup>	OPS 8-98e.2 <sup>c</sup>	OPS 8-98e.3 <sup>d</sup>
<b>Chemnitz, Stadt</b>		48 (1,2 %; 1,4 %) <sup>e</sup>	97 (2,5 %; 2,9 %)	29 (0,7 %; 0,9 %)	26 (0,7 %; 0,8 %)
<b>Erzgebirgskreis</b>		38 (0,6 %; 0,8 %)	61 (1,0 %; 1,2 %)	26 (0,4 %; 0,5 %)	7 (0,1 %; 0,1 %)
<b>Mittelsachsen</b>		0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)
<b>Vogtlandkreis</b>		177 (4,4 %; 4,9 %)	135 (3,3 %; 3,7 %)	22 (0,5 %; 0,6 %)	6 (0,1 %; 0,2 %)
<b>Zwickau</b>		0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)
<b>Dresden, Stadt</b>		203 (3,3 %; 3,8 %)	308 (5,0 %; 5,8 %)	207 (3,4 %; 3,9 %)	109 (1,8 %; 2,1 %)
<b>Bautzen</b>		0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)
<b>Görlitz</b>		22 (0,5 %; 0,6 %)	39 (0,8 %; 1,0 %)	24 (0,5 %; 0,6 %)	22 (0,5 %; 0,6 %)
<b>Meißen</b>		0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)
<b>Sächs. Schweiz/Ostereze- gebirge</b>		3 (0,1 %; 0,1 %)	58 (1,4 %; 1,8 %)	23 (0,6 %; 0,7 %)	8 (0,2 %; 0,2 %)
<b>Leipzig, Stadt</b>		335 (5,1 %; 5,4 %)	267 (4,1 %; 4,3 %)	125 (1,9 %; 2,0 %)	116 (1,8 %; 1,9 %)
<b>Landkreis Leipzig</b>		58 (1,6 %; 1,7 %)	92 (2,5 %; 2,6 %)	24 (0,7 %; 0,7 %)	2 (0,1 %; 0,1 %)
<b>Nordsachsen</b>		0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)	0 (0,0 %; 0,0 %)
<b>Sachsen</b>		<b>884 (2,3 %; 2,6 %)</b>	<b>1057 (2,7 %; 3,1 %)</b>	<b>480 (1,2 %; 1,4 %)</b>	<b>296 (0,8 %; 0,9 %)</b>

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS, 2022; Destatis, 2022b; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a. Anmerkungen: <sup>a</sup>Bis zu 6 Behandlungstage; <sup>b</sup>Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage; <sup>c</sup>Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage; <sup>d</sup>Mindestens 21 Behandlungstage. <sup>e</sup>Erwachsene mit Leistung in Relation zu den verstorbenen Erwachsenen in Klammern (unadjustiert; adjustiert bzgl. Übersterblichkeit in Sachsen im Jahr 2020).

Abschließend stellt Tabelle 19 die Leistung „spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst“ (OPS 8-98h), erbracht durch Palliativdienste in einem Krankenhaus außerhalb der Fachabteilung 3752, dar. Insgesamt erhielten 681 Erwachsene in Sachsen im Jahr 2020 diese Leistung. Die höchste Anzahl an Erwachsenen mit dieser Leistung (n = 358) zeigt sich für die kreisfreie Stadt Leipzig.

**Tabelle 19: Erwachsene mit erbrachter spezialisierter palliativmedizinischer Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020, absolut und relativ an den gestorbenen Erwachsenen des Jahres 2020**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	OPS 8-98h.0 <sup>a</sup>
Chemnitz, Stadt	19 (0,5 %; 0,6 %) <sup>b</sup>
Erzgebirgskreis	0 (0,0 %; 0,0 %)
Mittelsachsen	0 (0,0 %; 0,0 %)
Vogtlandkreis	124 (3,1 %; 3,4 %)
Zwickau	32 (0,5 %; 0,6 %)
Dresden, Stadt	148 (2,4 %; 2,8 %)
Bautzen	0 (0,0 %; 0,0 %)
Görlitz	0 (0,0 %; 0,0 %)
Meißen	0 (0,0 %; 0,0 %)
Sächs. Schweiz/Ostererzgebirge	0 (0,0 %; 0,0 %)
Leipzig, Stadt	358 (5,4 %; 5,8 %)
Landkreis Leipzig	0 (0,0 %; 0,0 %)
Nordsachsen	0 (0,0 %; 0,0 %)
<b>Sachsen</b>	<b>681 (2,6 %; 2,9 %)</b>

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS, 2022; Destatis, 2022b; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a. Anmerkungen: <sup>a</sup>Durch einen internen Palliativdienst; <sup>b</sup>Erwachsene mit Leistung in Relation zu den verstorbenen Erwachsenen in Klammern (unadjustiert; adjustiert bzgl. Übersterblichkeit in Sachsen im Jahr 2020).

### 4.3 Hospiz- und palliativmedizinische Infrastrukturbewertung

Die Infrastrukturbewertung dient der räumlichen Bewertung des Zugangs zur hospiz- und palliativmedizinischen Versorgung in Sachsen. Dabei wird zwischen der Erreichbarkeit und der Verfügbarkeit von Leistungserbringenden unterschieden. Während die Erreichbarkeit die räumliche Distanz zwischen Versorgerstandort (bspw. Praxis, Krankenhaus) und den Wohnorten von Patienten und Patientinnen beschreibt, stellt die potenzielle Verfügbarkeit das regionale Verhältnis von Versorgungsangeboten und Nachfrage dar. Um beide Dimensionen in einem Maß abbilden zu können, erfolgt zudem die Berechnung der erreichbarkeitsgewichteten Verfügbarkeit. Dabei wird die zu versorgende Bevölkerung in Abhängigkeit ihrer relativen Entfernung auf die möglichen Versorgerstandorte verteilt.

Die berechneten Indikatoren umfassen:

1. Die potenzielle Erreichbarkeit von Versorgerstandorten mittels motorisierten Individualverkehrs (PKW) sowie dem ÖPNV,
2. Den Bevölkerungsanteil innerhalb definierter Mindesterreichbarkeitsschwellen zu Versorgerstandorten (15/30/45/60 Minuten) auf Landkreisebene,
3. Die potenzielle Verfügbarkeit von Versorgerangeboten als Relation von Versorgern zur relevanten Bevölkerung auf Landkreisebene sowie
4. Die erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit des Angebots als gravitationsbasierte Versorgungsrelation unter Berücksichtigung räumlich-differenzierter Alters- und Mortalitätsstrukturen sowie Mitversorgungsbeziehungen innerhalb überlappender Einzugsbereiche.

Die minimale potenzielle Wegzeit, die der Erfassung potenzieller Erreichbarkeiten (Indikator 1) zugrunde liegt, bezeichnet die kürzeste Fahrzeit zwischen den Patienten- und Patientinnenwohnorten und dem nächstgelegenen Standort eines oder einer Leistungserbringenden.

Als Datengrundlage sowohl für die Erreichbarkeit mit dem PKW als auch mit dem ÖPNV dienen deutschlandweite OpenStreetMap-Daten (OSM-Daten) zum Stand vom 16.05.2022, welche von der Geofabrik GmbH bereitgestellt wurden (Geofabrik GmbH, 2018). Zur Berechnung wurden die Adresdaten der Leistungserbringenden, bereitgestellt durch das SMS sowie den LVHP (LVHP, o. J.; SMS, 2021, 2022a, 2022b), mit dem Open-Source Programm Photon geocodiert (GitHub, 2022); mithilfe eines weiteren Open-Source Programms, Graphhopper, wurden anschließend die Fahrzeiten berechnet (GitHub, 2022; Graphhopper, o. J.). Die Berechnung der Fahrzeiten durch Graphhopper wurde zusätzlich projektbezogen angepasst. Zunächst wurde die Maximalgeschwindigkeit von PKW in Städten auf nur 30 km/h statt der gesetzlichen Höchstgeschwindigkeit von 50 km/h begrenzt. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass in städtischen Gebieten ein langsamerer Verkehrsfluss durch beispielsweise Ampeln, Staus oder Berufsverkehr herrscht. Die Unterscheidung in städtische Gebiete und ländliche Gebiete wurde dabei in Graphhopper selbst bereits vorgesehen (GitHub, 2022; Graphhopper, o. J.). Hierfür kommt ein empirischer Algorithmus zum Tragen, der anhand der Straßendichte in einem Radius von 300 Metern mittels eines Schwellenwerts prüft, ob ein Verkehrsknotenpunkt innerhalb oder außerhalb einer Stadt liegt. Des Weiteren wurde ausgeschlossen, dass PKW Wald- oder Feldwege benutzen können. Als Ausgangspunkt der Routen zwischen Patienten- und Patientinnenstandorten und Leistungserbringer- bzw. Leistungserbringerinnenstandorten wurden die Patienten- und Patientinnenstandorte in ein Raster vergrößert, in welchem jede Zelle eine Größe von 1 km x 1 km hat. Um den variierenden Straßennetzdichten innerhalb einer Rasterzelle Rechnung zu tragen, wurden neben dem Mittelpunkt jeder Rasterzelle jeweils zusätzlich drei Zufallspunkte als Startpunkte ausgewählt. Als Fahrzeit zwischen Rasterzelle und Leistungserbringer- bzw. Leistungserbringerinnenstandort wurde dann der Medianwert dieser vier berechneten Routen genutzt. Auf dieser Basis können aus den PKW-Fahrzeiten in Minuten im Anschluss aus allen Standortpaaren von Patienten und Patientinnen und Leistungserbringenden diejenigen Routen mit minimaler Fahrzeit ermittelt werden.

Für die Analyse der minimalen potenziellen Wegzeit mittels ÖPNV wurden als Datengrundlage neben den oben genannten OSM-Daten deutschlandweite Fahrplansolldaten im GTFS-Format aus den Landesauskunftssystemen genutzt, welche von der Initiative DELFI e.V., einer Plattform zur Kooperation von Bund, Ländern, und Verkehrsverbänden, am 09.05.2022 zur Verfügung gestellt wurden (DELFI e.V., 2022). Diese beinhalten Fahrpläne zum öffentlichen Nahverkehr (z. B. Straßenbahnen, Busse, Fähren) und zum Schienenregionalverkehr (Regionalverkehr der Deutschen Bahn und nicht-bundeseigene Bahnen) sowie dem Schienenfernverkehr für den Zeitraum vom 25.04.2022 bis 10.12.2022. Um eine Berechnung auch langer Fahrzeiten von bis zu 60 Minuten technisch zu ermöglichen, wurden die Daten aufbereitet, sodass nur Haltestellen einbezogen wurden, die innerhalb eines rechteckigen Gebiets liegen, welches Sachsen möglichst eng umfasst. Damit werden allerdings potenziell schnellere Fahrten über andere Bundesländer ausgeschlossen.

Da die Erreichbarkeit mittels ÖPNV aufgrund der Taktung von einem beliebigen Startpunkt aus zeitabhängig ist, wurden mit dem Ziel einer realistischen Einschätzung mehrere Startzeitpunkte und Wochentage in die Berechnung einbezogen. Feier- und Ferientage wurden explizit vermeiden, weil hier oft Sonderfahrpläne mit veränderter Taktung zum Einsatz kommen. Konkret wurden Isochrone, d. h. Flächen der Erreichbarkeit, für den 07.03.2022 um 08:00 Uhr, 08:15 Uhr, 08:30 Uhr sowie 08:45 Uhr und diese dann zu einer größtmöglichen Fläche kombiniert. Daraus ergibt sich ein realistischeres Bild der potenziell erreichbaren Bevölkerung, weil eine sinnvolle Fahrtenplanung der entsprechenden Nutzer und Nutzerinnen des ÖPNV mit einbezogen wird.



Daten zur Bevölkerung liegen in einem 1 km x 1 km-Raster vor; somit können neben Angaben zur Bevölkerung auf administrativen Raumzuschnitten (Gemeinden, Landkreise) auch die Bevölkerungsschwerpunkte innerhalb dieser Regionen ausgewiesen und in der Zugangsbewertung berücksichtigt werden. Die Daten stammen aus einer Fortschreibung der Bevölkerungszahlen des Zensus 2011 auf Basis von Mobilfunkdaten durch das Statistische Bundesamt (Destatis, 2022c). Die Ermittlung der Bevölkerungsschwerpunkte erfolgt mithilfe dieser Daten, indem eine Umverteilung der Bevölkerungszahlen je Gemeinde durch den Anteil der mobilfunkbezogenen Aktivität eines jeden Rasters an der gesamthaften Gemeindeaktivität vorgenommen wird. Die Festsetzung eines individuellen Wohnortes geschieht, sofern das jeweils erste und letzte Mobilfunksignal innerhalb einer Rasterzelle im Zeitraum von je 24 Stunden identisch sind. Die Auswertung erfolgt für alle Wochentage als Durchschnittswert aus mindestens acht Wochen exklusive Ferien und Feiertagen. Aus Datenschutzgründen werden Informationen, die weniger als fünf mobile Aktivitäten pro Rasterzelle enthalten, zensiert. Das Ergebnis bildet die potenzielle Wohnbevölkerung auf Rasterzelebene, die mithilfe der Bevölkerungsfortschreibung desselben Jahres extrapoliert wird (Destatis, 2022c). Datenstand der Fortschreibung ist das Jahr 2019. Die Bevölkerung einer Rasterzelle wurde im Rahmen der Zugangsbewertung zu einer der Erreichbarkeitsisochronen (15/30/45/60 Minuten) hinzugezählt, wenn die Fläche der Zelle zu mindestens 50 % in der Isochrone liegt. Die Bevölkerungsanteile innerhalb der Mindesterschließbarkeitsschwellen (Indikator 2) werden prozentual auf Landes- und auf Landkreisebene ausgegeben.

Die potenzielle Verfügbarkeit (Indikator 3) setzt die vorhandenen Angebote der hospiz- und palliativmedizinischen Versorgung ins Verhältnis zur Bevölkerung, die es zu versorgen gilt. Üblicherweise wird eine Verhältniszahl für festgelegte räumliche Einheiten ausgegeben (z. B. Hospizbetten je Einwohner und Einwohnerinnen auf Landkreisebene). Zu beachten ist, dass bei dieser Kennzahl innerhalb der betrachteten Gebietseinheiten die Verteilung der Leistungserbringer- bzw. Leistungserbringerinnenstandorte innerhalb des Gebiets berücksichtigt wird. Das heißt, dass Versorgungsunterschiede innerhalb von bspw. Landkreisen nicht unmittelbar ersichtlich werden.

Durch die Berechnung der erreichbarkeitsgewichteten Verfügbarkeit des Angebots (Indikator 4) werden die vorher beschriebenen Kennzahlen ohne ÖPNV zu einem einzelnen, direkt interpretierbaren Verfügbarkeitsindikator kombiniert. Dies erfolgt, indem das Verhältnis aus Angebotskapazitäten und Versorgungsbedarfen der Bevölkerung berechnet wird. Die Berücksichtigung der Erreichbarkeiten verfügbarer Versorgungsangebote für verschiedene Bevölkerungswohnorte erfolgt anhand der zweistufigen Methode der gleitenden Einzugsbereiche (engl.: Two-step floating catchment area (2SFCA)-Algorithmus) (Luo & Wang, 2003). Im ersten Schritt werden dabei die Angebotskapazitäten der Leistungserbringenden auf Ebene von 1 km x 1 km-Rasterzellen aggregiert und ins Verhältnis zu der bedarfsgewichteten Bevölkerung in dem jeweiligen Einzugsbereich gesetzt. Analog zur Hospizstudie 2017 wird für stationäre Hospize ein Einzugsbereich von 60 Minuten angenommen und für SAPV, ambulante Hospizdienste und Palliativstationen ein Einzugsbereich von jeweils 30 Minuten. Bedarfe von Patienten und Patientinnen, die in größerer Distanz zu einem Leistungserbringer- bzw. Leistungserbringerinnenstandort leben, werden schwächer gewichtet als Bedarfe von Patienten und Patientinnen, die in geringerer Entfernung wohnhaft sind. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die potenzielle Inanspruchnahme von Leistungserbringenden auch innerhalb von Landkreisen distanzabhängig zu bewerten ist und keine Gleichverteilung verfügbarer Kapazitäten angenommen werden kann.

Als Grundlage für die Entfernung zwischen Leistungserbringer bzw. Leistungserbringerin und Bevölkerungsstandort wird die minimale potenzielle PKW-Fahrzeit verwendet. Die Abgewichtung im Sinne einer Distanzabhängigkeit potenzieller Inanspruchnahme mit entsprechend variabler Belastung lokaler Versorgungsstrukturen erfolgt anhand einer Exponentialfunktion. Somit

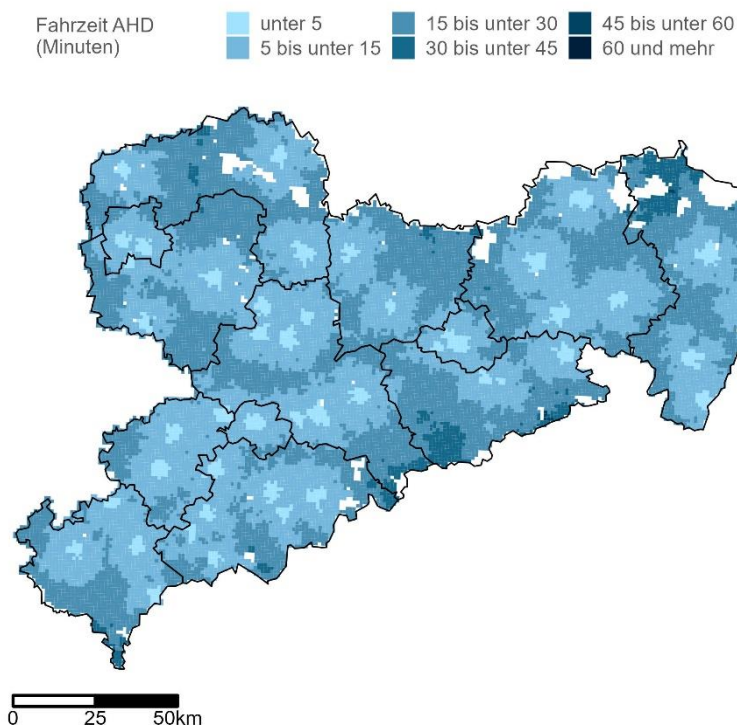
erhält man für jeden Leistungserbringer- bzw. Leistungserbringerinnenstandort ein Angebotspotenzial, welches die Auslastung der Leistungserbringenden in Bezug auf die umliegende Bevölkerung approximiert. Im zweiten Schritt erfolgt die Zugangsbewertung aller Einwohner- und Einwohnerinnenstandorte im 1 km x 1 km-Raster. Dafür werden für jeden Einwohner- und Einwohnerinnenstandort die im ersten Schritt berechneten, umliegenden Angebotspotenziale innerhalb erreichbarer Distanzschwellen aufsummiert. Auch hier werden die Angebotspotenziale entsprechend der Entfernung zwischen Leistungserbringenden- und Patienten- und Patientinnenstandorten gewichtet. Im Ergebnis erhält man einen Zugangsindikator, der sowohl die Entfernung als auch die Verfügbarkeit von Leistungserbringenden einbezieht. Zudem enden die Einzugsbereiche der Leistungserbringenden nicht an Landkreisgrenzen. Demzufolge kann, im Gegensatz zur Kennzahl der potenziellen Verfügbarkeit, auch eine potenzielle (landkreis-)grenzüberschreitende Inanspruchnahme berücksichtigt werden. Die Berechnung des Zugangsindikators auf 1 km x 1 km-Rasterebene erlaubt zudem eine kleinräumige Betrachtung der Versorgungssituation, womit auch lokale Engpässe oder ggf. Überversorgungen identifiziert werden können.

Anhand der beschriebenen Maße kann der Zugang zur hospiz- und palliativmedizinischen Versorgung sowohl im Status quo als auch unter Berücksichtigung der Entwicklung prognostizierter Bedarfe (siehe Kapitel 5.2) beschrieben werden.

### 4.3.1 Potenzieller Zugang zu Versorgungseinrichtungen

#### Potenzielle Erreichbarkeit

##### *Ambulante Hospizversorgung*



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022; Daten: SMS, Eigene Berechnungen

**Karte 1: Potenzielle Erreichbarkeit der ambulanten Hospizdienste**

Karte 1 zeigt die minimalen potenziellen Wegzeiten für ambulante Hospizdienste. In großen Teilen Sachsens befindet sich für die Patienten- und Patientinnenstandorte ein AHD in einer maximalen Entfernung von 30 Minuten. Nur in den Grenzregionen in der Nähe zu Tschechien und im Norden des Landkreises Görlitz wird teilweise eine Wegzeit von 30 Minuten überschritten. Zu beachten ist, dass diese Karte nur die Fahrzeit zum nächstmöglichen AHD angibt und keine Aussage über die Auslastung dieses Dienstes trifft. Tabelle 20 schlüsselt die Anteile der Bevölkerung, die innerhalb einer definierten Erreichbarkeitsschwelle erreicht werden können, nochmals genauer auf. Insgesamt ist jede Person in Sachsen in unter 45 Minuten durch den nächstgelegenen ambulanten Hospizdienst erreichbar. Für 99 % der Bevölkerung gilt dies sogar für einen Schwellwert von 30 Minuten. Ausnahme bildet hier der Landkreis Görlitz, in dem nur 90 % der Bevölkerung in unter 30 Minuten erreicht werden.

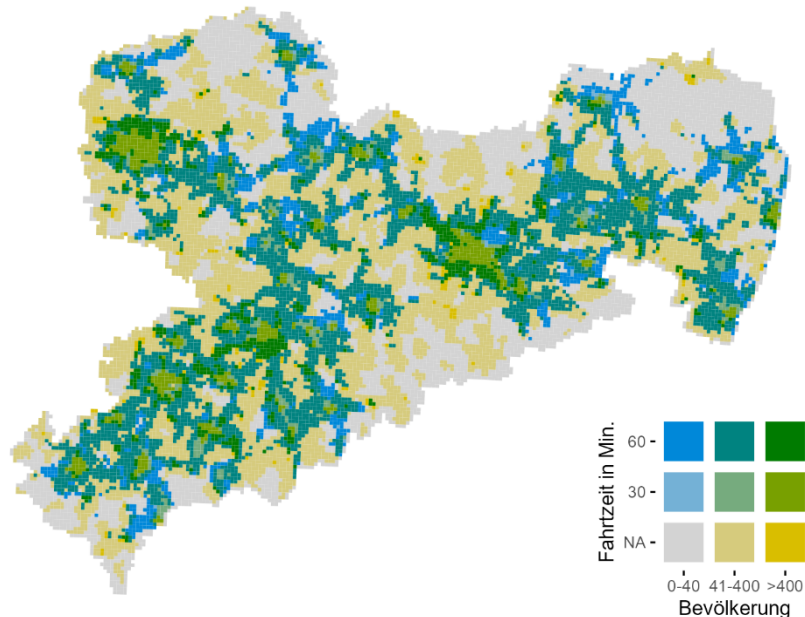
**Tabelle 20: Bevölkerungsanteile innerhalb definierter Mindesterreichbarkeitsschwellen – Ambulante Hospizdienste**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Anteil der Bevölkerung (in %), der innerhalb eines Erreichbarkeitsschwellenwerts den nächstgelegenen Leistungserbringer bzw. die nächstgelegene Leistungserbringerin erreichen kann			
	Unter 15 Minuten	Unter 30 Minuten	Unter 45 Minuten	Unter 60 Minuten
<b>Bautzen</b>	67	100	100	100
<b>Chemnitz</b>	98	100	100	100
<b>Dresden</b>	98	100	100	100
<b>Erzgebirgskreis</b>	77	99	100	100
<b>Görlitz</b>	61	90	100	100
<b>Leipzig</b>	60	100	100	100
<b>Leipzig, Stadt</b>	98	100	100	100
<b>Meißen</b>	63	100	100	100
<b>Mittelsachsen</b>	79	99	100	100
<b>Nordsachsen</b>	55	99	100	100
<b>Sächsische Schweiz-Osterzgebirge</b>	67	97	100	100
<b>Vogtlandkreis</b>	82	98	100	100
<b>Zwickau</b>	90	100	100	100
<b>Sachsen</b>	<b>80</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Standortdaten der jeweiligen Leistungserbringenden sowie der Bevölkerungszahlen auf 1km x 1km-Rasterebene (Destatis, 2022c; SMS, 2022a).

Karte 2 zeigt die potenzielle Erreichbarkeit für ambulante Hospizdienste unter ausschließlicher Inanspruchnahme des ÖPNV. Es sind zwei verschiedene Farbskalen zu sehen. Eine gelbe Farbskala für die Zahl der Bevölkerung in jedem der abgebildeten 1 km x 1 km-Raster. Die blaue Farbgebung färbt die Raster entsprechend den Fahrtzeiten mit dem ÖPNV ein. Hierbei wird zwischen nicht erreicht (NA), 30-minütiger Fahrtzeit (hellblau) und 60-minütiger Fahrtzeit (dunkleres Blau) unterschieden. Es handelt sich um eine bivariate Skala, in der die Kombinationen der beiden unterschiedlichen Skalen durch verschiedene Farben dargestellt sind. Dadurch lässt sich beispielsweise zwischen Rastern unterscheiden, die durch eine 60-minütige Fahrtzeit erreicht werden können, in der jedoch nur weniger Menschen leben, und zwischen Rastern, in denen mehr Menschen leben, die jedoch nur durch eine 30-minütige Fahrt potenziell erreichbar sind. Für eine Fahrtzeit von 30 Minuten werden 39 % der Bevölkerung potenziell abgedeckt und für eine Fahrtzeit von 60 Minuten 79 % der Bevölkerung. Für die nicht abgebildeten Fahrtzeiten von 15 Minuten und 45 Minuten betragen die potenziellen Abdeckungen 10 % und 62 %.

Erreichbare Bevölkerung mit ÖPNV in Fahrtzeit von 30 Minuten: 39%  
Erreichbare Bevölkerung mit ÖPNV in Fahrtzeit von 60 Minuten: 79%

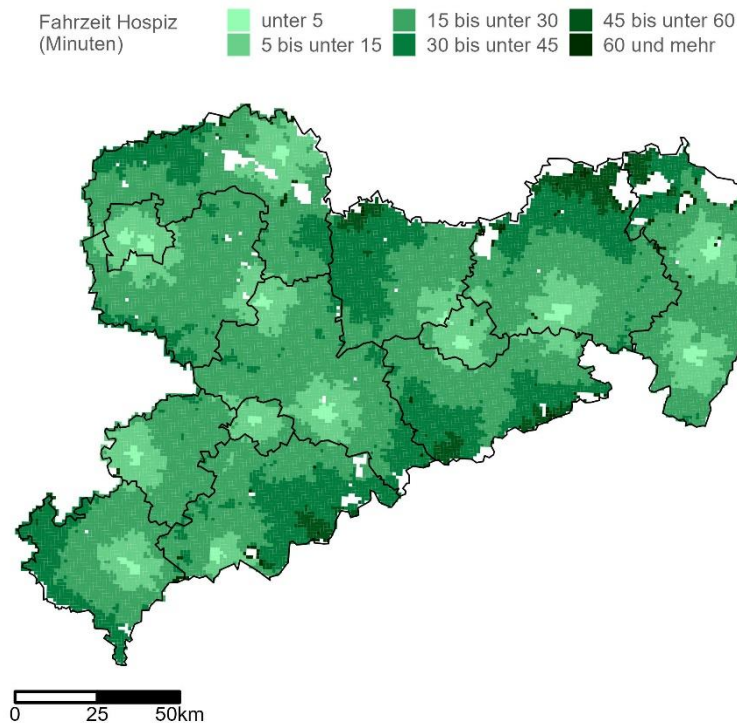


Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: Eurostat;  
Daten: Statistisches Bundesamt (Destatis), eigene Berechnungen,  
SMS, LHVP

## Karte 2: Potenzielle Erreichbarkeit der ambulanten Hospizdienste mit dem ÖPNV

### Stationäre Hospizversorgung

Karte 3 zeigt, dass in großen Teilen des Bundeslandes eine PKW-Fahrtzeit von unter 30 Minuten bis zum nächsten stationären Hospiz zu erwarten ist. Regionen mit längeren Fahrtzeiten sind wiederum die Regionen in Grenznähe zu Tschechien sowie Teile von Meißen und Gebiete im Westvogtland, Nordsachsen, Görlitz und Bautzen. Trotz allem können stationäre Hospize nahezu überall innerhalb von 60 Minuten erreicht werden. Zudem ist zu beachten, dass Hospize in anderen Bundesländern nicht in die Auswertung einbezogen wurden und somit auch keine Mitversorgungseffekte durch andere Bundesländer angezeigt werden können.



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
 Daten: SMS, Eigene Berechnungen

### Karte 3: Potenzielle Erreichbarkeit der stationären Hospize

In Tabelle 21 ist zu sehen, dass insbesondere in den Städten Leipzig, Dresden und Chemnitz eine sehr gute Erreichbarkeit gegeben ist und jeweils mindestens 95 % der Bevölkerung in unter 15 Minuten ein stationäres Hospiz erreichen können. Im Gegensatz dazu ist im Erzgebirgskreis und im Landkreis Bautzen nur für jeweils 7 % bzw. 14 % der Bevölkerung ein Hospiz unter 15 Minuten erreichbar. Insgesamt leben 99 % der Bevölkerung in Sachsen in einer 45-minütigen Entfernung zu einem stationären Hospiz.

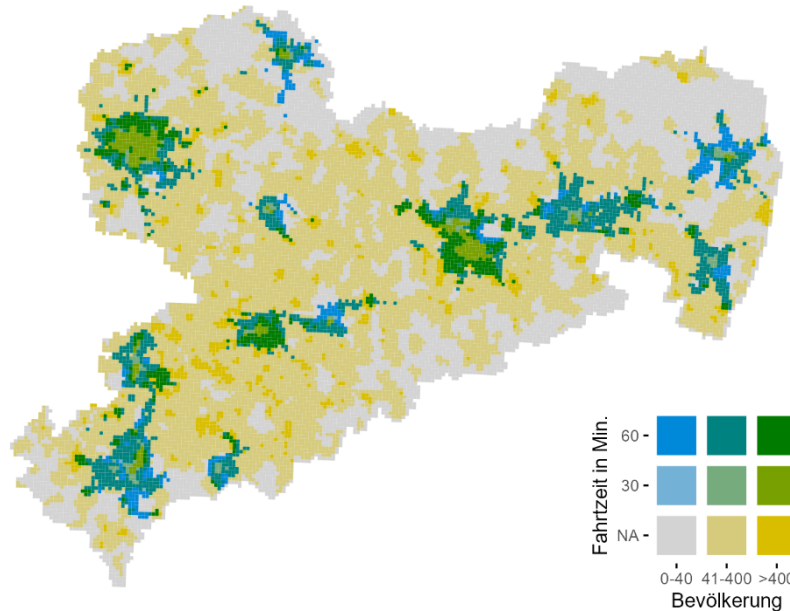
Tabelle 21: Bevölkerungsanteile innerhalb definierter Mindestreichbarkeitsschwellen – Stationäre Hospize

Landkreis/ freie Stadt	Anteil der Bevölkerung (in %), der innerhalb eines Erreichbarkeitsschwellenwerts den nächstgelegenen Leistungserbringer bzw. die nächstgelegene Leistungserbringerin erreichen kann			
	Unter 15 Minuten	Unter 30 Minuten	Unter 45 Minuten	Unter 60 Minuten
<b>Bautzen</b>	14	75	92	100
<b>Chemnitz</b>	95	100	100	100
<b>Dresden</b>	96	100	100	100
<b>Erzgebirgskreis</b>	7	64	98	100
<b>Görlitz</b>	23	88	98	100
<b>Leipzig</b>	29	95	100	100
<b>Leipzig, Stadt</b>	98	100	100	100
<b>Meißen</b>	26	66	99	100
<b>Mittelsachsen</b>	23	95	100	100
<b>Nordsachsen</b>	21	79	100	100

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Anteil der Bevölkerung (in %), der innerhalb eines Erreichbarkeitsschwellwerts den nächstgelegenen Leistungserbringer bzw. die nächstgelegene Leistungserbringerin erreichen kann			
	Unter 15 Minuten	Unter 30 Minuten	Unter 45 Minuten	Unter 60 Minuten
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	19	83	98	100
Vogtlandkreis	20	89	100	100
Zwickau	38	99	100	100
<b>Sachsen</b>	<b>47</b>	<b>89</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Standortdaten der jeweiligen Leistungserbringenden sowie der Bevölkerungszahlen auf 1km x 1km-Rasterebene (Destatis, 2022c; SMS, 2021).

Erreichbare Bevölkerung mit ÖPNV in Fahrtzeit von 30 Minuten: 21 %  
 Erreichbare Bevölkerung mit ÖPNV in Fahrtzeit von 60 Minuten: 51 %

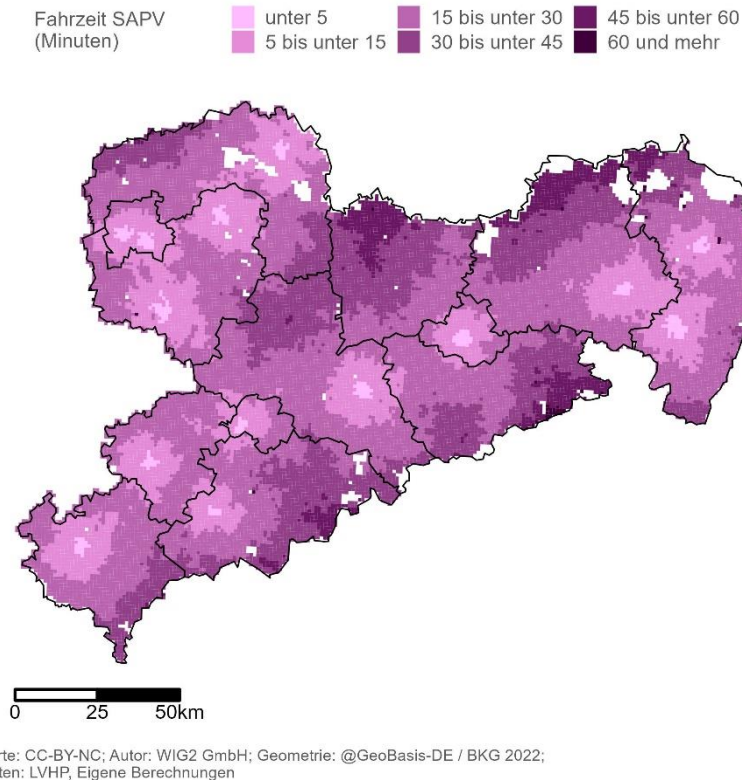


Karte: CC-BY-NC; Author: WIG2 GmbH; Geometrie: Eurostat;  
 Daten: Statistisches Bundesamt (Destatis), eigene Berechnungen,  
 SMS, LHVP

#### Karte 4: Potenzielle Erreichbarkeit der stationären Hospize mit dem ÖPNV

In Karte 4 sind die potenziellen Erreichbarkeiten stationärer Hospize in Sachsen durch die sächsische Bevölkerung bei ausschließlicher Benutzung des ÖPNV abgebildet. Für die abgebildeten Fahrtzeiten ergeben sich potenzielle Abdeckungen von 21 % für eine 30-minütige Fahrtzeit und 51 % für eine 60-minütige Fahrtzeit. Für eine Fahrtzeit von 15 Minuten liegt die potenzielle Abdeckung bei 3 % und für eine Fahrtzeit von 45 Minuten bei 36 %.

## Spezialisierte ambulante Palliativversorgung



### Karte 5: Potenzielle Erreichbarkeit von SAPV

Die minimale potenzielle Wegzeit für SAPV-Teams wird in Karte 5 dargestellt. Ausgangspunkt der Analyse sind dabei die Standorte der SAPV-Teams. Hier zeigt sich, dass die Regionen im Süden von Sachsen größtenteils innerhalb einer Fahrzeit von 30 bis 60 Minuten erreicht werden können. Diese Fahrzeit ist auch nötig im Landkreis Meißen, sowie im Norden von Mittelsachsen. Städtische Regionen besitzen dagegen eine sehr gute Erreichbarkeit für SAPV-Teams mit unter 15 Minuten. Wie in Tabelle 22 zu sehen ist, können in den Städten Chemnitz, Dresden und Leipzig sogar alle dort lebenden Personen in unter 30 Minuten durch ein SAPV-Team erreicht werden. In Gesamtsachsen werden 98 % der Bevölkerung in unter 45 Minuten durch ein SAPV-Team erreicht. Eine etwas schlechtere Erreichbarkeit haben die Landkreise Bautzen und Meißen, wo jeweils nur 93 % bzw. 91 % der dort lebenden Personen innerhalb von 45 Minuten erreicht werden können.

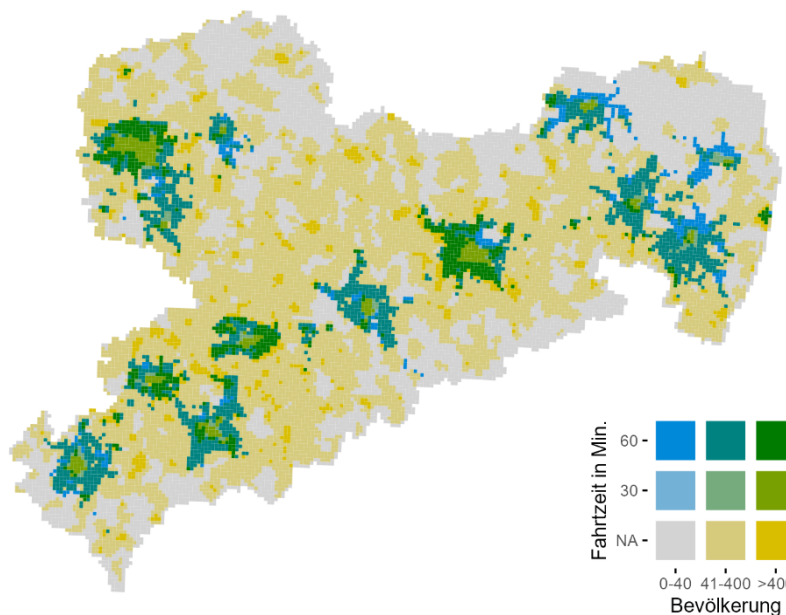


Tabelle 22: Bevölkerungsanteile innerhalb definierter Mindesterreichbarkeitsschwellen – SAPV

Landkreis/ kreis- freie Stadt	Anteil der Bevölkerung (in %), der innerhalb eines Erreichbarkeitsschwellenwerts durch SAPV erreicht werden kann			
	Unter 15 Minuten	Unter 30 Minuten	Unter 45 Minuten	Unter 60 Minuten
Bautzen	24	69	93	100
Chemnitz	75	100	100	100
Dresden	96	100	100	100
Erzgebirgskreis	27	66	99	100
Görlitz	24	84	99	100
Leipzig	62	99	100	100
Leipzig, Stadt	98	100	100	100
Meißen	8	47	91	100
Mittelsachsen	26	77	100	100
Nordsachsen	26	77	100	100
Sächsische Schweiz-Osterzge- birge	14	76	96	100
Vogtlandkreis	41	89	100	100
Zwickau	57	100	100	100
<b>Sachsen</b>	<b>52</b>	<b>85</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Standortdaten der jeweiligen Leistungserbringenden sowie der Bevölkerungszahlen auf 1km x 1km-Rasterebene (Destatis, 2022c; LVHP, o. J.).

Erreichbare Bevölkerung mit ÖPNV in Fahrtzeit von 30 Minuten: 20%  
 Erreichbare Bevölkerung mit ÖPNV in Fahrtzeit von 60 Minuten: 54%



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: Eurostat;  
 Daten: Statistisches Bundesamt (Destatis), eigene Berechnungen,  
 SMS, LHVP

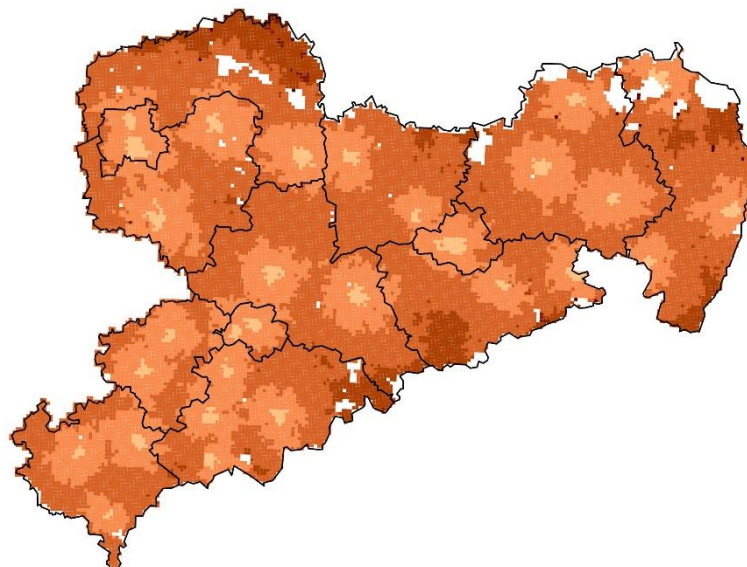
Karte 6: Potenzielle Erreichbarkeit von SAPV mit dem ÖPNV

Die Ergebnisse der Berechnungen für die potenziellen Erreichbarkeiten der SAPV-Teams finden sich in Karte 6. Sie entsprechen ungefähr den Erreichbarkeiten der stationären Hospize. Mit 30 Minuten im ÖPNV werden ca. 20 % der sächsischen Bevölkerung potenziell erreicht. Mit einer Fahrt von 60 Minuten steigt dieser Anteil auf 54 %. Für die nicht abgebildeten Fahrzeiten von 15 Minuten und 45 Minuten betragen diese Anteile 4 % und 38 %.

### Stationäre Palliativversorgung

Fahrzeit Palliativstation (Minuten)

<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #f9c996; border: 1px solid black;"></span> unter 5	<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #e69d00; border: 1px solid black;"></span> 15 bis unter 30	<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #800000; border: 1px solid black;"></span> 45 bis unter 60
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #f4a460; border: 1px solid black;"></span> 5 bis unter 15	<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #c0504d; border: 1px solid black;"></span> 30 bis unter 45	<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #4d0000; border: 1px solid black;"></span> 60 und mehr



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: SMS, Eigene Berechnungen

### Karte 7: Potenzielle Erreichbarkeit der Palliativstationen

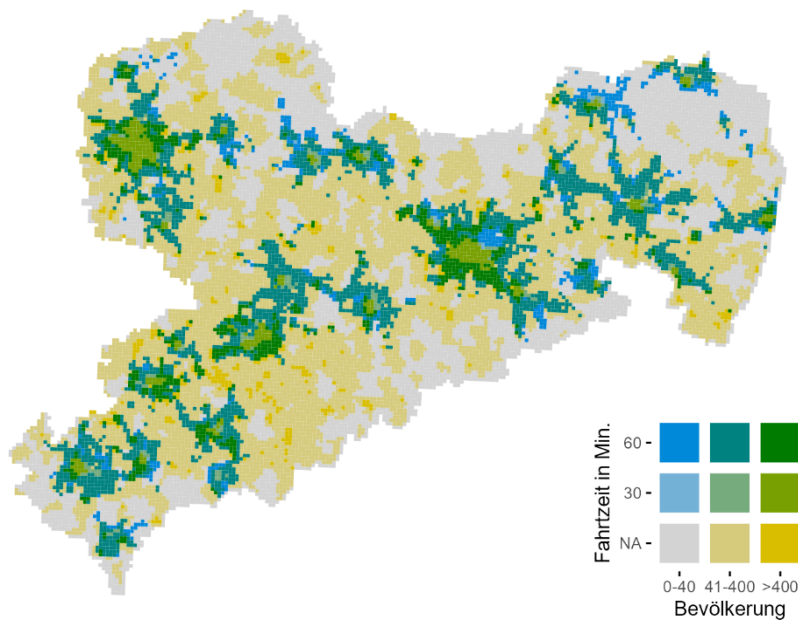
Für Palliativstationen zeigt sich in Karte 7 eine gute Erreichbarkeit von bis zu 30 Minuten in großen Teilen Sachsens. Nur in Nordsachsen sowie im Osten des Erzgebirgskreises und im Westen des Landkreises Sächsische Schweiz-Osterzgebirge werden vereinzelt Fahrzeiten von über 30 Minuten erreicht. Trotz allem können in diesen Landkreisen 82 % bzw. 95 % und 94 % der Bevölkerung eine Palliativstation in unter 30 Minuten erreichen, wie in Tabelle 23 dargestellt. In Sachsen gesamt können in unter 30 Minuten 97 % und in unter 45 Minuten 100 % der Bevölkerung durch ein SAPV-Team erreicht werden.

Tabelle 23: Bevölkerungsanteile innerhalb definierter Mindestreichbarkeitsschwellen – Palliativstationen

Landkreis/ kreis- freie Stadt	Anteil der Bevölkerung (in %), der innerhalb eines Erreichbarkeitsschwellenwerts den nächstgelegenen Leistungserbringer bzw. die nächstgelegene Leistungserbringerin erreichen kann			
	Unter 15 Minuten	Unter 30 Minuten	Unter 45 Minuten	Unter 60 Minuten
Bautzen	51	100	100	100
Chemnitz	98	100	100	100
Dresden	98	100	100	100
Erzgebirgskreis	62	95	100	100
Görlitz	50	89	100	100
Leipzig	57	100	100	100
Leipzig, Stadt	96	100	100	100
Meißen	57	99	100	100
Mittelsachsen	49	98	100	100
Nordsachsen	33	82	100	100
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	53	94	100	100
Vogtlandkreis	70	100	100	100
Zwickau	76	100	100	100
<b>Sachsen</b>	<b>70</b>	<b>97</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Standortdaten der jeweiligen Leistungserbringenden sowie der Bevölkerungszahlen auf 1km x 1km-Rasterebene (Destatis, 2022c; SMS, 2022b).

Erreichbare Bevölkerung mit ÖPNV in Fahrtzeit von 30 Minuten: 28%  
 Erreichbare Bevölkerung mit ÖPNV in Fahrtzeit von 60 Minuten: 66%



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: Eurostat;  
 Daten: Statistisches Bundesamt (Destatis), eigene Berechnungen,  
 SMS, LHVP

Karte 8: Potenzielle Erreichbarkeit der Palliativstationen mit ÖPNV

Palliativstationen werden potenziell besser als stationäre Hospize, jedoch schlechter als ambulante Hospizdienste erreicht. Die Resultate sind in Karte 8 dargestellt. Mit einer 30-minütigen Fahrt im ÖPNV werden 28 % der sächsischen Bevölkerung potenziell erreicht und bei einer 60-minütigen Fahrt 66 %. Die nicht abgebildeten Erreichbarkeiten für eine 15-minütige Fahrt beträgt 5 % und für eine 45-minütige Fahrt 49 %.

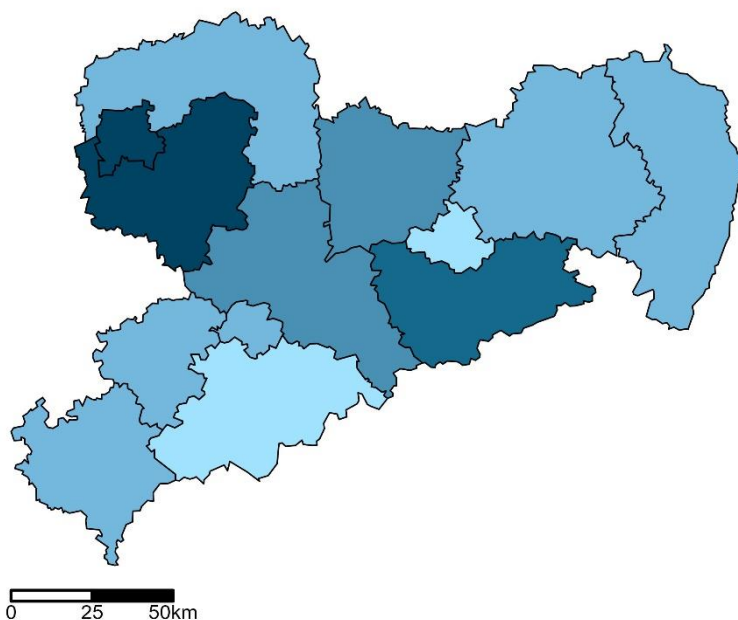
### Potenzielle Verfügbarkeit

Als potenzielle Verfügbarkeit wird das Verhältnis von Verstorbenen je Landkreis zur Anzahl der Betten, Ehrenamtlichen, Plätze oder Dienste im entsprechenden Landkreis ausgewertet. Die folgenden Karten stellen die potenziellen Verfügbarkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung auf Landkreisebene dar.

#### Ambulante Hospizversorgung

Verstorbene Erwachsene je Ehrenamtlichen in AHD je Landkreis

■	bis unter 20	■	20 bis unter 30	■	30 bis unter 40	■	40 bis unter 45	■	45 und mehr
---	--------------	---	-----------------	---	-----------------	---	-----------------	---	-------------



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
 Daten: SMS, Statistisches Bundesamt (Destatis), Eigene Berechnungen

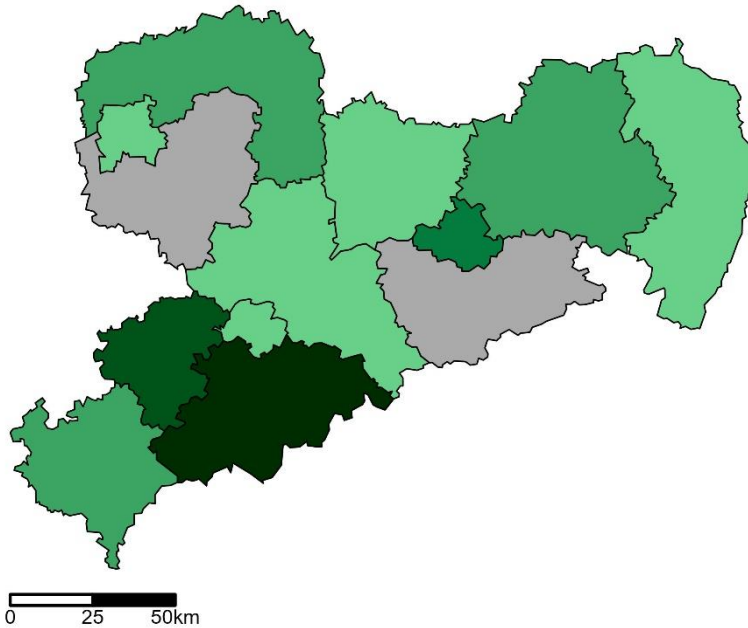
#### Karte 9: Potenzielle Verfügbarkeit der ambulanten Hospizdienste

Auf Karte 9 zeigt sich, dass der Landkreis Leipzig und die Stadt Leipzig im Vergleich zum Rest Sachsens eine verhältnismäßig schlechte potenzielle Verfügbarkeit mit über 45 Verstorbenen je ehrenamtlich tätige Person in AHD hat. Eine besonders gute potenzielle Verfügbarkeit hat dagegen der Erzgebirgskreis, sowie die Stadt Dresden mit unter 20 verstorbenen Erwachsenen je Ehrenamtlichen in AHD.

## Stationäre Hospizversorgung

Verstorbene Erwachsene je Hospizbett je Landkreis

Kein Hospiz vorhanden	300 bis unter 400	500 bis unter 600
150 bis unter 300	400 bis unter 500	600 und mehr



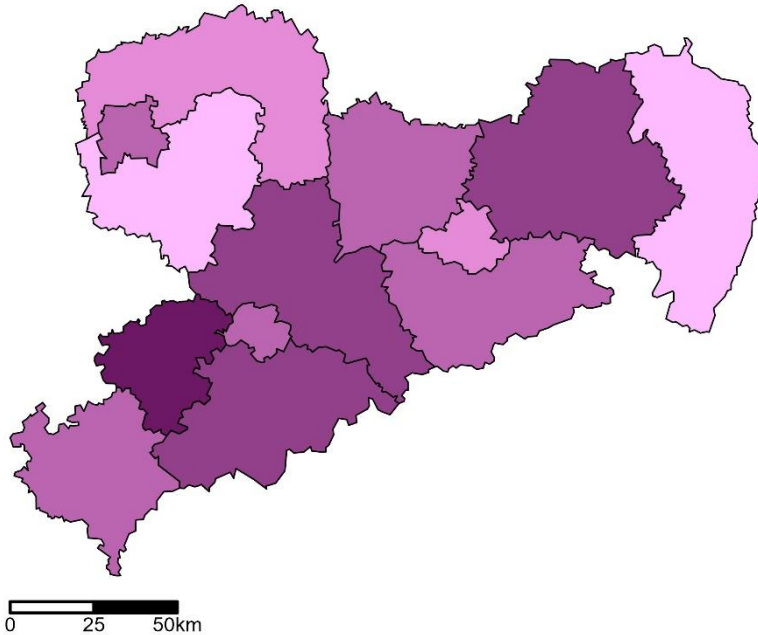
Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: SMS, Statistisches Bundesamt (Destatis), Eigene Berechnungen

### Karte 10: Potenzielle Verfügbarkeit der stationären Hospize

Bei der stationären Hospizversorgung haben besonders der Landkreis Görlitz, Meißen und Mittelsachsen, sowie die Städte Chemnitz und Leipzig ein gutes Verhältnis von unter 300 Verstorbenen je Hospizbett. Zudem ist davon auszugehen, dass zwischen den Landkreisen eine hohe Mitversorgung besteht. Diese Mitversorgungen können anhand von Karte 10 nachvollzogen werden. Die Landkreise Sächsische Schweiz-Osterzgebirge und der Landkreis Leipzig besitzen kein stationäres Hospiz.

## Ambulante Palliativversorgung

Verstorbene Erwachsene je SAPV je Landkreis  unter 2000  2000 bis unter 3000  3000 bis unter 4000  4000 bis unter 5000  5000 und mehr



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: LVHP, Statistisches Bundesamt (Destatis), Eigene Berechnungen

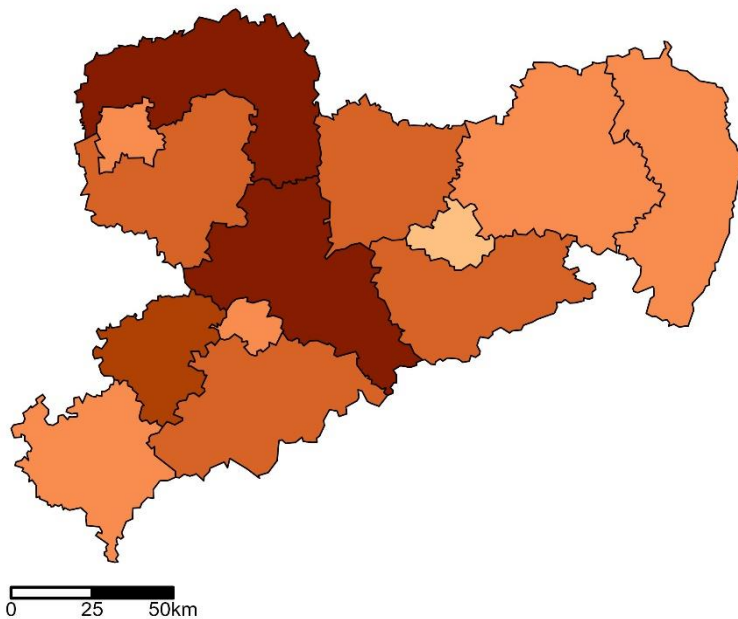
### Karte 11: Potenzielle Verfügbarkeit der SAPV-Dienste

Die Potenzielle Verfügbarkeit für SAPV-Dienste wird anhand der Anzahl der Dienste bezüglich ihrer jeweiligen Versorgungsregionen untersucht. Hinsichtlich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zeigen sich in Relation hohe Verstorbenezahlen im Landkreis Zwickau, wie der Karte 11 zu entnehmen ist. Die Landkreise Leipzig und Görlitz besitzen dagegen eine gute Versorgungslage mit unter 2.000 verstorbenen Erwachsenen je SAPV-Dienst.

## Stationäre Palliativversorgung

Verstorbene Erwachsene je Platz in Palliativstation je Landkreis

unter 150	150 bis unter 200	200 bis unter 300	300 bis unter 400	400 und mehr
-----------	-------------------	-------------------	-------------------	--------------



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: SMS, Statistisches Bundesamt (Destatis), Eigene Berechnungen

### Karte 12: Potenzielle Verfügbarkeit Palliativstationen

In Karte 12 ist ersichtlich, dass besonders die Kreise Mittelsachsen und Nordsachsen viele Verstorbene Erwachsene je Platz auf einer Palliativstation aufweisen. Ein gutes Verhältnis zwischen Verstorbenen Erwachsenen und Plätzen auf Palliativstationen haben die Stadt Chemnitz mit unter 150 Verstorbenen Erwachsenen je Platz in Palliativstationen, sowie die Städte Dresden und Leipzig und die Landkreise Vogtlandkreis, Görlitz und Bautzen mit unter 200 Verstorbenen Erwachsenen je Platz in Palliativstationen.

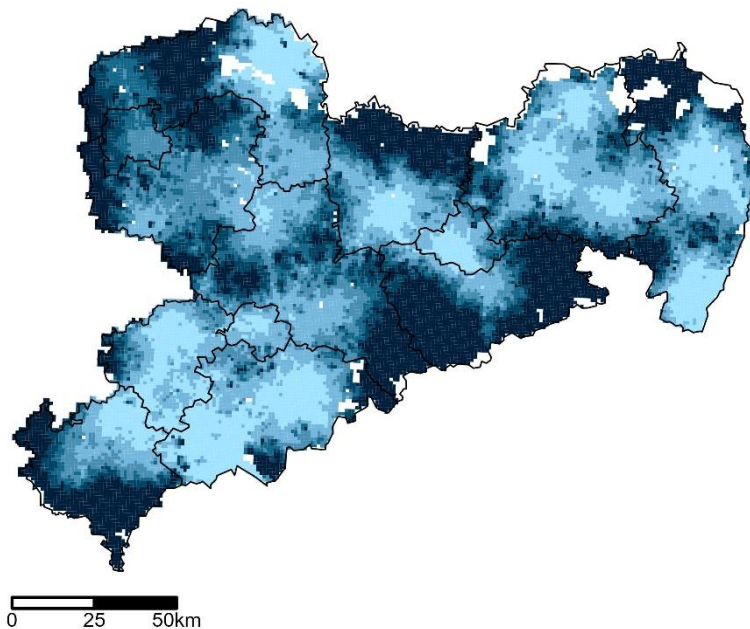
## Erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit

Die Karten zur erreichbarkeitsgewichteten Verfügbarkeit stellen das Verhältnis aus Angebotskapazitäten und Versorgungsbedarfen dar. Sie bilden eine Kombination aus den Karten der Mindestreichbarkeiten mittels PKW und den potenziellen Verfügbarkeiten. Das Ergebnis ist ein Verfügbarkeitsindikator, der regionale Bedarfe ins Verhältnis zu den verfügbaren Angeboten setzt und sich dabei nicht auf administrative Grenzen bezieht, sondern auf Einzugsbereiche von Leistungserbringenden. Für jede 1 km x 1 km-Rasterzelle kann so die Verfügbarkeit pro Versorgungsbereich bestimmt werden, indem angegeben wird, wie viele verstorbene Erwachsene auf ein Hospizbett, ein Palliativbett, ein Ehrenamt ausübende Person im AHD oder ein SAPV-Team kommen.

### Ambulante Hospizversorgung

Verfügbarkeitsindikator

unter 20	30 bis unter 40	50 bis unter 70
20 bis unter 30	40 bis unter 50	70 und mehr



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: SMS, Eigene Berechnungen

### Karte 13: Erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit Ambulante Hospizdienste

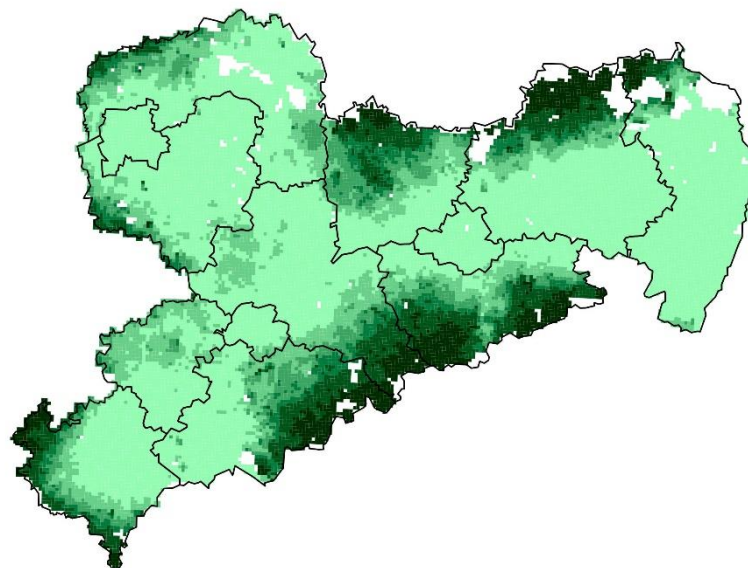
Auf Karte 13 ist die erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit für AHD zu sehen. Der Verfügbarkeitsindikator beschreibt hier die Anzahl der verstorbenen Erwachsenen je ehrenamtlich arbeitende Person im AHD. Eine besonders gute Verfügbarkeit besteht dabei im Bezirk Chemnitz, wo die Werte größtenteils bei unter 20 oder bis zu 30 Verstorbenen je ehrenamtlich tätige Person liegen. Eine Ausnahme bildet hier der Süden des Vogtlandkreises. Der Landkreis Bautzen besitzt eine ähnlich gute Verfügbarkeit von Ehrenamtlichen in AHD. Im Vergleich schlecht versorgt ist dagegen der Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge mit in großen Teilen über 70 Verstorbenen pro Ehrenamtlichem oder Ehrenamtlicher.



## Stationäre Hospizversorgung

Verfügbarkeitsindikator

unter 400	500 bis unter 600	700 bis unter 1100
400 bis unter 500	600 bis unter 700	1100 und mehr



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: SMS, Eigene Berechnungen

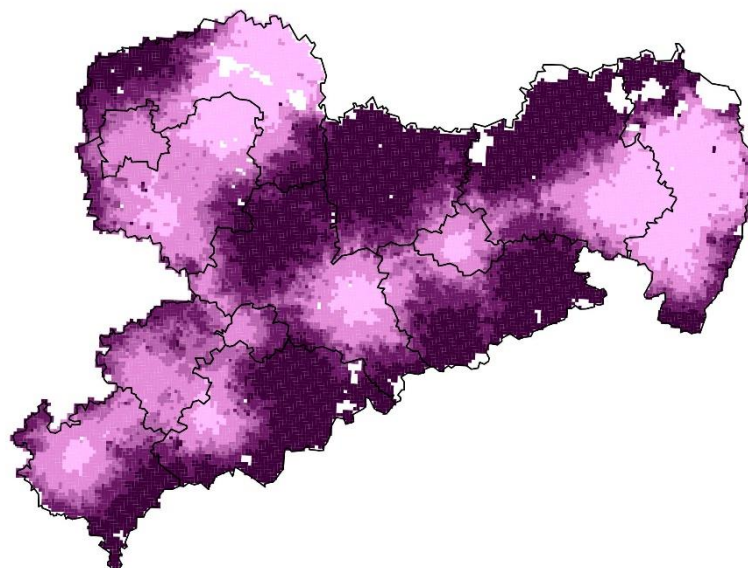
### Karte 14: Erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit Stationäre Hospize

Auf Karte 14 ist die erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit für stationäre Hospize abgebildet, wobei der Verfügbarkeitsindikator die Anzahl der verstorbenen Erwachsenen ins Verhältnis zu Hospizbetten setzt. Insgesamt sind große Teile Sachsens mit bis zu 500 verstorbenen Erwachsenen je Hospizbett gut versorgt. Ausnahmen bilden der Norden der Landkreise Meißen und Bautzen sowie im südlichen Sachsen die Teile von Mittelsachsen, dem Erzgebirgskreis und dem Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge mit teilweise über 1.100 Verstorbenen je Hospizbett.

## Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Verfügbarkeitsindikator

unter 2000	4000 bis unter 6000	8000 bis unter 20000
2000 bis unter 4000	6000 bis unter 8000	20000 und mehr



0 25 50km

Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: LVHP, Eigene Berechnungen

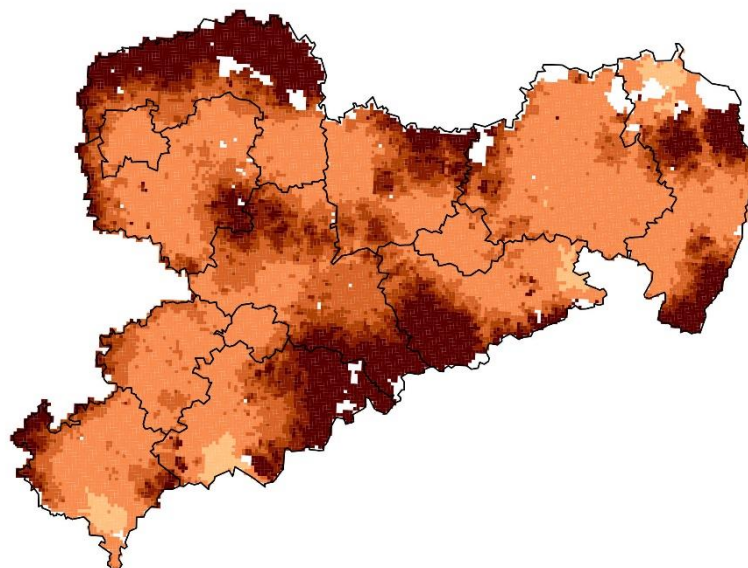
### Karte 15: Erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit SAPV

Die erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit der SAPV-Teams wird ausgehend von deren Standorten auf Karte 15 dargestellt. Erkennbar sind große regionale Schwankungen. Gebiete, die in der Nähe eines oder mehrerer SAPV-Teams liegen, besitzen einen Verfügbarkeitsindikator von unter 4.000 verstorbenen Erwachsenen je SAPV-Dienst, z. B. in den Regionen in den Landkreisen Görlitz und Meißen und im Landkreis Leipzig. Dagegen sind beispielsweise im Landkreis Meißen und im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge die nächsten SAPV-Teams relativ weit entfernt, weswegen hier die Versorgung durch SAPV-Teams mit 20.000 verstorbenen Erwachsenen je SAPV-Team als schlechter einzustufen ist.

## Stationäre Palliativversorgung

Verfügbarkeitsindikator

unter 100	300 bis unter 500	700 bis unter 1100
100 bis unter 300	500 bis unter 700	1100 und mehr



0 25 50km

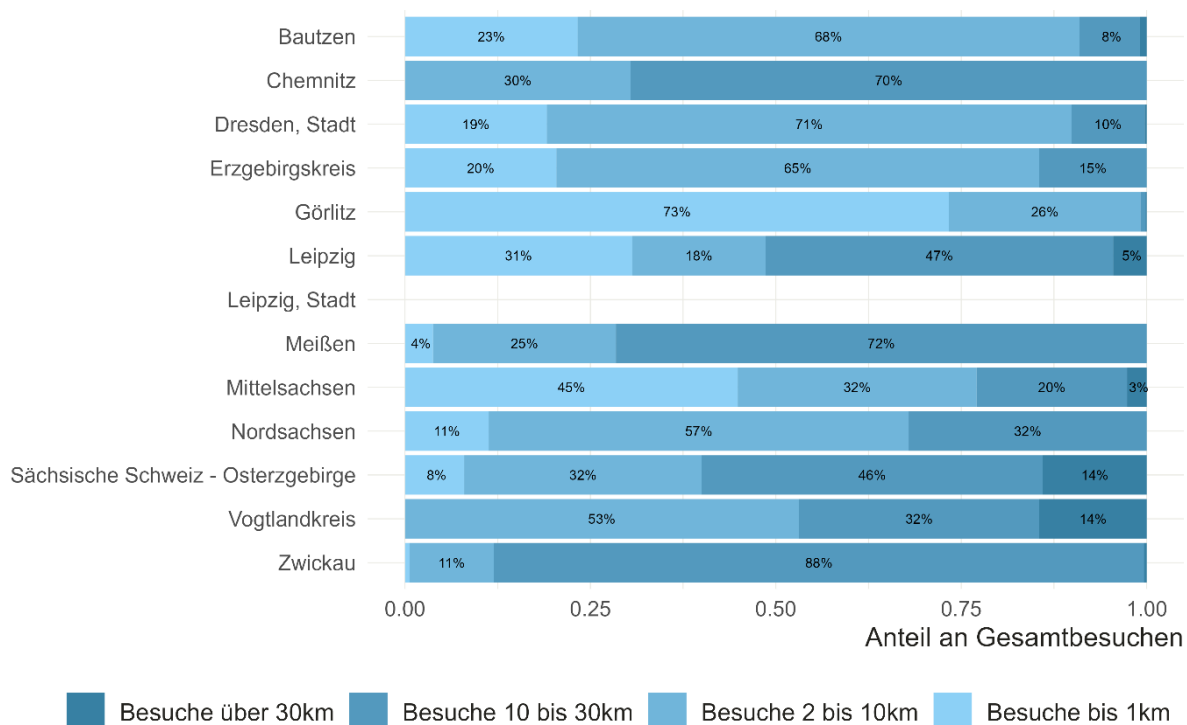
Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: SMS, Eigene Berechnungen

### Karte 16: Erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit Palliativstationen

Die erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit für Palliativstationen wird auf Karte 16 dargestellt. Der Verfügbarkeitsindikator beschreibt hier die Anzahl der verstorbenen Erwachsenen im Verhältnis zu verfügbaren Betten auf Palliativstationen. Große Teile Sachsens besitzen einen guten Zugang zu Palliativstationen mit unter 300 verstorbenen Erwachsenen je Palliativbett. Ein schlechterer Zugang zur Palliativstationen zeigt sich wiederum in Teilen des Erzgebirgskreises, Mittelsachsen und der Sächsischen Schweiz-Osterzgebirge in der Nähe zur tschechischen Grenze sowie in Nordsachsen. Hier kommen über 1.100 verstorbene Erwachsene auf ein Bett in Palliativstationen.

### 4.3.2 Realisierter Zugang zu Versorgungseinrichtungen

Die Entfernung zwischen dem Ort einer Sterbebegleitung und dem Standort des AHD wird in Abbildung 3 (SMS, 2022a), welche auf Basis der Berichterstattung zur Verwendungsnachweisprüfung RL Gesundheit und Versorgung erstellt wurde, dargestellt.<sup>18</sup> Hierbei werden die jeweiligen Anteile der Besuche mit einer Entfernung bis 1 km, 2–10 km, 10–30 km und über 30 km an der Summe der Besuche aggregiert je Landkreis/kreisfreie Stadt prozentual abgebildet. Der höchste Anteil an Besuchen bis 1 km findet sich hierbei im Landkreis Görlitz (73 %)<sup>19</sup>, wohingegen der Anteil im Vogtlandkreis 0 % beträgt. Der höchste Anteil an Besuchen mit einer Entfernung zwischen 2 und 10 km zeigt sich mit 71 % in Dresden, wohingegen Besuche mit diesen Entfernungen in Zwickau nur einen Anteil von 11 % ausmachen. Mit 88 % weist Zwickau prozentual den höchsten Anteil an Besuchen zwischen 10 und 30 km auf; in Görlitz betrifft dies hingegen nur 1 % der Gesamtbesuche. In der Sächsischen Schweiz/Osterzgebirge sowie im Vogtlandkreis machen Besuche mit einer Entfernung über 30 km 14 % der Gesamtbesuche aus; in den anderen Landkreisen/kreisfreien Städten variiert der Anteil von 0 % bis 5 %.



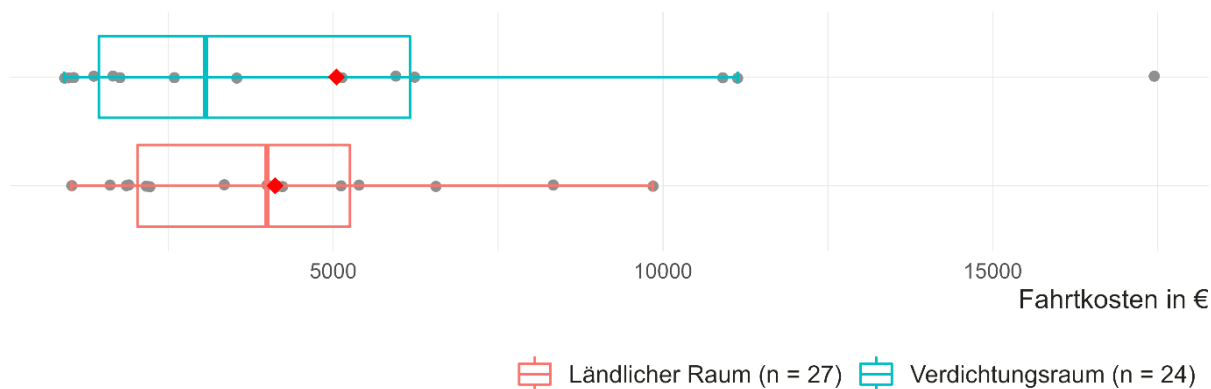
Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der LDS-Berichterstattung zur Verwendungsnachweisprüfung RL Gesundheit und Versorgung

Abbildung 3: Entfernung zwischen Standort des AHD und Ort der Sterbebegleitung, 2020

<sup>18</sup> Für die kreisfreie Stadt Leipzig lagen keine Daten vor.

<sup>19</sup> Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der hohe Anteil an Besuchen bis 1km auf 2 AHD zurückzuführen ist, die jeweils in den Städten Görlitz und Zittau verortet sind.

Abbildung 4 verdeutlicht die Unterschiede in den Fahrtkosten zwischen ambulanten Hospizdiensten im ländlichen Raum und im Verdichtungsraum. Hierbei zeigen sich höhere mediane Fahrtkosten für die im ländlichen Raum tätigen ambulanten Hospizdienste ( $\text{Median}_{\text{Ländlicher Raum}} = 3.994 \text{ €}$ ;  $\text{Median}_{\text{Verdichtungsraum}} = 3.062 \text{ €}$ ).<sup>20</sup>



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der LDS-Berichterstattung zur Verwendungsnachweisprüfung RL Gesundheit und Versorgung

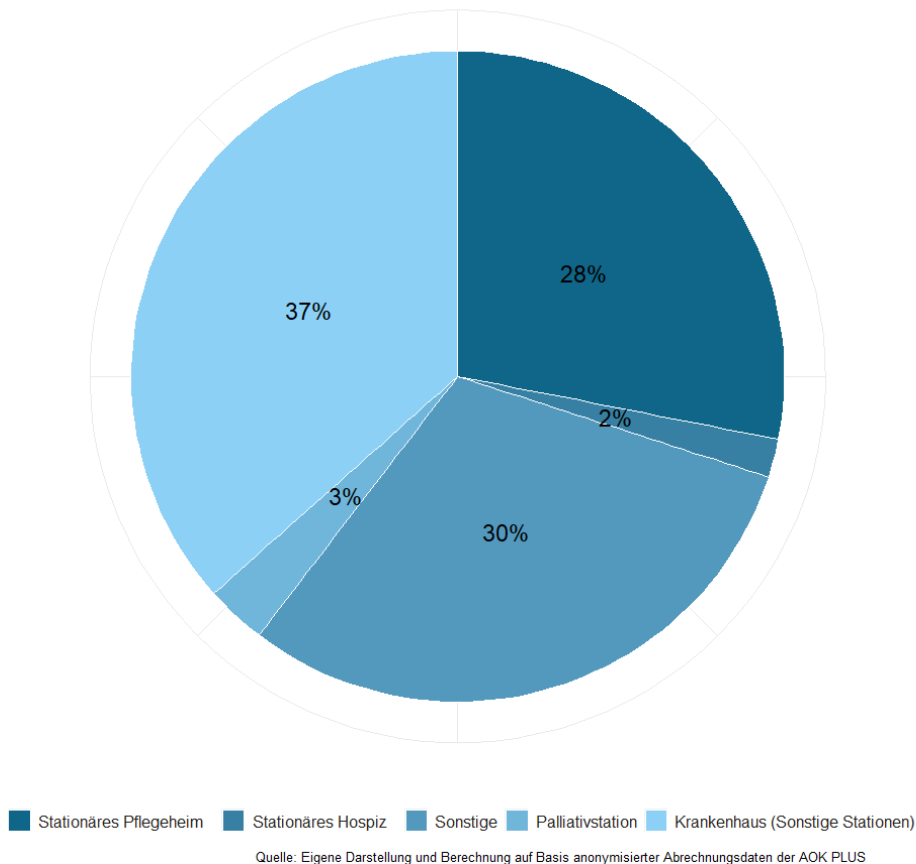
Abbildung 4: Fahrtkosten der AHD nach Raumkategorie, 2020

#### 4.4 Realisierte Sterbeorte

Auf Basis anonymisierter Daten der AOK PLUS zu den verstorbenen AOK-Versicherten im Jahr 2020 wurden unter Anwendung des in Kapitel 2 beschriebenen regionalen Anpassungsfaktors die tatsächlichen Sterbeorte der im Freistaat Sachsen Verstorbenen im Jahr 2020 analysiert.

Gemäß Abbildung 5 verstarben 37 % und damit die meisten Erwachsenen auf einer nicht palliativmedizinisch spezialisierten Krankenhausstation. 28 % der Erwachsenen in Sachsen verstarben im Jahr 2020 in einem stationären Pflegeheim. Nur etwa 2 % bzw. 3 % der Erwachsenen verstarben in einem stationären Hospiz oder auf einer Palliativstation. 30 % der Erwachsenen in Sachsen verstarben im Jahr 2020 weder im Krankenhaus noch im stationären Pflegeheim oder im stationären Hospiz.

<sup>20</sup> Bei Betrachtung des Mittelwertes weisen hingegen AHD im Verdichtungsraum höhere Kosten auf (5.049 € versus 4.119 €).



**Abbildung 5: Verteilung tatsächlicher Sterbeorte in der sächsischen Bevölkerung im Jahr 2020 (Erwachsene)**

Tabelle 24 weist darüber hinaus die absolute Anzahl an verstorbenen Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen in Sachsen je Sterbeort differenziert nach Landkreisen und kreisfreien Städten aus. Die Anzahl an Sterbefällen für Erwachsene wurde zudem in Bezug auf die ausgewiesene Übersterblichkeit je Landkreis/kreisfreie Stadt für das Jahr 2020 adjustiert.

Die meisten verstorbenen Kinder und Jugendlichen verstarben auf einer nicht palliativmedizinisch spezialisierten Station im Krankenhaus (n = 64), 17 Fälle entfallen hierbei auf die kreisfreie Stadt Leipzig. In Bezug auf Sterbeort „Palliativstation“ verstarben absolut gesehen die meisten Erwachsenen in der kreisfreien Stadt Leipzig (n = 395; 372). Unter Betrachtung des Sterbeortes „Stationäres Hospiz“ weist ebenfalls die kreisfreie Stadt Leipzig die höchste Anzahl auf (n = 213; 201). Mit 2.344 bzw. 1.978 Sterbefällen weist der Erzgebirgskreis die höchste Anzahl an Verstorbenen auf einer nicht palliativmedizinisch spezialisierten Krankenhausstation auf. 2.003 bzw. 1.729 Sterbefälle und somit die höchste Anzahl an Verstorbenen in einem stationären Pflegeheim sind in der kreisfreien Stadt Dresden zu verzeichnen. Die höchste Anzahl an Sterbefällen, die nicht einem der zuvor genannten Sterbeorte zugeordnet werden können, wurde im Erzgebirgskreis registriert (n = 1.945 bzw. 1.642).

Tabelle 24: Anzahl von Verstorbenen in Sachsen nach Sterbeorten sowie Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2020

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Palliativstation		Stationäres Hospiz		Krankenhaus (Sonstige Stationen)		Stationäres Pflegeheim		Sonstige		Insgesamt
	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	
<b>Chemnitz, Stadt</b>	0	81 (69) <sup>a</sup>	2	67 (57)	2	1.456 (1.242)	0	1.330 (1.134)	4	982 (838)	3.924 (3.348)
<b>Erzgebirgskreis</b>	0	66 (56)	4	92 (78)	6	2.344 (1.978)	0	1.443 (1.218)	2	1.945 (1.642)	5.902 (4.984)
<b>Mittelsachsen</b>	0	40 (34)	0	130 (112)	8	1.965 (1.686)	0	1.383 (1.187)	2	1.624 (1.393)	5.152 (4.422)
<b>Vogtlandkreis</b>	0	253 (227)	0	61 (55)	3	1.286 (1.154)	0	1.015 (910)	6	1.442 (1.293)	4.066 (3.648)
<b>Zwickau</b>	0	129 (110)	4	65 (56)	4	2.286 (1.962)	0	1.613 (1.378)	0	1.768 (1.510)	5.869 (5.014)
<b>Dresden, Stadt</b>	0	343 (296)	0	142 (123)	6	2.021 (1.744)	0	2.003 (1.729)	6	1.643 (1.418)	6.164 (5.322)
<b>Bautzen</b>	0	125 (105)	0	84 (71)	4	1.777 (1.496)	0	1.397 (1.176)	4	1.519 (1.279)	4.910 (4.135)
<b>Görlitz</b>	0	98 (79)	0	95 (77)	3	1.835 (1.485)	0	1.337 (1.082)	3	1.435 (1.161)	4.806 (3.890)
<b>Meißen</b>	0	22 (18)	0	40 (32)	6	1.497 (1.196)	0	963 (769)	2	1.387 (1.108)	3.917 (3.131)
<b>Sächs. Schweiz /Osterzgebirge</b>	0	87 (69)	0	46 (37)	3	1.343 (1.066)	2	1.381 (1.097)	2	1.265 (1.004)	4.129 (3.280)
<b>Leipzig, Stadt</b>	0	395 (372)	0	213 (201)	17	2.254 (2.126)	0	1.943 (1.832)	0	1.787 (1.685)	6.609 (6.233)
<b>Landkreis Leipzig</b>	0	154 (148)	0	113 (109)	0	1.374 (1.325)	0	903 (870)	10	1.093 (1.054)	3.647 (3.516)
<b>Nordsachsen</b>	0	50 (45)	0	54 (49)	2	1.257 (1.139)	0	695 (630)	8	932 (844)	2.998 (2.717)
<b>Sachsen</b>	<b>0</b>	<b>1.843 (1.628)</b>	<b>10</b>	<b>1.202 (1.057)</b>	<b>64</b>	<b>22.695 (19.589)</b>	<b>2</b>	<b>17.406 (15.012)</b>	<b>49</b>	<b>18.822 (16.229)</b>	<b>62.093<sup>b</sup> (53.640)</b>

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten der AOK PLUS, 2022; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a. Anmerkungen: <sup>a</sup>Adjustierte Anzahl an Verstorbenen gemäß Übersterblichkeit in Sachsen im Jahr 2020 in

Klammern; <sup>b</sup>Abweichungen zu den registrierten Sterbefällen in Sachsen im Jahr 2020 (62.092) sowie den adjustierten Sterbefällen in Tabelle 26 sind bedingt durch Rundungen im Rahmen der Berechnungen sowie der unter Kapitel 4 gelisteten methodischen Problematik der Altersdifferenzierung der offiziell ausgewiesenen Sterbefälle.



## 5. Bedarfsberechnung und -prognose

### 5.1 Richtwerte zur Bedarfsschätzung und Mortalitätsadjustierung

Tabelle 25 gibt einen Überblick über aktuelle Richtwerte zur Abschätzung des Bedarfs an Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung, welche als Grundlage für die Bedarfsrechnungen im Status quo sowie für die Bedarfsprognosen verwendet wurden. Sofern für einen Versorgungsbereich in den Recherchen mehrere Richtwerte in Hinblick auf Bedarfe und Personalausstattung identifiziert wurden, werden diese ergänzend ausgewiesen. Die Richtwerte beziehen sich auf Empfehlungen maßgeblicher Organisationen (DGP, DHPV, EAPC<sup>21</sup>). Zum Teil wurden die Richtwerte in gemeinsamen Empfehlungen der Fachverbände und Kostenträger und -trägerinnen übernommen und in den zurückliegenden Jahren überarbeitet. Die Empfehlungen der Fachverbände stellen jedoch keine verbindlichen Vorgaben dar. Lediglich die Vorgaben hinsichtlich der Personalausstattung der AHD sind für die Finanzierung durch die Krankenkassen bindend. Für eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV-Leistungen dienen die in Tabelle 25 erfassten Empfehlungen bspw. weiterhin als Richtwerte und es wird betont, dass regionale Bedarfe auch anhand verschiedener Faktoren (z. B. demografische Entwicklung, Altersstruktur, Epidemiologie relevanter Erkrankungen, Siedlungsstruktur) zu bewerten sind (GKV Spitzenverband, 2012). Auch bei den gemeinsamen Empfehlungen zur Ausgestaltung der SAPPV handelt es sich um Orientierungswerte der Krankenkassenverbände auf Bundesebene, des GKV-Spitzenverbandes, des DHPV und der DGP, die in Verhandlungen zu konkretisieren sind (GKV Spitzenverband et al., 2013). Die als Orientierungswert für regionale Verhandlungen heranzuziehenden Angaben zur Personalausstattung in stationären Hospizen beziehen sich auf ein solitäres Hospiz mit acht Betten, wobei durch diese keine lineare Anpassung bewirkt werden soll.

**Tabelle 25: Richtwerte zum Bedarf an Hospiz- und Palliativversorgung**

Versorgungsbereich	Richtwerte für die Bedarfsschätzung
<b>Ambulante Hospizdienste</b>	<p>1 AHD je 40.000 Einwohner und Einwohnerinnen, in Abhängigkeit der Raumstruktur sinkt Richtwert auf 1 AHD je 80.000 Einwohner und Einwohnerinnen; Ausstattung mind. 1 hauptamtliche, in Palliativversorgung geschulte Koordinationskraft und 10–12 Ehrenamtliche (Radbruch &amp; Payne, 2011)</p> <p>Personalausstattung: mind. 1 hauptamtliche, speziell weitergebildete Fachkraft sowie 15 (im Jahr der Gründung: 12) qualifizierte, einsatzbereite Ehrenamtliche (GKV Spitzenverband, 2016)</p>
<b>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</b>	<p>1 SAPV-Team mit 8 Vollzeitstellen zur Versorgung von 250.000 Einwohnern und Einwohnerinnen (GKV Spitzenverband &amp; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2019)</p> <p>alternative Empfehlung: 10 Teams je 1 Million Einwohner, wobei von der DGP hier die Empfehlung der EAPC für ambulante Palliativdienste auf SAPV übertragen wurde (DGP &amp; DHPV, 2015)</p> <p>Schätzung: 10 % aller Versterbenden benötigen SAPV (DGP, 2017; GKV Spitzenverband et al., 2013)</p>

<sup>21</sup> Die Empfehlungen der EAPC wurden von Payne, Harding, Williams, Ling und Ostgathe (2022) auf ihre Aktualität hin überprüft. Die für die Bedarfsschätzung/-prognose zugrunde gelegten Richtwerte wurden in diesem Rahmen nicht aktualisiert/überarbeitet.

Versorgungsbereich	Richtwerte für die Bedarfsschätzung
<b>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche</b>	<p>Empfehlung zur Erreichbarkeit der SAPV<sup>22</sup>: maximaler Radius von 30 km / maximale Anfahrtszeit von 30 Minuten ausgehend vom Sitz des Teams (§ 6 Abs. 4) (DGP &amp; DHPV, 2009)</p> <p>1 Team je betroffene 40–50 Kinder und Jugendliche in einem Umkreis von circa 120 km (GKV Spitzenverband &amp; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2019)</p> <p>personelle Ausstattung: 1,5–1,9 Vollzeitäquivalente (VZÄ) Ärzte, 3,5–4 VZÄ Pflegekräfte (GKV Spitzenverband &amp; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2019)</p> <p>Schätzung bundesweiter Bedarf: circa 30 SAPPV-Teams (GKV Spitzenverband &amp; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2019)</p>
<b>Palliativstationen &amp; stationäre Hospize</b>	<p>Personalausstattung auf Palliativstationen: Verhältnis von Pflegefachkräften pro Bett mind. 1:1, Verhältnis von spezialisierten Ärzten und Ärztinnen pro Bett mind. 0,15:1 (Radbruch &amp; Payne, 2011)</p> <p>laut Deutschem Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) mindestens 5 Betten je Palliativstation (DIMDI, 2021)</p> <p>Alternativen Schätzungen zufolge 80–100 Betten je 1 Million Einwohner und Einwohnerinnen für Palliativ- und Hospizbetten zusammen (DGP &amp; DHPV, 2015; Radbruch &amp; Payne, 2011)</p> <p>8–16 Plätze je Hospiz (GKV Spitzenverband &amp; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2019)</p> <p>Personalausstattung in Hospizen: Verhältnis von Pflegefachkräften pro Bett mind. 1:1, 24-stündige Erreichbarkeit eines in Palliativmedizin weitergebildeten Arztes bzw. einer weitergebildeten Ärztin, Vorhaltung von speziell ausgebildeten Mitarbeitenden für psychosoziale und spirituelle Betreuung, Einbezug Ehrenamtlicher (Radbruch &amp; Payne, 2011)</p> <p>Orientierungswerte für ein solitäres Hospiz mit 8 Betten: P 12,35 VZÄ Pflege; 0,75 VZÄ psychosoziale Betreuung; 0,5 VZÄ Hospizleitung; 0,75 VZÄ verantw. Pflegekr.; 0,75 VZÄ Verwaltung; 0,4 VZÄ QM; 2,7 VZÄ Hauswirtschaft (GKV Spitzenverband &amp; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2019)</p>
<b>Stationäre Kinder- und Jugendhospize</b>	<p>8 bis max. 16 Plätze (GKV Spitzenverband &amp; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2019)</p> <p>Personalausstattung: mindestens 1 hauptberufliche Pflegekraft, weiteres Personal entsprechend des Bedarfs (GKV Spitzenverband &amp; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2019)</p> <p>Solitäres Kinderhospiz (bei 8 Betten): 20,86 VZÄ Pflege; 3,25 VZÄ psychosoz. Betr.; 0,5 VZÄ Hospizleitung; 0,75 VZÄ verantw. Pflegekr.; 1,0 VZÄ Verwaltung; 0,5 VZÄ QM; 4,3 VZÄ Hauswirtschaft (GKV Spitzenverband &amp; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2019)</p>

<sup>22</sup> Gemäß gemeinsamem 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 SAPV.

Versorgungsbereich	Richtwerte für die Bedarfsschätzung
<b>Palliativmedizinische Konsiliardienste</b>	Je Krankenhaus ab 200 (DGP & DHPV, 2015) bzw. 250 Betten, 1 Konsiliardienst bzw. Palliativbeauftragter oder -beauftragte (Radbruch & Payne, 2011).

Quelle: Eigene Darstellung.

Methodisch zu berücksichtigen ist bei Verwendung der dargestellten Richtwerte und Empfehlungen deren reiner Populationsbezug, d. h., es ist keine Mortalitätsadjustierung der Werte anhand (bspw. regionalspezifischer) Sterbefälle ausgewiesen. Aufgrund variierender Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstrukturen kann es somit zu Verzerrungen bei den Bedarfsschätzungen kommen. Es wird deshalb, wie bereits in der Hospizstudie 2017, eine Mortalitätsadjustierung differenziert nach Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen vorgenommen.

Auf Basis der Bevölkerung zum Stand 2020 und der empfohlenen Richtwerte werden zunächst je Versorgungsbereich Sollwerte für die insgesamt in Deutschland benötigten Einrichtungen berechnet. Indem diese auf die in Deutschland im Jahr 2020 Verstorbenen bezogen werden, kann für jeden Versorgungsbereich ein Faktor zur Mortalitätsadjustierung berechnet werden, der auf die in Sachsen im Jahr 2020 Gestorbenen<sup>23</sup> angewendet wird. Datengrundlage für die regionalisierte altersspezifische Mortalitätsadjustierung der Bedarfsrechnungen im Status quo sind die in Tabelle 26 dargestellten Sterbefälle in Sachsen für das Jahr 2020. Die Kategorien „Unter 1 Jahr“, „1 bis unter 15 Jahre“ und „15 bis unter 18 Jahre“ entsprechen hierbei der Altersgruppe Kinder und Jugendliche, die Kategorien „18 bis unter 65 Jahre“, „65 bis unter 80 Jahre“ und „80 Jahre und älter“ bezeichnen die Erwachsenen. Die methodische Vorgehensweise je Versorgungsbereich wird in den nachfolgenden Infoboxen jeweils formal und im Detail beschrieben. Die aus den Berechnungen resultierenden Sollwerte sind in den nachfolgenden Teilkapiteln für jeden Versorgungsbereich den aktuell verfügbaren Ist-Kapazitäten gegenübergestellt (vgl. Teilkapitel 5.1.1 und 5.1.2). Bei einem Vergleich der berechneten Sollwerte im Status quo für das Jahr 2021 mit den prognostizierten Bedarfswerten für das Jahr 2020 in der Hospizstudie 2017 ist zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Datenjahre für die Sterbefälle in die Berechnungen (Mortalitätsadjustierung) eingegangen sind. Hieraus resultiert, dass für die Bedarfsprognosen der Hospizstudie 2017 eine prognostizierte Anzahl von 54.400 Sterbefällen für das Jahr 2020 zu Grunde gelegt wurde (entnommen aus der Hospizstudie 2013), wohingegen die Bedarfsrechnung im Status quo in dem vorliegenden Hospiz- und Palliativbericht Sachsen 2022 keine prognostizierten Sterbefälle einbezieht, sondern die 53.636 (adjustierten) Sterbefälle des Jahres 2020.<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Wie bereits zu Beginn von Kapitel 4 beschrieben, werden die für die Bedarfsrechnung im Status quo berücksichtigten Sterbefälle für Sachsen im Jahr 2020 in Bezug auf die ausgewiesene Übersterblichkeit für das Jahr 2020 in Sachsen adjustiert (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a).

<sup>24</sup> Die angegebenen Sterbefälle wurden gemäß der ausgewiesenen Übersterblichkeit für Sachsen im Jahr 2020 adjustiert, offiziell registriert wurden im Jahr 2020 62.092 Sterbefälle.

**Tabelle 26: Altersspezifische Sterbefälle im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten 2020**

Landkreis/ Stadt	kreisfreie	Sterbefälle						
		Unter 1 Jahr	1 bis un- ter 15 Jahre	15 bis unter 18 Jahre	18 bis unter 65 Jahre	65 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und älter	insge- samt
<b>Chemnitz, Stadt</b>		2	4	2	373	870	2.098	3.349
<b>Erzgebirgskreis</b>		6	5	1	510	1.285	3.176	4.983
<b>Mittelsachsen</b>		2	6	1	471	1.122	2.819	4.422
<b>Vogtlandkreis</b>		7	1	1	397	1.011	2.233	3.650
<b>Zwickau</b>		5	2	2	553	1.304	3.149	5.015
<b>Dresden, Stadt</b>		6	4	3	592	1.351	3.366	5.322
<b>Bautzen</b>		2	1	3	519	1.023	2.586	4.135
<b>Görlitz</b>		3	2	1	423	1.000	2.460	3.889
<b>Meißen</b>		4	2	2	322	769	2.031	3.130
<b>Sächs. Schweiz/Osterz- gebirge</b>		2	1	3	339	816	2.117	3.278
<b>Leipzig, Stadt</b>		11	3	3	911	1.723	3.582	6.233
<b>Landkreis Leipzig</b>		5	2	3	463	977	2.066	3.516
<b>Nordsachsen</b>		6	3	2	372	680	1.653	2.715
<b>Sachsen</b>		<b>62</b>	<b>37</b>	<b>25</b>	<b>6.245</b>	<b>13.931</b>	<b>33.336</b>	<b>53.636</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Destatis, 2022a, 2022b; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a. Anmerkung: Die im Vergleich zur Hospizstudie 2017 abweichende altersspezifische Darstellung ist bedingt durch die zugrundeliegende Altersgruppierung der Daten des statistischen Bundesamtes. Die dargestellten Sterbefälle wurden in Bezug auf die ausgewiesene Übersterblichkeit in Sachsen für das Jahr 2020 adjustiert.

## Mortalitätsadjustierte Bedarfsschätzung für AHD

Der Bedarf an AHD wird auf Basis der in Tabelle 25 dargestellten Empfehlung der EAPC geschätzt, nach der ein AHD mit 10 bis 12 Ehrenamtlichen durchschnittlich 40.000 Einwohner und Einwohnerinnen versorgen kann (Radbruch & Payne, 2011). Die nachfolgende Infobox 1 konkretisiert die Vorgehensweise inklusive der Mortalitätsanpassung.

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

#### Methodik mortalitätsadjustierte Bedarfsschätzung AHD

Das Vorgehen der Mortalitätsadjustierung zur Bedarfsermittlung basiert auf dem der Hospizstudien 2013 bzw. 2017 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 im Jahr 2020 bestimmt:

$$AHD_{SOLL_{Erw.;D}}^{2020} = \frac{Bevölkerung_{Erw.;D}^{2020}}{Richtwert} = \frac{69.411.087}{40.000}$$

Anschließend wird aus der für Deutschland berechneten Sollzahl in Relation zu den in Deutschland im Jahr 2020 Verstorbenen der Umrechnungsfaktor  $\lambda$  zur Mortalitätsadjustierung berechnet:

$$\lambda_{AHD_{Erw.}} = \frac{AHD_{SOLL_{Erw.;D}}^{2020}}{Gestorbene_{Erw.;D}^{2020}} = \frac{\sim 1.735}{981.681} = 0,00176766$$

Die Sollzahlen für die einzelnen Landkreise (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 ein 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: Destatis, 2022a, 2022b; Karmann et al., 2014; Weinhold et al., 2018.

## Mortalitätsadjustierte Bedarfsschätzung für SAPV

Analog zur Bedarfsschätzung der AHD erfolgt auch eine mortalitätsadjustierte Berechnung der Sollwerte für die SAPV. Hierbei wird als Empfehlung berücksichtigt, dass ein SAPV-Team mit acht Vollzeitstellen 250.000 Einwohner und Einwohnerinnen versorgen kann (GKV Spitzenverband, 2012; GKV Spitzenverband & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2019).

### Infobox 2: Methodik zur Berechnung des SAPV-Bedarfs

#### Methodik mortalitätsadjustierte Bedarfsschätzung SAPV

Für den Bereich der SAPV lässt sich zunächst die Anzahl der Teams berechnen, die Stand 2020 zur Versorgung der Erwachsenen in Deutschland gemäß Richtwert der Spitzenverbände benötigt werden:

$$SAPV_{Erw.;D}^{2020} = \frac{Bevölkerung_{Erw.;D}^{2020}}{250.000} = \frac{69.411.087}{250.000}$$

Der Umrechnungsfaktor  $\lambda$  für SAPV ergibt sich aus der Relation der benötigten SAPV-Teams für Deutschland zu den im Jahr 2020 in Deutschland verstorbenen Erwachsenen:

$$\lambda_{SAPV_{Erw.}} = \frac{SAPV_{Erw.;D}^{2020}}{Gestorbene_{Erw.;D}^{2020}} = \frac{\sim 278}{981.681} = 0,000282826$$

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

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

Quelle: Karmann et al., 2014; Weinhold et al., 2018; Destatis, 2022a, 2022b.

## Mortalitätsadjustierte Bedarfsschätzung Hospiz- und Palliativbetten

Richtwerte für die Abschätzung des hospizlich-palliativen Bettenbedarfs liegen bei 80 bis 100 Betten je 1 Million Einwohner und Einwohnerinnen (DGP & DHPV, 2015; Radbruch & Payne, 2011). Die Aufteilung der Bettenanzahl auf die beiden Bereiche erfolgt, analog zur Vorgehensweise in der Hospizstudie 2017, in einem Verhältnis von 40 % Hospizbetten zu 60 % Palliativbetten. Somit ergibt sich ein Richtwert von 32 Hospiz- und 48 Palliativbetten als untere Grenze bzw. 40 Hospiz- und 60 Palliativbetten als obere Grenze je 1 Million erwachsene Einwohner und Einwohnerinnen. Die Vorgehensweise zur Mortalitätsadjustierung dieser Richtwerte ist in Infobox 3 nachvollziehbar.

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

#### Methodik mortalitätsadjustierte Bedarfsschätzung Hospiz- und Palliativbetten

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

$$Bett_{SOLL_{Erw.;D}}^{2020} = \frac{Bevölkerung_{Erw.;D}^{2020} * Richtwert_{Hospiz\ bzw.\ Palliativ\ min\ bzw.\ max}}{1.000.000}$$

Daraus ergeben sich anhand der Soll-Bettenzahl in Relation zu den in Deutschland im Jahr 2020 verstorbenen Erwachsenen folgende Anpassungsfaktoren zur Berechnung der Sollwerte für Hospiz- bzw. Palliativbetten:

$$\lambda_{Hosp_{Erw.;min}} = \frac{Bett_{SOLL_{Erw.;D}}^{2020}}{Gestorbene_{Erw.;D}^{2020}} = \frac{\sim 2.221}{981.681} = 0,002262604$$

$$\lambda_{Hosp_{Erw.;max}} = \frac{Bett_{SOLL_{Erw.;D}}^{2020}}{Gestorbene_{Erw.;D}^{2020}} = \frac{\sim 2.776}{981.681} = 0,002828255$$

$$\lambda_{Palliativ_{Erw.;min}} = \frac{Bett_{Erw.;SOLL_D}^{2020}}{Gestorbene_{Erw.;D}^{2020}} = \frac{\sim 3.332}{981.681} = 0,003393907$$

$$\lambda_{Palliativ_{Erw.;max}} = \frac{Bett_{SOLL_{Erw.;D}}^{2020}}{Gestorbene_{Erw.;D}^{2020}} = \frac{\sim 4.165}{981.681} = 0,004242383$$

Die Soll-Bettenzahlen für die einzelnen Landkreise (i) und die 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: Destatis, 2022a, 2022b; Karmann et al., 2014; Weinhold et al., 2018.

## 5.1.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung im Status quo

Die im Status quo verfügbaren Kapazitäten je Versorgungsbereich werden in den nachfolgenden Abschnitten nach Landkreisen differenziert dargestellt und mit den aus den Berechnungen resultierenden Sollwerten verglichen.

### Ambulante Hospizdienste

In Bezug auf die Anzahl an Ehrenamtlichen in AHD zur Begleitung von sterbenden Erwachsenen ist der Freistaat Sachsen bei einem Richtwert von 10 Ehrenamtlichen (Sollwert 946) sowie einem erhöhten Richtwert von 12 Ehrenamtlichen je Dienst (Sollwert 1.135) in Summe mit 2051 Ehrenamtlichen gut versorgt und liegt deutlich über dem Mindestsollwert (vgl. Tabelle 27). Auch regional differenziert kann, gemessen an dem Mindestsollwert, eine ausreichende Versorgung konstatiert werden. Zudem zeigt sich, dass einige Landkreise wie z. B. der Erzgebirgskreis oder die kreisfreie Stadt Dresden – teils deutlich – über den Sollwerten liegen.

Tabelle 27: Ehrenamtliche in AHD für Erwachsene nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2021

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Dienste	Ehrenamtliche	Ehrenamtliche
	IST 2021	IST 2021	SOLL 2021
Chemnitz, Stadt	2	121	59-71
Erzgebirgskreis	7	309	88-105
Mittelsachsen	7	133	78-94
Vogtlandkreis	3	146	64-77
Zwickau	4	214	88-106
Dresden, Stadt	4	283	94-113
Bautzen	5	166	73-88
Görlitz	4	170	69-82
Meißen	2	103	55-66
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	3	81	58-69
Leipzig, Stadt	2	134	110-132
Landkreis Leipzig	2	75	62-74
Nordsachsen	4	116	48-57
<b>Sachsen</b>	<b>49</b>	<b>2.051</b>	<b>946-1.135</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Karmann et al., 2014; Weinhold et al., 2018; Radbruch & Payne, 2011; Destatis, 2022a, 2022b; SMS, 2022a; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a.

In Bezug auf die ambulanten Hospizdienste zur Begleitung sterbender Kinder und Jugendlicher zeigt sich für den Freistaat Sachsen hinsichtlich der Verfügbarkeit von Ehrenamtlichen entsprechend einer Sollrichtgröße zwischen 110–132 mit einem Ist-Bestand von 220 ehrenamtlich Tätigen eine tragfähige Versorgungssituation. Jedoch sind auch hier erhebliche regionale Unterschiede festzustellen; nur in sechs Landkreisen sind überhaupt Dienste tätig (vgl. Tabelle 28). Da in einigen dieser Landkreise und kreisfreien Städten (Chemnitz, Zwickau, Dresden, Görlitz, Leipzig (LK)) eine den Sollwert deutlich übersteigende Anzahl Ehrenamtlicher besteht, kann vermutet werden, dass erhebliche Mitversorgungsbeziehungen zwischen den kapazitätsmäßig gut ausgestatteten Regionen und den Regionen ohne eigenen Dienst bzw. eigene Ehrenamtliche bestehen.



**Tabelle 28: Ehrenamtliche in AHD für Kinder und Jugendliche im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2021**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Dienste	Ehrenamtliche	Ehrenamtliche
	IST 2021	IST 2021	SOLL 2021
Chemnitz, Stadt	1	51	7-9
Erzgebirgskreis	0	0	10-12
Mittelsachsen	0	0	8-10
Vogtlandkreis	1	13	8-9
Zwickau	1	43	8-9
Dresden, Stadt	1	54	11-14
Bautzen	0	0	6-7
Görlitz	1	19	6-7
Meißen	0	0	7-9
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	0	0	5-6
Leipzig, Stadt	0	0	15-18
Landkreis Leipzig	1	40	9-11
Nordsachsen	0	0	9-11
<b>Sachsen</b>	<b>6</b>	<b>220</b>	<b>110-132</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Karmann et al., 2014; Weinhold et al., 2018; Radbruch & Payne, 2011; Destatis, 2022a, 2022b; SMS, 2022a.

### **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

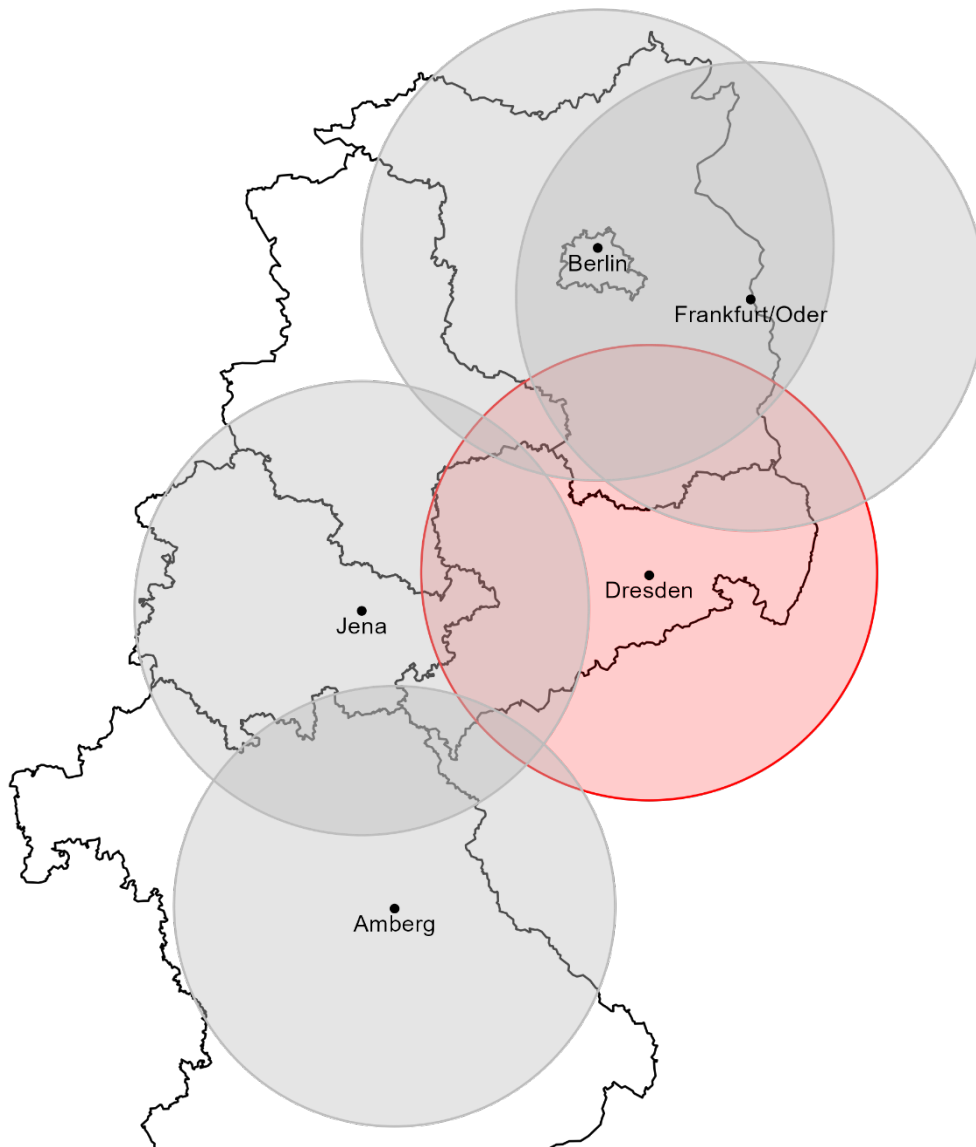
In Bezug auf die SAPV zur Versorgung von Erwachsenen (vgl. Tabelle 29) zeigt sich für den Freistaat Sachsen mit – unter Berücksichtigung der Versorgungsregion – 17 Teams gemäß dem errechneten Sollwert von 15 Teams eine ausreichende Versorgung. Auch regional differenziert ist ersichtlich, dass alle Landkreise bzw. kreisfreien Städte durch die benötigte Anzahl an SAPV-Teams (gemäß Sollwert) versorgt werden und hierbei die Landkreise Görlitz und Leipzig sogar über dem Sollwert liegen.

Tabelle 29: SAPV-Dienste im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2021

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Dienste		Dienste
	IST 2021 (VR)	IST 2021 (Vertrag)	SOLL 2021
Chemnitz, Stadt	1	1	1
Erzgebirgskreis	1	1	1
Mittelsachsen	1	1	1
Vogtlandkreis	1	1	1
Zwickau	1	1	1
Dresden, Stadt	2	3	2
Bautzen	1	1	1
Görlitz	2	2	1
Meißen	1	0	1
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	1	0	1
Leipzig, Stadt	2	2	2
Landkreis Leipzig	2	2	1
Nordsachsen	1	0	1
<b>Sachsen</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>15</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Karmann et al., 2014; Weinhold et al., 2018; GKV Spitzenverband, 2012; GKV Spitzenverband & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2019; Destatis, 2022a, 2022b; LVHP, o. J.; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a.

## Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: LVHP, DGP

### **Karte 17: Einzugsbereiche (Radius 120 km) der SAPPV-Teams in Dresden, Amberg, Jena, Berlin und Frankfurt/Oder**

In Bezug auf die in Tabelle 25 angegebenen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes kann ein Einzugsbereich von 120 Kilometern durch ein SAPPV-Team versorgt werden. Entsprechend ist, unter Berücksichtigung des SAPPV-Teams in der kreisfreien Stadt Dresden, bis auf das westliche Vogtland, eine ausreichende Versorgung in Sachsen gegeben (siehe Karte 17). Da jedoch SAPPV-Teams in Jena, Amberg, Berlin und Frankfurt/Oder aktiv sind und zudem im Rahmen der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes eine bundeslandübergreifende Versorgung zu ermöglichen ist, sind Mitversorgungseffekte durch diese Teams und somit für den Freistaat Sachsen eine flächendeckende Versorgung zu erwarten.

## 5.1.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

### Stationäre Hospizversorgung von Erwachsenen

Unter Berücksichtigung eines Richtwertes von 32 Betten je 1 Million Einwohner und Einwohnerinnen (Sollwert: 121 Betten) sowie des erhöhten Richtwertes von 40 Betten je 1 Million Einwohner und Einwohnerinnen (Sollwert: 151 Betten) zeigt sich für den Freistaat Sachsen mit 167 Betten ein gedeckter Bedarf (Tabelle 30). Auf Landkreisebene zeigen sich jedoch Differenzen. So gibt es in den Landkreisen Sächsische Schweiz/Osterzgebirge und Leipzig keine stationären Hospize zur Versorgung von Erwachsenen und entsprechend werden keine Betten vorgehalten. Darüber hinaus kann der Bedarf in den Landkreisen Erzgebirgskreis, Zwickau sowie der kreisfreien Stadt Dresden nicht vollständig gedeckt werden. Da die Ausstattung in den kreisfreien Städten Chemnitz und Leipzig sowie den Landkreisen Mittelsachsen, Vogtlandkreis, Görlitz und Meißen jedoch deutlich über die jeweiligen Empfehlungen hinausgeht, ist zu erwarten, dass die bestehende Versorgungslücke durch Mitversorgungseffekte geschlossen werden kann.

**Tabelle 30: Bettenzahlen der stationären Hospize für Erwachsene im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2021**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	IST 2021	SOLL 2021	
		32 Betten je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen	40 Betten je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen
<b>Chemnitz, Stadt</b>	16	8	9
<b>Erzgebirgskreis</b>	8	11	14
<b>Mittelsachsen</b>	22	10	12
<b>Vogtlandkreis</b>	12	8	10
<b>Zwickau</b>	9	11	14
<b>Dresden, Stadt</b>	12	12	15
<b>Bautzen</b>	12	9	12
<b>Görlitz</b>	24	9	11
<b>Meißen</b>	16	7	9
<b>Sächs. Schweiz/Osterzgebirge</b>	0	7	9
<b>Leipzig, Stadt</b>	28	14	18
<b>Landkreis Leipzig</b>	0	8	10
<b>Nordsachsen</b>	8	6	8
<b>Sachsen</b>	<b>167</b>	<b>121</b>	<b>151</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Karmann et al., 2014; Destatis, 2022a, 2022b; DGP & DHPV, 2015; Radbruch & Payne, 2011; SMS, 2021; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a; Weinhold et al., 2018.

### Stationäre Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen

Gemäß der in Tabelle 31 dargelegten Sollwerte für eine Empfehlung von 32 bzw. 40 Betten je 1 Million Einwohner und Einwohnerinnen zeigt sich für die stationäre Hospizversorgung für Kinder und Jugendliche in Sachsen rechnerisch aktuell ein Mehrbedarf von 4 bzw. 8 Betten. Hierbei ist zudem zu berücksichtigen, dass aktuell in Sachsen nur ein Hospiz für Kinder und Jugendliche existiert, welches in Markkleeberg und somit im westlichen Teil des Freistaates Sachsen ansässig ist.

**Tabelle 31: Bettenzahlen der stationären Hospize für Kinder und Jugendliche im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2021**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	IST 2021	SOLL 2021	
		32 Betten je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen	40 Betten je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen
Chemnitz, Stadt	0	1	1
Erzgebirgskreis	0	1	2
Mittelsachsen	0	1	1
Vogtlandkreis	0	1	1
Zwickau	0	1	1
Dresden, Stadt	0	1	2
Bautzen	0	1	1
Görlitz	0	1	1
Meißen	0	1	1
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	0	1	1
Leipzig, Stadt	0	2	2
Landkreis Leipzig	10	1	1
Nordsachsen	0	1	1
<b>Sachsen</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>18</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Destatis, 2022a, 2022b; Karmann et al., 2014; Radbruch & Payne, 2011; Weinhold et al., 2018; SMS, 2021.

### Stationäre Palliativversorgung

Unter Betrachtung der in Tabelle 32 dargestellten Sollwerte (182 bzw. 227 Betten) zeigt sich auf Landesebene auch bei Berücksichtigung der Empfehlung von 60 Betten je 1 Million Einwohner und Einwohnerinnen im Hinblick auf die Palliativstationen eine ausreichende Versorgung. Regionale Unterschiede zeigen sich u. a. darin, dass in den Landkreisen Mittelsachsen, Zwickau und Nordsachsen ein Mehrbedarf zu verzeichnen ist, wohingegen bspw. die kreisfreien Städte Dresden und Leipzig teils deutlich über den Sollwerten liegen. Unter der Annahme von Mitversorgungseffekten durch diese Landkreise ist allerdings, gemessen an einer Empfehlung von 48 Betten je 1 Million Einwohner und Einwohnerinnen, zu erwarten, dass die Versorgungslücke in den genannten Landkreisen geschlossen werden kann.

**Tabelle 32: Bettenzahlen der Palliativstationen im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Soll-Ist 2021**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	IST 2021	SOLL 2021	
		48 Betten je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen	60 Betten je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen
<b>Chemnitz, Stadt</b>	22	11	14
<b>Erzgebirgskreis</b>	22	17	21
<b>Mittelsachsen</b>	10	15	19
<b>Vogtlandkreis</b>	20	12	15
<b>Zwickau</b>	16	17	21
<b>Dresden, Stadt</b>	39	18	23
<b>Bautzen</b>	21	14	18
<b>Görlitz</b>	21	13	16
<b>Meißen</b>	15	11	13
<b>Sächs. Schweiz/Osterzgebirge</b>	15	11	14
<b>Leipzig, Stadt</b>	38	21	26
<b>Landkreis Leipzig</b>	17	12	15
<b>Nordsachsen</b>	6	9	11
<b>Sachsen</b>	<b>262</b>	<b>182</b>	<b>227</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Destatis, 2022a, 2022b; Karmann et al., 2014; Radbruch & Payne, 2011; Weinhold et al., 2018; SMS, 2022b; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a.

## 5.2 Bedarfsprognose auf Kreisebene

### 5.2.1 Bevölkerungsprognose

Für die Abschätzung des zukünftigen Bedarfes an hospizlich-palliativen Versorgungsleistungen wird im Rahmen des Hospiz- und Palliativberichtes 2022 eine Bedarfsprognose für die Jahre 2030 und 2050 durchgeführt. Hierfür werden die Bevölkerungszahlen sowie die jeweilige Anzahl an Verstorbenen in Sachsen sowohl auf Landkreisebene als auch differenziert nach Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen benötigt. Für das Jahr 2030 werden die benötigten Bevölkerungszahlen der 7. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (7. RBV) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2020) entnommen. Da eine Hochrechnung der Bevölkerung bis 2050 auf Landkreisebene in den offiziellen Statistiken nicht vorhanden ist, wird hierfür eine eigene Bevölkerungsprognose berechnet, deren Grundlage die 7. RBV bildet. In diesem Rahmen wird zudem die altersspezifische Anzahl an Verstorbenen für die Jahre 2030 und 2050 auf Kreisebene berechnet. Nachfolgend werden die für die Prognose zu Grunde gelegten Annahmen dargelegt.

Als Grundlage für die Prognose wird die offizielle Bevölkerungsprognose für Sachsen auf Kreisebene für das Jahr 2035, dem letzten zur Verfügung stehenden Prognosejahr der 7. RBV, verwendet. Als Ausgangspopulation werden die Bevölkerungszahlen der 7. RBV, Variante 1, genutzt. Da die Ergebnisse nur in Altersgruppen vorliegen (in 5-Jahres-Abständen bis zum Alter unter 85 Jahren und der Altersgruppe „85 Jahre und mehr“), jedoch das Altern und Versterben möglichst präzise modelliert werden sollen, erfolgte eine Aufteilung in näherungsweise einzelne Altersjahre. Hierfür wurde die Altersverteilung in den Altersgruppen der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (14. KBV; Szenario G2L2W2) (Destatis, 2019) zu Grunde gelegt.

Da hierbei die Ausweisung der Population für einzelne Altersjahre nicht auf Kreisebene erfolgt, wurde die Altersverteilung für alle Kreise als gleich angenommen.

Für die Mortalität wurden zunächst für die Altersgruppe „85 Jahre und älter“ die Sterbewahrscheinlichkeiten aus der Sterbetafel 2018/2020 übernommen (Destatis, 2022d), wohingegen die Sterbewahrscheinlichkeiten für die Altersgruppen unter 85 Jahren mit 0,6 multipliziert wurden.<sup>25</sup> Dies ist in der Annahme begründet, dass die Lebenserwartung im Laufe der nächsten Jahre steigen wird. Die Berechnung der Lebenserwartung erfolgte gemäß der Systematik des Statistischen Bundesamtes (Destatis, 2021). Aus diesem Vorgehen resultiert eine Lebenserwartung für Neugeborene von 83,7 Jahren (männlich) bzw. 87,8 Jahren (weiblich) sowie für 65-Jährige von 21,8 Jahren (männlich) bzw. 24,6 Jahren (weiblich). Diese Zahlen sind vergleichbar mit den Lebenserwartungen, die in der 14. KBV in der Variante L2 (moderater Anstieg der Lebenserwartung) (Destatis, 2019). Die Sterbewahrscheinlichkeiten sind für alle Jahre (2035 bis 2050) konstant. Zu beachten ist, dass in die Sterbetafel 2018/2020 bedingt durch die Corona-Pandemie außergewöhnlich hohe Sterbezahlen für das Jahr 2020 eingeflossen sind. Der Trend zur Steigerung der Lebenserwartung von Neugeborenen aus den Vorjahren konnte deshalb in der Sterbetafel 2018/2020 nur in geringfügigem Maße fortgesetzt werden (Destatis, 2021). Eine zu große Überschätzung der Sterblichkeit durch Verwendung der Sterbetafel 2018/2020 in den Prognosen ist jedoch nicht zu erwarten. Grund dafür ist die vorgenommene Adjustierung der Sterbewahrscheinlichkeiten mit dem Faktor 0,6, wodurch die in der Prognose angenommenen Lebenserwartungen annähernd den Annahmen der 14. KBV zu entsprechen.

Hinsichtlich der Fertilität wird angenommen, dass diese 1,73 Kinder je Frau beträgt und für die Jahre 2035 bis 2050 konstant ist. Dies entspricht der Annahme G3 der 14. KBV, in der von einem Anstieg der Geburtenhäufigkeit ausgegangen wird. Der angenommene Fertilitätswert wird gleichmäßig auf alle Frauen im Alter von 15 bis 45 Jahren aufgeteilt, wobei vereinfacht angenommen wird, dass die geschlechtsspezifische Verteilung der Neugeborenen 50:50 beträgt.

Die Binnenwanderung wird für die Jahre 2035 bis 2050 als konstant angenommen. Hierfür werden Durchschnittswerte der Binnenwanderungssalden von 2003 bis 2018 der Inkar-Datenbank zu Grunde gelegt (BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2021). In der Inkar-Datenbank liegen diese Werte auf Kreisebene unterteilt in sechs Altersgruppen vor (unter 18 Jahre, 18 bis unter 25 Jahre, 25 bis unter Jahre, 30 bis unter 50 Jahre, 50 bis unter 65 Jahre, 65 Jahre und älter). Da die Kennzahl für die Altersgruppe „50 bis unter 65 Jahre“ in der Inkar-Datenbank nicht mehr vorhanden ist, wurde für diese Altersgruppe abweichend der Durchschnitt der Jahre 2003 bis 2017 angenommen.

Die Außenwanderung wird ebenfalls als konstant für die Jahre 2035 bis 2050 angenommen. Zu Grunde gelegt hierfür werden Durchschnittswerte der Außenwanderungssalden der Jahre 2003 bis 2019 aus der Inkar-Datenbank (BBSR, 2021), welche auf Kreisebene und unterteilt in Frauen und Männer vorliegen. Darüber hinaus wurde eine Verteilung auf Altersgruppen vorgenommen, wofür die Angaben zu „Asylerstanträgen nach Altersgruppen und Geschlecht im Berichtsjahr 2021“ als Grundlage genommen wurde (BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2021).

Die Außenwanderung wird ebenfalls als konstant für die Jahre 2035 bis 2050 angenommen. Zu Grunde gelegt hierfür werden Durchschnittswerte der Außenwanderungssalden der Jahre 2003 bis 2019 aus der Inkar-Datenbank (BBSR, 2021), welche auf Kreisebene und unterteilt in Frauen

---

<sup>25</sup> Für die Prognose der Verstorbenen aggregiert für Deutschland werden die Bevölkerungswerte für Deutschland (nach Alter und Geschlecht) aus der 14. KBV (Variante 7) mit den hier dargestellten modifizierten Sterbewahrscheinlichkeiten multipliziert.

und Männer vorliegen. Darüber hinaus wurde eine Verteilung auf Altersgruppen vorgenommen, wofür die Angaben zu „Asylerstanträgen nach Altersgruppen und Geschlecht im Berichtsjahr 2021“ als Grundlage genommen wurde (BAMF, 2021).

## 5.2.2 Prognose der Gestorbenen zur Modellierung des zukünftigen Versorgungsbedarfs

In Tabelle 33 sind die auf Basis der in Kapitel 5.2.1 dargelegten Methodik prognostizierten (absoluten) Bevölkerungs- und Verstorbenenanzahlen für den Freistaat Sachsen altersdifferenziert auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte für die Jahre 2030 und 2050 dargestellt. Die Kategorie „Kinder und Jugendliche“ umfasst hierbei Personen im Alter bis unter 18 Jahren, die Kategorie „Erwachsene“ bildet alle Personen ab, die 18 Jahre oder älter sind. Gemäß den Prognosen zeigt sich für das Jahr 2030 ein Bevölkerungsrückgang in Sachsen, welcher sich bis zum Jahr 2050 verstärkt. Diese Entwicklungen variieren jedoch regionalspezifisch, so ist bspw. die Bevölkerungsentwicklung in den kreisfreien Städten Dresden und Leipzig, entgegen dem allgemeinen Trend in den anderen Landkreisen sowie der kreisfreien Stadt Chemnitz, von einem Anstieg gekennzeichnet. Die Verstorbenenanzahlen sinken zunächst bis zum Jahr 2030 und steigen bis zum Jahr 2050 wieder an, wobei das Ausgangsniveau nicht wieder erreicht wird. Dieser Trend zeigt sich, in der Ausprägung variierend, für alle Landkreise bzw. kreisfreien Städte in Sachsen.

**Tabelle 33: Bevölkerungsprognose und prognostizierte Anzahl der Gestorbenen im Freistaat Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten für die Jahre 2030 und 2050**

Landkreis/ freie Stadt	2030				2050			
	Bevölkerung		Verstorbene		Bevölkerung		Verstorbene	
	Kinder und Ju- gendliche	Erwach- sene	Kinder und Ju- gendliche	Erwach- sene	Kinder und Ju- gendliche	Erwach- sene	Kinder und Ju- gendliche	Erwach- sene
<b>Chemnitz, Stadt</b>	37.750	203.340	6	3.242	28.995	160.303	5	3.427
<b>Erzgebirgskreis</b>	45.228	256.522	7	4.346	31.841	193.105	5	5.047
<b>Mittelsachsen</b>	43.061	239.089	6	3.860	32.489	192.179	5	4.564
<b>Vogtlandkreis</b>	30.514	178.256	5	3.134	23.250	141.413	4	3.622
<b>Zwickau</b>	42.688	246.622	6	4.196	33.411	197.672	5	4.887
<b>Dresden, Stadt</b>	102.064	480.386	17	6.237	110.660	531.287	20	7.185
<b>Bautzen</b>	44.298	233.122	7	3.876	31.470	184.239	5	4.683
<b>Görlitz</b>	35.731	199.619	5	3.461	26.854	154.354	4	4.084
<b>Meißen</b>	36.189	194.391	5	3.280	28.076	163.010	4	3.910
<b>Sächs. Schweiz/Osterzge- birge</b>	40.110	199.450	6	3.342	31.604	177.180	5	3.973
<b>Leipzig, Stadt</b>	117.641	545.709	21	5.994	153.012	661.471	27	7.607
<b>Landkreis Leipzig</b>	42.753	212.437	6	3.246	34.526	191.550	5	4.197
<b>Nordsachsen</b>	31.363	163.907	5	2.398	23.780	140.211	4	3.268
<b>Sachsen</b>	<b>649.388</b>	<b>3.352.852</b>	<b>102</b>	<b>50.609</b>	<b>589.968</b>	<b>3.087.975</b>	<b>97</b>	<b>60.454</b>

Quelle: Destatis, 2019; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2020 (Bevölkerung 2030) sowie eigene Berechnungen (Verstorbene 2030; Bevölkerung und Verstorbene 2050) auf Basis der in Kapitel 5.2.1 aufgeführten Datengrundlagen.



Auch aggregiert für das gesamte Bundesgebiet zeigen sich die zuvor dargelegten Trends. So kommt es von 2030 bis 2050 zu einem Rückgang der Bevölkerung, wobei für die Anzahl an Verstorbenen ein Anstieg zu verzeichnen ist (vgl. Tabelle 34).

**Tabelle 34: Bevölkerungsprognose und prognostizierte Anzahl der Gestorbenen in Deutschland für die Jahre 2030 und 2050**

	2030				2050			
	Bevölkerung		Verstorbene		Bevölkerung		Verstorbene	
	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Erwachsene
<b>Deutschland</b>	1.449.8000	6.915.0000	2.362	866.210	1.402.7000	6.804.8000	2.360	1.223.880

Quelle: Destatis, 2019 (Bevölkerung) sowie eigene Berechnungen (Verstorbene) auf Basis der in Kapitel 5.2.1 aufgeführten Datengrundlagen.

### 5.2.3 Bedarfsprognose ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Die Berechnung der Bedarfsprognose für die ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung erfolgt analog zu der in Kapitel 1 dargestellten Methodik, wobei entsprechend die jeweils prognostizierten Bevölkerungs- und Verstorbenenanzahlen für Deutschland bzw. für Sachsen (Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte) berücksichtigt werden. Abweichend zu der Hospizstudie 2017 kann auf die Bildung eines Jugendquotienten und dessen Verwendung bei der Berechnung der Sollwerte zur Differenzierung nach Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen verzichtet werden, da, wie in Kapitel 5.2.1 dargestellt, die Verstorbenenanzahlen bereits im Rahmen der Prognose altersspezifisch differenziert berechnet werden. Hingegen wurden für die Bedarfsprognose der Hospizstudie 2017 Schätzungen der Verstorbenen aus der Hospizstudie 2013 entnommen (Karmann et al., 2014; Weinhold et al., 2018).

#### Ambulante Hospizdienste

In den ambulanten Hospizdiensten steigt der errechnete Bedarf an Ehrenamtlichen von 946-1.135 im Jahr 2021 (vgl. Kapitel 5.1.1) auf 1.010–1.212 im Jahr 2030 (vgl. Tabelle 35). Für das Jahr 2050 sinkt der Bedarf an Ehrenamtlichen wieder auf 840–1.008. Absolut zeigt sich der höchste Bedarf an Ehrenamtlichen in den kreisfreien Städten Dresden (124–149; 100–120) und Leipzig (120–144; 106–127). Auch für den errechneten Bedarf an Ehrenamtlichen in ambulanten Hospizdiensten für Kinder und Jugendliche zeigt sich mit einem Sollwert von 156–187 Ehrenamtlichen für Sachsen zunächst ein Mehrbedarf für das Jahr 2030 (vgl. Tabelle 36), welcher sich für das Jahr 2050 geringfügig verringert (Sollwert: 144–172). Hierbei zeigen sich regionale Unterschiede dahingehend, dass sich entgegen dem allgemeinen Trend für die kreisfreien Städte Dresden und Leipzig von 2030 zu 2050 ein Mehrbedarf zeigt.

**Tabelle 35: Prognose des Bedarfs an Ehrenamtlichen der ambulanten Hospizdienste in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	SOLL 2030		SOLL 2050	
	Min	Max	Min	Max
Chemnitz, Stadt	65	78	48	57
Erzgebirgskreis	87	104	70	84
Mittelsachsen	77	92	63	76
Vogtlandkreis	63	75	50	60
Zwickau	84	100	68	82
Dresden, Stadt	124	149	100	120
Bautzen	77	93	65	78
Görlitz	69	83	57	68
Meißen	65	79	54	65
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	67	80	55	66
Leipzig, Stadt	120	144	106	127
Landkreis Leipzig	65	78	58	70
Nordsachsen	48	57	45	55
<b>Sachsen</b>	<b>1.010</b>	<b>1.212</b>	<b>840</b>	<b>1.008</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Karmann et al., 2014; Radbruch & Payne, 2011; Weinhold et al., 2018 sowie auf Basis der in Kapitel 5.2.1 dargelegten WIG2-Bevölkerungsprognose.<sup>26</sup>

**Tabelle 36: Prognose des Bedarfs an Ehrenamtlichen der ambulanten Kinderhospizdienste in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	SOLL 2030		SOLL 2050	
	Min	Max	Min	Max
Chemnitz, Stadt	9	11	7	9
Erzgebirgskreis	10	12	7	9
Mittelsachsen	10	12	7	9
Vogtlandkreis	7	8	5	6
Zwickau	10	12	8	9
Dresden, Stadt	26	31	29	35
Bautzen	10	12	7	9
Görlitz	8	10	6	7
Meißen	8	10	6	8
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	9	11	7	9
Leipzig, Stadt	31	38	40	48
Landkreis Leipzig	10	12	8	9
Nordsachsen	7	9	5	6
<b>Sachsen</b>	<b>156</b>	<b>187</b>	<b>144</b>	<b>172</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Karmann et al., 2014; Radbruch & Payne, 2011; Weinhold et al., 2018 sowie auf Basis der in Kapitel 5.2.1 dargelegten WIG2-Bevölkerungsprognose.

<sup>26</sup> Die den Tabellen 21–26 zugrunde liegende WIG2-Bevölkerungsprognose basiert wiederum auf den in Kapitel 5.2.1 gelisteten Datengrundlagen.

## Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

In Bezug auf die prognostizierten Sollwerte für die Anzahl an SAPV-Teams in Sachsen (vgl. Tabelle 37) ist für die Jahre 2030 und 2050 ein konstanter Bedarf zu verzeichnen (Sollwerte 2021; 2030; 2050: 15;15;15). Auch hier weisen die kreisfreien Städte Dresden und Leipzig den höchsten Bedarf auf.

**Tabelle 37: Prognose des Bedarfs an SAPV-Teams in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	SOLL 2030	SOLL 2050
Chemnitz, Stadt	1	1
Erzgebirgskreis	1	1
Mittelsachsen	1	1
Vogtlandkreis	1	1
Zwickau	1	1
Dresden, Stadt	2	2
Bautzen	1	1
Görlitz	1	1
Meißen	1	1
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	1	1
Leipzig, Stadt	2	2
Landkreis Leipzig	1	1
Nordsachsen	1	1
<b>Sachsen</b>	<b>15</b>	<b>15</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach GKV Spitzenverband, 2012; GKV Spitzenverband & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2019; Karmann et al., 2014; Weinhold et al., 2018 sowie auf Basis der in Kapitel 5.2.1 dargelegten WIG2-Bevölkerungsprognose.

## 5.2.4 Bedarfsprognose stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

### Hospiz- und Palliativbetten

Auch hinsichtlich der Anzahl an Hospiz- und Palliativbetten für Erwachsene zeigt sich für Sachsen ein ähnlicher Trend wie in den zuvor beschriebenen ambulanten Versorgungsstrukturen (vgl. Tabelle 38). Für das Jahr 2030 beträgt der prognostizierte Sollwert an Hospizbetten 129 bzw. 162 und liegt demnach über dem Bedarf des Jahres 2021 (Sollwert: 121–151 Betten). Anschließend zeigt sich bis 2050 ein abnehmender Trend (Sollwert: 108–134 Betten). Für die Palliativstationen zeigt sich ein prognostizierter Bedarf von 194–242 Betten für das Jahr 2030, der ebenfalls einen Mehrbedarf im Vergleich zum Jahr 2021 (Sollwert: 182–227 Betten) widerspiegelt, und für das Jahr 2050 ein Bedarf von 161–202 Betten (vgl. Tabelle 39).

**Tabelle 38: Prognose des Bedarfs an Hospizbetten für Erwachsene in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	SOLL 2030		SOLL 2050	
	Min	Max	Min	Max
Chemnitz, Stadt	8	10	6	8
Erzgebirgskreis	11	14	9	11
Mittelsachsen	10	12	8	10
Vogtlandkreis	8	10	6	8
Zwickau	11	13	9	11
Dresden, Stadt	16	20	13	16
Bautzen	10	12	8	10
Görlitz	9	11	7	9
Meißen	8	10	7	9
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	9	11	7	9
Leipzig, Stadt	15	19	14	17
Landkreis Leipzig	8	10	7	9
Nordsachsen	6	8	6	7
<b>Sachsen</b>	<b>129</b>	<b>162</b>	<b>108</b>	<b>134</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Karmann et al., 2014; Radbruch & Payne, 2011; SMS, 2021; Weinhold et al., 2018 sowie auf Basis der in Kapitel 5.2.1 dargelegten WIG2-Bevölkerungsprognose.

**Tabelle 39: Prognose des Bedarfs an stationären Palliativbetten in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	SOLL 2030		SOLL 2050	
	Min	Max	Min	Max
Chemnitz, Stadt	12	16	9	11
Erzgebirgskreis	17	21	13	17
Mittelsachsen	15	18	12	15
Vogtlandkreis	12	15	10	12
Zwickau	16	20	13	16
Dresden, Stadt	24	30	19	24
Bautzen	15	19	12	16
Görlitz	13	17	11	14
Meißen	13	16	10	13
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	13	16	11	13
Leipzig, Stadt	23	29	20	25
Landkreis Leipzig	12	16	11	14
Nordsachsen	9	11	9	11
<b>Sachsen</b>	<b>194</b>	<b>242</b>	<b>161</b>	<b>202</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Karmann et al., 2014; Radbruch & Payne, 2011; SMS, 2021; Weinhold et al., 2018 sowie auf Basis der in Kapitel 5.2.1 dargelegten WIG2-Bevölkerungsprognose.

Vergleichbar mit den prognostizierten Entwicklungen im ambulanten Versorgungsbereich zeigt sich, wie in Tabelle 40 abgebildet, auch für den prognostizierten Bedarf an Hospizbetten für Kinder und Jugendliche ein Mehrbedarf für das Jahr 2030 (Sollwert: 20–25), der sich zum Jahr 2050 geringfügig verringert (Sollwert: 18–23).

**Tabelle 40: Prognose des Bedarfs an Hospizbetten für Kinder und Jugendliche in Sachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	SOLL 2030		SOLL 2050	
	Min	Max	Min	Max
Chemnitz, Stadt	1	2	1	1
Erzgebirgskreis	1	2	1	1
Mittelsachsen	1	2	1	1
Vogtlandkreis	1	1	1	1
Zwickau	1	2	1	1
Dresden, Stadt	3	4	4	5
Bautzen	1	2	1	1
Görlitz	1	1	1	1
Meißen	1	1	1	1
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	1	1	1	1
Leipzig, Stadt	4	5	5	6
Landkreis Leipzig	1	2	1	1
Nordsachsen	1	2	1	1
<b>Sachsen</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>23</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Karmann et al., 2014; Radbruch & Payne, 2011; SMS, 2021; Weinhold et al., 2018 sowie auf Basis der in Kapitel 5.2.1 dargelegten WIG2-Bevölkerungsprognose.

## 6. Bewertung hospizlich-palliativer Versorgungsstrukturen in Sachsen

### 6.1 Versorgungsangebote im Ländervergleich

#### Ärzte und Ärztinnen mit palliativmedizinischer Zusatzweiterbildung

Die Tabelle 41 zeigt die Anzahl Ärzte und Ärztinnen mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin in den Bundesländern. Dargestellt wird die absolute Anzahl an Ärzten und Ärztinnen, die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen bezogen auf 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen sowie der Anteil an Ärzten und Ärztinnen mit dieser Zusatzweiterbildung an allen registrierten und berufstätigen Ärzten und Ärztinnen. Insgesamt waren im Freistaat Sachsen im Jahr 2020 571 Ärzte und Ärztinnen mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin registriert.<sup>27</sup> Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (166,5 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen) weist Sachsen mit 140,7 Ärzten und Ärztinnen je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen eine unterdurchschnittliche Rate auf. Die höchste Rate zeigt sich in Niedersachsen (228,3 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen), wohingegen Bayern mit 99,3 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen die geringste Rate aufweist. Im Vergleich zu den Angaben der Hospizstudie 2017 stieg die Rate sowohl im bundesweiten Durchschnitt (2017: 130,9) als auch spezifisch für Sachsen (2017: 107,8), welche auch zu diesem Zeitpunkt unter dem Bundesdurchschnitt lag. Absolut stieg die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin sowohl in Sachsen (+ 131) als auch bundesweit (+ 3.043). Auch in Bezug auf den Anteil der Ärzte und Ärztinnen mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin an den insgesamt registrierten (berufstätigen) Ärzten und Ärztinnen liegt Sachsen mit 3,1 % unter dem Bundesdurchschnitt von 3,4 %. Auch hier ist der Anteil in Niedersachsen mit 5,4 % am höchsten, am geringsten hingegen in Berlin (1,8 %).

---

<sup>27</sup> Im Jahr 2022 wiesen insgesamt 597 Ärzte und Ärztinnen in Sachsen die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin auf, wovon 21 % bzw. 20 % auf die kreisfreien Städte Dresden und Leipzig entfallen (SLÄK – Sächsische Landesärztekammer, 2022).

Tabelle 41: Ärzte und Ärztinnen mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin in den Bundesländern, 2020

Bundesland	Einwohner und Einwohnerinnen im Jahr 2020	Anzahl an Ärzten und Ärztinnen mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin im Jahr 2020		
		Absolut	Je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen	Anteil an insgesamt registrierten (berufstätigen) Ärzten und Ärztinnen
Baden-Württemberg	11.103.043	2.022	182,1	3,8 %
Bayern	13.140.183	1.305	99,3	1,9 %
Berlin	3.664.088	420	114,6	1,8 %
Brandenburg	2.531.071	406	160,4	4,0 %
Bremen	680.130	119	175,0	2,7 %
Hamburg	1.852.478	264	142,5	1,9 %
Hessen	6.293.154	1.426	226,6	4,7 %
Mecklenburg-Vorpommern	1.610.774	229	142,2	2,9 %
Niedersachsen	8.003.421	1.827	228,3	5,4 %
Nordrhein-Westfalen	17.925.570	3.182	177,5	3,6 %
Rheinland-Pfalz	4.098.391	737	179,8	3,9 %
Saarland	983.991	181	183,9	3,6 %
Sachsen	4.056.941	571	140,7	3,1 %
Sachsen-Anhalt	2.180.684	286	131,2	3,0 %
Schleswig-Holstein	2.910.875	605	207,8	4,3 %
Thüringen	2.120.237	268	126,4	2,8 %
<b>Deutschland</b>	<b>83.155.031</b>	<b>13.848</b>	<b>166,5</b>	<b>3,4 %</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach BÄK – Bundesärztekammer, 2020; Destatis, 2022e; GBE-Bund – Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022a.

### Ärzte und Ärztinnen mit Zulassung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung

Tabelle 42 weist die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen mit Zulassung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V) insgesamt, bezogen auf je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen sowie den jeweiligen Anteil an den insgesamt registrierten und berufstätigen Ärzten und Ärztinnen im ambulanten Sektor für die Bundesländer aus. Im Jahr 2020 wies Sachsen insgesamt 136 entsprechend zugelassene Ärzte und Ärztinnen auf, was einer Rate von 33,5 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen sowie, in Bezug auf die insgesamt registrierten und berufstätigen Ärzte und Ärztinnen im ambulanten Sektor, einem Anteil von 1,9 % entspricht. Damit liegt Sachsen unter der bundesdurchschnittlichen Rate von 52,4 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen und unter dem bundesdurchschnittlichen Anteil an Ärzten und Ärztinnen im ambulanten Sektor (2,7 %). Die höchste Rate (101,7 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen) und der höchste Anteil an Ärzten und Ärztinnen im ambulanten Sektor (5,3 %) ist in Nordrhein-Westfalen zu finden, die niedrigsten Werte hingegen in Hamburg (Rate: 22,7; Anteil: 0,8 %).

Tabelle 42: Ärzte und Ärztinnen mit BQKPMV<sup>28</sup> – Zulassung in den Bundesländern, 2020

Bundesland	Einwohner und Einwohnerinnen	Anzahl an Ärzten und Ärztinnen mit BQKPMV-Zulassung		
		Absolut	Je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen	Anteil an insgesamt registrierten und berufstätigen Ärzten und Ärztinnen im ambulanten Sektor
<b>Baden-Württemberg</b>	11.103.043	492	44,3	2,4 %
<b>Bayern</b>	13.140.183	396	30,1	1,4 %
<b>Berlin</b>	3.664.088	95	25,9	1,0 %
<b>Brandenburg</b>	2.531.071	130	51,4	3,3 %
<b>Bremen</b>	680.130	28	41,2	1,6 %
<b>Hamburg</b>	1.852.478	42	22,7	0,8 %
<b>Hessen</b>	6.293.154	298	47,4	2,5 %
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	1.610.774	97	60,2	3,4 %
<b>Niedersachsen</b>	8.003.421	303	37,9	2,2 %
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	17.925.570	1.823	101,7	5,3 %
<b>Rheinland-Pfalz</b>	4.098.391	160	39,0	2,1 %
<b>Saarland</b>	983.991	49	49,8	2,5 %
<b>Sachsen</b>	4.056.941	136	33,5	1,9 %
<b>Sachsen-Anhalt</b>	2.180.684	172	78,9	4,8 %
<b>Schleswig-Holstein</b>	2.910.875	69	23,7	1,2 %
<b>Thüringen</b>	2.120.237	71	33,5	1,9 %
<b>Deutschland</b>	<b>83.155.031</b>	<b>4.361</b>	<b>52,4</b>	<b>2,7 %</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach BÄK, 2020; Destatis, 2022e; KBV, 2021.

### Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Ein Überblick über die absolute Anzahl an SAPV-Teams bzw. SAPV-spezifischen Betriebsstätten, die Anzahl an Einwohnern und Einwohnerinnen in Bezug auf die Teams/Betriebsstätten sowie den jeweiligen SAPV-Deckungsgrad wird in Tabelle 43 gegeben. Der SAPV-Deckungsgrad auf Landesebene wird von Sachsen zu 105 % erfüllt, entsprechend versorgt ein SAPV-Team in Sachsen im Durchschnitt 238.644 Einwohner und Einwohnerinnen. 2018 erfüllte Sachsen den Deckungsgrad zu 98 %. Analog zu den Ergebnissen der Hospizstudie 2017 ist der Deckungsgrad in Bundesländern tendenziell höher, die einen größeren Anteil an ländlichen Gebieten aufweisen (z. B. Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen oder auch Thüringen). Ähnlich der Hospizstudie 2017 weichen die Deckungsgrade in Nordrhein-Westfalen (33 %) und Berlin (321 %) erheblich vom Bundesdurchschnitt (121 %) ab. Dies ist u. a. dadurch zu erklären, dass bspw. in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in Nordrhein-Westfalen (KV Nordrhein; KV Westfalen-Lippe) regionalspezifische Regelungen Verwendung finden und bspw. Konsiliar-dienste mit Aufgaben, vergleichbar mit denen der SAPV-Teams, aktiv sind (Jacobs, Kuhlmei, Greß, Klauber & Schwinger, 2022; KBV, 2022). Der überdurchschnittliche SAPV-Deckungsgrad

<sup>28</sup> BQKPMV umfasst GOP 37300, 37302, 37317, 3731 gemäß EBM.



in Berlin kann u. a. auf regionalspezifische variierende Leistungsumfänge sowie anzunehmende Mitversorgungseffekte in Bezug auf das umliegende Brandenburg zurückgeführt werden.

**Tabelle 43: SAPV-Teams und SAPV-Deckungsquote in den Bundesländern, 2021**

Bundesland	Anzahl SAPV-Teams <sup>a</sup>	Einwohner und Einwohnerinnen	Einwohner und Einwohnerinnen je SAPV-Team	SAPV-Deckungsgrad <sup>b</sup>
<b>Baden-Württemberg</b>	46	11.103.043	241.371	104 %
<b>Bayern</b>	53	13.140.183	247.928	101 %
<b>Berlin</b>	47	3.664.088	77.959	321 %
<b>Brandenburg</b>	19	2.531.071	133.214	188 %
<b>Bremen</b>	3	680.130	226.710	110 %
<b>Hamburg</b>	10	1.852.478	185.248	135 %
<b>Hessen</b>	28	6.293.154	224.756	111 %
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	16	1.610.774	100.673	248 %
<b>Niedersachsen</b>	72	8.003.421	111.159	225 %
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	24	17.925.570	746.899	33 %
<b>Rheinland-Pfalz</b>	22	4.098.391	186.291	134 %
<b>Saarland</b>	6	983.991	163.999	152 %
<b>Sachsen</b>	17	4.056.941	238.644	105 %
<b>Sachsen-Anhalt</b>	11	2.180.684	198.244	126 %
<b>Schleswig-Holstein</b>	15	2.910.875	194.058	129 %
<b>Thüringen</b>	14	2.120.237	151.446	165 %
<b>Deutschland</b>	<b>403</b>	<b>83.155.031</b>	<b>206.340</b>	<b>121 %</b>

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach Destatis, 2022e; KBV, 2022. Anmerkung: Einwohner und Einwohnerinnen Stand 31.12.2020; <sup>a</sup>SAPV-Teams mit SAPV-spezifischer BSNR; <sup>b</sup>auf Basis der Empfehlung 1 SAPV-Team/250.000 Einwohner und Einwohnerinnen.

## SAPV-Verordnungen

Tabelle 44 weist die Anzahl an SAPV-Verordnungen der SAPV-Teams mit SAPV-BSNR für die einzelnen Bundesländer sowie jeweils bezogen auf die Einwohner und Einwohnerinnen und Sterbefälle aus. In Bezug auf die Bevölkerung liegt Sachsen mit 1.845 Verordnungen je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen über dem Bundesdurchschnitt von 1.741. Bezugnehmend auf die regionalspezifischen Sterbefälle liegt Sachsen mit 139,6 Verordnungen je 1.000 Sterbefälle unter dem bundesdurchschnittlichen Wert von 148,2. Die meisten Verordnungen je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen finden sich in Brandenburg (3.979), die meisten Verordnungen je 1.000 Sterbefälle weist Berlin auf (295,5). Baden-Württemberg weist mit 721 Verordnungen je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen und 69,0 Verordnungen je 1.000 Sterbefällen die jeweils geringsten Werte auf.

Tabelle 44: SAPV-Verordnungen in den Bundesländern, 2020

Bundesland	Anzahl an Verordnungen <sup>a</sup>	Verordnung je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen	Verordnung je 1.000 Sterbefälle
Baden-Württemberg	8.010	721	69,0
Bayern	17.608	1.340	122,8
Berlin	11.124	3.036	295,5
Brandenburg	10.072	3.979	290,8
Bremen	796	1.170	97,7
Hamburg	3.095	1.671	169,1
Hessen	15.389	2.445	219,7
Mecklenburg-Vorpommern	4.651	2.887	212,8
Niedersachsen	19.984	2.497	206,1
Nordrhein-Westfalen	21.565	1.203	100,6
Rheinland-Pfalz	6.696	1.634	136,2
Saarland	2.392	2.431	173,5
Sachsen	7.485	1.845	139,6 <sup>b</sup>
Sachsen-Anhalt	2.870	1.316	84,9
Schleswig-Holstein	6.661	2.288	189,3
Thüringen	6.397	3.017	211,6
<b>Deutschland</b>	<b>144.795</b>	<b>1.741</b>	<b>148,2<sup>c</sup></b>

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach Destatis, 2022e, 2022f; KBV, 2022; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a. Anmerkungen: <sup>a</sup>Summe aus Erst- und Folgeverordnungen; <sup>b</sup>Berechnungsgrundlage bilden die adjustierten Sterbefälle in Sachsen gemäß ausgewiesener Übersterblichkeit; <sup>c</sup>Für Sachsen gehen die adjustierten Sterbefälle in die Summe ein.

### Ambulante Hospizdienste

In Bezug auf die Anzahl der Einwohner und Einwohnerinnen sowie der Sterbefälle je AHD liegt Sachsen mit 73.763 bzw. 975 jeweils über dem Bundesdurchschnitt von 61.964 Einwohnern und Einwohnerinnen bzw. 728 Sterbefällen je AHD (vgl. Tabelle 45). Baden-Württemberg weist mit 36.523 Einwohnern und Einwohnerinnen und 382 Sterbefällen je AHD die geringsten Werte auf, wohingegen die Maximalwerte in Berlin (135.707 Einwohner und Einwohnerinnen je AHD) und in Sachsen-Anhalt (1.409 Sterbefälle je AHD) vorliegen.

Bei diesem Vergleich ist jedoch zu berücksichtigen, dass keine einheitliche Datengrundlage verwendet werden konnte und dadurch Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden können. So basieren die Angaben zu der Anzahl an AHD einerseits auf Eigenangaben der Bundesländer im Rahmen einer vom SMS initiierten Länderumfrage zur Landesförderung der Hospizarbeit, wobei zu berücksichtigen ist, dass z. T. Angaben ausschließlich für AHD vorliegen, z. T. die Summe aus AHD und AKHD. Für Bundesländer, die im Rahmen dieser Umfrage keine Rückmeldung gegeben haben, wurden andererseits Informationen aus dem Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung (DGP, 2022) berücksichtigt.

Tabelle 45: Anzahl der ambulanten Hospizdienste in den Bundesländern, 2020

Bundesland	Anzahl AHD	Einwohner und Einwohnerinnen	Einwohner und Einwohnerinnen je AHD	Sterbefälle	Sterbefälle je AHD
Baden-Württemberg	304 <sup>b</sup>	11.103.043	36.523	116.006	382
Bayern	140 <sup>a</sup>	13.140.183	93.858	143.367	1.024
Berlin	27 <sup>a</sup>	3.664.088	135.707	37.642	1.394
Brandenburg	26 <sup>a;c</sup>	2.531.071	97.349	34.633	1.332
Bremen	14 <sup>b</sup>	680.130	48.581	8.151	582
Hamburg	24 <sup>a</sup>	1.852.478	77.187	18.308	763
Hessen	108 <sup>a</sup>	6.293.154	58.270	70.051	649
Mecklenburg-Vorpommern	23 <sup>a</sup>	1.610.774	70.034	21.854	950
Niedersachsen	130 <sup>a</sup>	8.003.421	61.565	96.980	746
Nordrhein-Westfalen	312 <sup>a</sup>	17.925.570	57.454	214.313	687
Rheinland-Pfalz	42 <sup>a;d</sup>	4.098.391	97.581	49.169	1.171
Saarland	26 <sup>b</sup>	983.991	37.846	13.784	530
Sachsen	55 <sup>a</sup>	4.056.941	73.763	53.636 <sup>e</sup>	975
Sachsen-Anhalt	24 <sup>a</sup>	2.180.684	90.862	33.804	1.409
Schleswig-Holstein	50 <sup>a</sup>	2.910.875	58.218	35.192	704
Thüringen	37 <sup>b</sup>	2.120.237	57.304	30.226	817
<b>Deutschland</b>	<b>1.342</b>	<b>83.155.031</b>	<b>61.964</b>	<b>977.116</b>	<b>728</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Destatis, 2022e, 2022f; DGP, 2022, entnommen aus Jacobs, Kuhlmei et al., 2022; SMS, 2021, 2022a; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a. Anmerkungen: <sup>a</sup>Angaben aus Länderumfrage zur Landesförderung der Hospizarbeit (SMS, 2022d); <sup>b</sup>Angaben aus Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung; <sup>c</sup>nur kassenseitig geförderte AHD; <sup>d</sup>inkl. 36 ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienste (AHPB); <sup>e</sup>Für Sachsen wurden die adjustierten Sterbefälle berücksichtigt.

### Stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Für den Vergleich der stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen wird in Tabelle 46 die Anzahl an Betten der Palliativstationen und stationären Hospize in Bezug zu der jeweiligen Bevölkerung gesetzt und hieraus der Grad abgebildet, zu dem die Empfehlung 80 Betten („80-Betten-Quote“) bzw. 100 Betten („100-Betten-Quote“) je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen vorzuhalten. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Angaben für Sachsen auf Daten basieren, die durch das SMS zur Verfügung gestellt wurden. Hingegen entstammen die Angaben für die anderen Bundesländer aus dem Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung. Entsprechend können Verzerrungen hierbei nicht ausgeschlossen werden. Für das gesamte Bundesgebiet werden die Empfehlungen zu 82 % (80-Betten-Quote) bzw. 66 % (100-Betten-Quote) erfüllt. Mit ca. 108 Betten je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen erfüllt Sachsen die Empfehlung zu 135 % (80-Betten-Quote) bzw. 108 % (100-Betten-Quote). Die 80-Betten-Quote wird weiterhin von Brandenburg (102 %), Mecklenburg-Vorpommern (111 %) und dem Saarland (126 %) erfüllt, die 100-Betten-Quote nur vom Saarland (101 %). Mit 64 % (80-Betten-Quote) bzw. 51 % (100-Betten-Quote) zeigt sich für Bayern die größte Verfehlung der Empfehlungen im Bundesgebiet.

**Tabelle 46: Anzahl und Betten in stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen in den Bundesländern, 2020**

Bundesland	Palliativstationen		Stationäre Hospize		Einwohner und Einwohnerinnen	Betten je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen	80-Betten-Quote*	100-Betten-Quote
	Anzahl	Betten	Anzahl	Betten				
<b>Baden-Württemberg</b>	44	442	27	228	11.103.043	60,35	75 %	60 %
<b>Bayern</b>	52	467	19	201	13.140.183	50,84	64 %	51 %
<b>Berlin</b>	11	91	13	186	3.664.088	75,61	95 %	76 %
<b>Brandenburg</b>	9	85	11	121	2.531.071	81,40	102 %	81 %
<b>Bremen</b>	2	22	2	16	680.130	55,88	70 %	56 %
<b>Hamburg</b>	6	59	5	68	1.852.478	68,56	86 %	69 %
<b>Hessen</b>	22	203	22	225	6.293.154	68,02	85 %	68 %
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	9	71	7	72	1.610.774	88,78	111 %	89 %
<b>Niedersachsen</b>	35	246	27	255	8.003.421	62,61	78 %	63 %
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	70	70	68	643	17.925.570	63,83	80 %	64 %
<b>Rheinland-Pfalz</b>	26	177	11	97	4.098.391	66,86	84 %	67 %
<b>Saarland</b>	5	51	4	48	983.991	100,62	126 %	101 %
<b>Sachsen</b>	34	262	15	177	4.056.941	108,21	135 %	108 %
<b>Sachsen-Anhalt</b>	10	71	7	72	2.180.684	65,58	82 %	66 %
<b>Schleswig-Holstein</b>	9	73	7	78	2.910.875	51,88	65 %	52 %
<b>Thüringen</b>	8	80	7	80	2.120.237	75,48	94 %	75 %
<b>Deutschland</b>	<b>352</b>	<b>2.901</b>	<b>252</b>	<b>2.567</b>	<b>83.155.031</b>	<b>65,76</b>	<b>82 %</b>	<b>66 %</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Destatis, 2022e, 2022f; DGP, 2022, entnommen aus Jacobs, Kuhlmeier et al., 2022; SMS, 2021, 2022a, 2022b. Anmerkung: \*Berechnung der Bettenquote bezieht sich auf den Richtwert "80–100 Betten je 1 Million Einwohner und Einwohnerinnen für Palliativ- und Hospizbetten zusammen" (DGP & DHPV, 2015; Radbruch & Payne, 2011).

### Hospizlich-palliative Leistungen im stationären Sektor

Abschließend gibt Tabelle 47 einen Überblick über die stationären hospizlich-palliativen Leistungen im Bundesgebiet, jeweils absolut und in Bezug auf je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen und 1.000 Ärzten und Ärztinnen. Für die OPS 8-98e<sup>29</sup> liegt Sachsen mit 1.123,5 (abgerechneten) Leistungen je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen bzw. 454,7 je 1.000 Ärzten und Ärztinnen über dem Bundesdurchschnitt von 627,7 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen bzw. 246,3 je 1.000 Ärzten und Ärztinnen, wobei Sachsen in Bezug auf das Verhältnis zu den Ärzten und Ärztinnen den höchsten Wert aufweist. Die höchsten Werte in Bezug auf die Ein-

<sup>29</sup> Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung.

wohner und Einwohnerinnen weist das Saarland auf (1.272,4 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen). Die niedrigsten Werte finden sich in Hamburg (158,3 je 1.000 Ärzten und Ärztinnen) und Nordrhein-Westfalen (429,4 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen). Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für die OPS 8-98h<sup>30</sup>. Hierbei lassen sich für Sachsen 256,4 Leistungen je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen bzw. 103,8 je 1.000 Ärzten und Ärztinnen feststellen, auf Bundesebene 224,9 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen bzw. 88,2 je 1.000 Ärzten und Ärztinnen. Die höchste Werte für die OPS 8-98h zeigen sich im Saarland (602,6 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen; 209,5 je 1.000 Ärzten und Ärztinnen), die niedrigsten in Baden-Württemberg (58,2 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen; 23,9 je 1.000 Ärzten und Ärztinnen). Für die OPS 8-982<sup>31</sup> zeigt sich ein vergleichbares Bild, auch für diese Leistung liegt Sachsen mit 498,4 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen bzw. 201,7 je 1.000 Ärzten und Ärztinnen über den bundesdurchschnittlichen Werten (453,0 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen; 177,8 je 1.000 Ärzten und Ärztinnen). Die höchsten Werte weist Thüringen auf (1.059,8 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen; 418,5 je 1.000 Ärzten und Ärztinnen), die niedrigsten Werte Bremen (36,8 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen; 11,4 je 1.000 Ärzten und Ärztinnen).

---

<sup>30</sup> Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst.

<sup>31</sup> Palliativmedizinische Komplexbehandlung.

Tabelle 47: Hospizlich-palliative Leistungen (OPS) in den Bundesländern, 2020

Bundesland	OPS 8-98e			OPS 8-98h			OPS 8-982		
	Anzahl	Je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen	Je 1.000 Ärzten und Ärztinnen <sup>a</sup>	Anzahl	Je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen	Je 1.000 Ärzten und Ärztinnen	Anzahl	Je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen	Je 1.000 Ärzten und Ärztinnen
<b>Baden-Württemberg</b>	6.317	568,9	233,4	646	58,2	23,9	4.631	417,1	171,1
<b>Bayern</b>	9.348	711,4	282,1	4.780	363,8	144,3	4.445	338,3	134,2
<b>Berlin</b>	2.554	697,0	220,3	2.205	601,8	190,2	2.822	770,2	243,5
<b>Brandenburg</b>	1.690	667,7	302,5	670	264,7	119,9	997	393,9	178,5
<b>Bremen</b>	538	791,0	245,1	0	-	-	25	36,8	11,4
<b>Hamburg</b>	1.072	578,7	158,3	373	201,4	55,1	900	485,8	132,9
<b>Hessen</b>	3.642	578,7	241,3	781	124,1	51,7	1.730	274,9	114,6
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	1.255	779,1	280,4	0	-	-	1.060	658,1	236,9
<b>Nieder-sachsen</b>	5.586	698,0	319,1	736	92,0	42,0	2.303	287,8	131,6
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	7.697	429,4	159,3	4.139	230,9	85,6	8.411	469,2	174,1
<b>Rheinland-Pfalz</b>	2.174	530,5	241,4	293	71,5	32,5	2.636	643,2	292,7
<b>Saarland</b>	1.252	1.272,4	442,2	593	602,6	209,5	400	406,5	141,3
<b>Sachsen<sup>b</sup></b>	4.558	1.123,5	454,7	1.040	256,4	103,8	2.022	498,4	201,7
<b>Sachsen-Anhalt</b>	1.218	558,5	217,0	177	81,2	31,5	1.345	616,8	239,6
<b>Schleswig-Holstein</b>	1.343	461,4	183,4	1.428	490,6	195,1	1.699	583,7	232,1
<b>Thüringen</b>	1.948	918,8	362,8	838	395,2	156,1	2.247	1.059,8	418,5
<b>Deutschland</b>	<b>52.192</b>	<b>627,7</b>	<b>246,3</b>	<b>18.699</b>	<b>224,9</b>	<b>88,2</b>	<b>37.673</b>	<b>453,0</b>	<b>177,8</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach BÄK, 2020; Destatis, 2022e, 2022f; GBE-Bund, 2022b. Anmerkungen: <sup>a</sup>Anzahl an registrierten und berufstätigen Ärzten und Ärztinnen im stationären Bereich; <sup>b</sup>Abweichende Angaben zu Kapitel 4 auf Grund unterschiedlicher Datengrundlagen.

## Zwischenfazit

In Bezug auf die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin sowie die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen mit Zulassung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung weist Sachsen Werte unter dem deutschlandweiten Durchschnitt auf.

- 140,7 Ärzte und Ärztinnen mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen versus 166,5;
- 33,5 Ärzte und Ärztinnen mit BQKPMV-Zulassung je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen versus 52,4.

Auch der SAPV-Deckungsgrad von 105 % in Sachsen liegt unter dem bundesweiten Wert von 121 %. In Bezug auf die Anzahl an SAPV-Verordnungen je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen liegt Sachsen hingegen mit einem Wert von 1.845 über dem Bundesdurchschnitt von 1.741. Weiterhin entfallen in Sachsen 975 Sterbefälle auf einen ambulanten Hospizdienst, im bundesweiten Durchschnitt hingegen nur 728.

In Bezug auf den stationären Sektor weist Sachsen überdurchschnittliche Werte auf.

- Die 80-Betten-Quote wird zu 135 % erfüllt; bundesweiter Durchschnitt: 82 %;
- 1123,5 Leistungen der OPS 8-98e je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen; bundesweiter Durchschnitt: 627,7;
- 256,4 Leistungen der OPS 8-98h je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen; bundesweiter Durchschnitt: 224,9;
- 498,4 Leistungen der OPS 8-982 je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen; bundesweiter Durchschnitt: 453,0.

Bei diesem Vergleich ist jedoch zu berücksichtigen, dass Verzerrungen bei den einzelnen Angaben auf Grund unterschiedlicher Datenquellen und z. T. unterschiedlichen regionalspezifischen Leistungsdefinitionen und Vertragskonstrukten nicht ausgeschlossen werden können. So liegen für die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen mit BQKPMV-Zulassung, stationäre Leistungen sowie für das ambulante und stationäre Versorgungsgeschehen in Sachsen (weitestgehend) verlässliche Daten aus öffentlichen Statistiken, Angaben der KBV oder durch das SMS zur Verfügung gestellte Unterlagen (GKV; LDS) zu Grunde, jedoch musste zur Abbildung des Versorgungsgeschehens in den anderen Bundesländern auf Eigenangaben im Rahmen einer, durch das SMS initiierten, Länderumfrage, oder (Eigen-)Angaben aus dem Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung zurückgegriffen werden.

Ähnlich wie bereits in der Hospizstudie 2017 angemerkt wurde, bestehen auch 2022 nach wie vor Lücken hinsichtlich einer einheitlichen und vollständigen Datengrundlage bzw. Informationsquelle zur Abbildung der hospizlich-palliativen Leistungserbringenden im Bundesgebiet, welche zudem auch regionalspezifische Differenzierungen ermöglicht.

So gibt es bereits Register wie den „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung“<sup>32</sup>, welcher Angebote differenziert nach Art der Leistungserbringenden und Region (PLZ/Ort) inkl. weiterführender Information (bspw. Kooperationspartner und -partnerinnen, Anzahl an Betten der stationären Einrichtungen) in 10 Sprachen abbildet. Jedoch handelt es sich bei den hinterlegten Angeboten nach Kenntnisstand der Autoren und Autorinnen um (freiwillige) Eigenangaben der jeweiligen Dienste/Einrichtungen. Entsprechend ist nicht gewährleistet, dass die Leistungserbringenden eines Bundeslandes bzw. einer Region vollumfänglich abgebildet sind. Dies zeigt sich am Beispiel von Sachsen, wobei sich bspw. die Anzahl an AHD oder auch der verfügbaren Betten der stationären Hospize und Palliativstationen auf Basis der Angaben im Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung z. T. deutlich von den Werten unterscheidet, die auf Basis der durch das SMS zur Verfügung gestellten Informationen ermittelt wurden und so das Versorgungsangebot in Sachsen in einzelnen Bereichen tendenziell unterschätzt wird. Einschränkend anzumerken ist hierbei, dass dieser Vergleich, auf Grund nicht zur Verfügung stehender Daten für die anderen Bundesländer, nur für Sachsen möglich ist und daher Aussagen hinsichtlich der Vollständigkeit der hinterlegten Angaben für die anderen Bundesländern nicht möglich sind.

---

<sup>32</sup> <https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/de> (DGP, 2022).

Weiterhin sei das Nationale Hospiz- und Palliativregister<sup>33</sup> als Informationsquelle zu nennen, vor allem unter forschungsbezogenen Gesichtspunkten. Dieses Register bietet die einzigartige Möglichkeit, ambulante und stationäre hospizlich-palliative Versorgungsbereiche in Bezug auf patientenbezogene Daten vergleichen zu können. Ähnlich wie auch bei dem Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung, ist die Teilnahme bzw. die Bereitstellung der Informationen freiwillig, wobei zu berücksichtigen ist, dass für Einrichtungen/Dienste im Rahmen der Aufnahme in das Register jährliche Kosten anfallen (u. a. für die Datenhaltung und Datenpflege). Die Daten umfassen u. a. patienten- und patientinnenbezogene Daten zur Demographie, zur Erkrankung, zur Versorgung oder auch zur Therapie, zugleich können die patientenbezogenen Daten immer auch den entsprechenden Einrichtungen/Diensten zugeordnet werden, so dass ein Vergleich zwischen diesen bzw. zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen möglich ist. Aus diesem Grund sind die Daten nicht öffentlich zugänglich, jedoch kann im Rahmen eines Forschungsvorhabens ein Antrag zur Verwendung der Daten gestellt werden. Einschränkend ist hierbei zu berücksichtigen, dass die patienten- und patientinnenbezogenen Daten zwar den jeweiligen Einrichtungen zugeordnet werden können, jedoch eine regionalspezifische Zuordnung von Patienten und Patientinnen und/oder Leistungserbringenden (bzw. Diensten/Einrichtungen) nicht möglich ist. Da aus diesem Grund keine Vergleiche auf Ebene der Bundesländer und/oder Landkreise/kreisfreien Städte möglich sind, wurde auf die Verwendung des Nationalen Hospiz- und Palliativregisters im Rahmen der Erstellung des Hospiz- und Palliativberichtes Sachsen 2022 verzichtet.

### **Länderumfrage des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt**

Um für den hospizlich-palliativen Versorgungsbereich den Umgang der Bundesländer mit der pandemischen Situation, der Umsetzung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ und den jeweiligen Landesförderungen für die Hospizarbeit vergleichen zu können, initiierte das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt eine Länderumfrage, welche zum 06.12.2021<sup>34</sup> final ausgewertet wurde. Alle für die Hospizarbeit zuständigen Stellen auf Länderebene erhielten diese Länderumfrage, wobei kein Rücklauf der Befragung von den Bundesländern Baden-Württemberg, Bremen, Saarland und Thüringen vorliegt.

### **Landesförderung der Hospizarbeit**

Die Anzahl der AHD variiert in den Bundesländern erheblich. Die meisten AHD haben zum Stand 30.06.2021 die Bundesländer Nordrhein-Westfalen (312), Bayern (140), Niedersachsen (130) und Hessen (108). Danach folgen Sachsen (55), Schleswig-Holstein (50), Brandenburg mit 26-kassenseitig geförderten Hospizdiensten, Berlin mit 27 AHD inklusive regionaler Außenstellen oder Unterbereiche, Hamburg mit 20 AHD für Erwachsene und 4 für Kinder, Sachsen-Anhalt (24), Mecklenburg-Vorpommern (23) und Rheinland-Pfalz mit 6 AHD und weiteren 36 ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdiensten, welche auch Bestandteil der ambulanten hospizlichen Versorgung sind. Keine Daten sind hierbei von den Bundesländern Saarland, Thüringen, Bremen und Baden-Württemberg vorliegend. In Tabelle 48 sind die ausgezahlten Fördersummen im Rahmen der Direktförderung von AHD im Jahr 2020 dargestellt sowie die investive Landesförderung stationärer Hospize von 2017–2020. Zudem wird die Landesförderung zur

---

<sup>33</sup> <https://www.hospiz-palliativ-register.de/> (DGP & DHPV, o. J.).

<sup>34</sup> Für den Abschnitt der Landesförderung erfolgte eine Aktualisierung zum 18.01.2022.



sonstigen Unterstützung des Hospizwesens aufgeführt. Von den Bundesländern Saarland, Thüringen, Bremen, Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern liegen hierzu keine Daten vor.

**Tabelle 48: Fördersummen der Bundesländer für die Hospizversorgung**

Bundesland	Direktförderung AHD im Jahr 2021 (in Euro)	Investive Landesförderung für stationäre Hospize 2017-2020 (in Euro)	Landesförderung zur sonstigen Unterstützung des Hospizwesens im Jahr 2021 (in Euro)
<b>Bayern</b>	205.000	Ca. 280.000	200.000
<b>Berlin</b>	Keine Förderung	Keine Förderung	Ca. 1.250.000
<b>Brandenburg</b>	0	Lottomittel 2020: 25.000	Landesmittel: 69.444,36 Lottomittel: 22.919
<b>Hessen</b>	0	0	Ca. 300.000
<b>Hamburg</b>			265.000
<b>Niedersachsen</b>	Keine Förderung	Keine Förderung	304.000
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	Keine Förderung	Keine Förderung	600.000
<b>Rheinland-Pfalz</b>	0	0	565.000
<b>Sachsen</b>	Ca. 250.000	1.628.000	140.000
<b>Sachsen-Anhalt</b>	13.404	k.A.	33.000
<b>Schleswig-Holstein</b>	keine Direktförderung; die Förderung in der Landesförderung der Landeskoordinierungsstelle Hospiz und Palliativarbeit inbegriffen; Anteil: 19.000	1.420.000	278.400 (ebenfalls über Landeskoordinierungsstelle)

## Auswirkungen der Corona-Pandemie

Nach Angaben der Bundesländer hatte das Coronavirus SARS-CoV-2 und der damit verbundene pandemische Zustand vielerlei Auswirkungen auf die Hospiz- und Palliativarbeit (HPA) im Jahr 2020. So berichteten mehrere Bundesländer von Einschränkungen der Sterbebegleitung in AHD und den Rückgang der Sterbebegleitung im eigenen Haus. Auch war die Trauerarbeit nur in geringem Umfang möglich. Zusätzlich wird von einem bedeutenden Rückgang Ehrenamtlicher berichtet, z. B. aufgrund nicht realisierbarer Ausbildungskurse, Schwierigkeiten bei Gewinnung, Qualifizierung und Bindung von diesen. Bei den SAPV-Teams wird von einer Steigerung der Anfragen berichtet, da die Angst vor der erhöhten Ansteckungsgefahr in Krankenhäusern bei Betroffenen erhöht war. Es kam zu hohen Belastungen der SAPV-Teams und zugleich auch zu einer erhöhten Ausfallquote der Mitarbeitenden. Auch wird die fehlende Aufwandsersatzung bei der Nutzung von Telekommunikation im SAPV-Bereich kritisiert, welche durch die hohen Inzidenzen von großer Wichtigkeit waren. Bemängelt wird auch die fehlende Einbeziehung der SAPV-Leistungserbringenden in Krisengremien, wie z. B. von Pflegeheimen, Krankenhäusern, Kostenträgern und den Sozialministerien. Auch im stationären Setting berichten die Bundesländer von Auswirkungen der Pandemie auf die HPA. So wird z. B. ein Rückgang der Bettenbelegung berichtet. Auch war die Kostensteigerung aufgrund der Anschaffung von persönlicher Schutzausrüstung eine Belastung für Einrichtungen und Länder, welche nach wie vor besteht. Ebenfalls wird von einem Rückgang der Begleitung der Angehörigen berichtet. Auch im stationären Setting wird von einem Rückgang der Begleitung der Angehörigen berichtet, welche auch mit der Erlassung von Zugangsbeschränkungen in Verbindung gebracht wird. Viele Bundesländer berichten von der Nutzung des Rettungsschirms, um die Minderbelegung der Betten und die erhöhten Sachkosten auszugleichen. Anders als im gewöhnlichen stationären Setting wird eine Steigerung der Bettenbelegung auf Palliativstationen berichtet, gleichzeitig aber auch von dem Rückgang der Bettenkapazität auf Palliativstationen, da diese häufig zu Corona-Stationen umgebaut wurden.

Im Allgemeinen berichten viele Bundesländer über fehlende Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten innerhalb der pandemischen Situation und in einer daraus resultierenden verringerten Anzahl an fachlich geschulten Ehrenamtlichen und festangestellten Mitarbeitenden. Der frühzeitige Erlass von Sonderregelungen, z. B. hinsichtlich Zugangserlaubnissen zu Hospiz- und Palliativeinrichtungen, hatte positive Auswirkungen auf die tägliche Arbeit der ambulanten und stationären HPA. Der Großteil der Bundesländer berichtete von negativen Auswirkungen auf die Zusammenarbeit und den fachlichen Austausch, was zum einen an fehlenden Kommunikationsmitteln lag, zum anderen aber auch an der Überlastung der Teams. So berichtet Brandenburg z. B. von problematischen Internetverbindungen. Um sterbende Menschen und deren Angehörige dennoch begleiten zu können, wurden in mehreren Bundesländern kreative Maßnahmen umgesetzt.

Befragt wurden die Bundesländer auch nach dem Anpassungsbedarf, welchen sie gegebenenfalls in ihrer jeweiligen Landesförderung für die Hospiz- und Palliativversorgung sehen. Hierbei geben die Bundesländer sehr individuelle Rückmeldungen. Dem Bayerischen Sozialministerium wird eine umfassende Zufriedenheit der Strukturen und Förderungen widerspiegelt, ebenso wie in Nordrhein-Westfalen, das insbesondere mit der Förderung der Trauerbegleitung innerhalb der pandemischen Situation überaus zufrieden ist, ebenso wie mit der Umlagerung der Gelder. Auch in Sachsen wird zurzeit keinen Anpassungsbedarf gesehen, bei Bedarf wird erneut eine Prüfung zur Evaluation des Hospiz- und Palliativsettings Sachsen eingeleitet. Anpassungsbedarfe ihrer Landesförderung sehen die Akteure und Akteurinnen der HPA in den Bundesländern Berlin, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein. Berlin gibt hierbei an, dass keine Beteiligung des Landes an der laufenden Förderung der hospizlichen Strukturen besteht, jedoch aber die Förderung von Neu- und Umbauten über Drittmittel finanziert wird, seit das SGB V dies

vorgibt. Sachsen-Anhalt sieht einen höheren Unterstützungsbedarf im Bereich der Digitalisierung für Akteure und Akteurinnen der HPV, insbesondere im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie. Ebenso soll die Vernetzung von Angeboten ausgeweitet werden und die Gesellschaft flächendeckend über Hospiz- und Palliativangebote aufgeklärt werden. In Schleswig-Holstein wird ein Anpassungsbedarf in der Befristung der Landesförderung der Landeskoordinierungsstelle HPA Schleswig-Holstein gesehen. Eine Anpassung der Landesförderung wünschen sich die Akteure und Akteurinnen in Brandenburg, da durch Abstands- und Hygieneregulungen die Durchführung von Veranstaltungen mit deutlich höheren Kosten verbunden sei. Auch solle die pandemiebedingte Situation mehr Beachtung finden. Mecklenburg-Vorpommern gibt an, dass keine Übermittlung von Anpassungs- oder Änderungswünschen an das zuständige Ministerium übersandt wurden. In Niedersachsen besteht keine Förderung der Leistungserbringenden der HPV.

### **Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland**

Auch in der Umsetzung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ gibt es diverse Unterschiede zwischen den Bundesländern. Bayern unterzeichnete im Jahr 2012 die Charta und 480 bayerische Institutionen und Organisationen unterstützen diese. Im Jahr 2013 unterzeichnete Berlin als Bundesland die Charta, gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin und dem diakonischen Werk. Über die Jahre, von der Unterzeichnung bis hin zur Etablierung der Koordinierungsstelle für die Umsetzung der Charta im Jahr 2020, gab es nach eigenen Angaben eine intensive Beschäftigung mit der Charta und zahlreiche Landesorganisationen unterzeichneten diese. Auch Brandenburg unterzeichnete die Charta und ist bemüht, aktuelle Versorgungslagen zu beleuchten und daraus mögliche Handlungsbedarfe abzuleiten. Dabei werden verschiedene Projekte gefördert, um die Bekanntmachung von Angeboten in der Öffentlichkeit zu fördern. Aufgrund der pandemischen Situation konnte Brandenburg nach eigenen Angaben die Projekte zur Umsetzung der Charta bisher nicht realisieren. Hessen unterzeichnete die Charta im Jahr 2014 und unterhält seither vielfältige Projekte zur Umsetzung der Charta und der Öffentlichkeitsarbeit. Im Jahr 2017 wurde die Charta auch von Mecklenburg-Vorpommern unterzeichnet. Nach eigenen Angaben befindet sich das Bundesland im Prozess der Weiterentwicklung und Umsetzung der Ziele, da diese durch die Pandemie ins Stocken geraten sind. Niedersachsen und Schleswig-Holstein unterzeichneten die Charta im Jahr 2011. In Niedersachsen wurden daraufhin Arbeitsgruppen zur Umsetzung der Charta gegründet und Unterzeichnungsaktionen auf kommunaler Ebene durchgeführt. Niedersachsen gibt dabei an, über keine Erfassung zu verfügen, inwieweit die Umsetzung der Maßnahmen fortgeschritten ist. In Schleswig-Holstein wurde die Charta mit dem Ziel der Sensibilisierung von Akteuren und Akteurinnen im Gesundheitswesen unterzeichnet. Bis zum Dezember 2021 hatten 71 niedersächsische Institutionen, Organisationen sowie zahlreiche Einzelpersonen die Charta unterzeichnet. Im Jahr 2016 unterzeichnet Nordrhein-Westfalen die Charta und setzt seither durch eine projektspezifische Landesförderung die Leitsätze der Charta um. Als eines der ersten Bundesländer unterschrieb Rheinland-Pfalz die Charta. Die Leitsätze der Charta werden in Rheinland-Pfalz regelmäßig in der Öffentlichkeit erwähnt und sind nach eigenen Angaben der Ankerpunkt der rheinland-pfälzischen Gesundheitspolitik. Der Freistaat Sachsen unterstützt die Charta seit 2016 (Unterzeichnung durch das Sächsische Sozialministerium), im Jahr 2021 erfolgte eine gemeinsame Unterzeichnung mit dem Landkreistag und dem Sächsischen Städte- und Gemeindetag. Auch Sachsen-Anhalt unterschrieb die Charta und gibt dazu an, dass es die Handlungsempfehlungen gut umsetze, das Bewusstsein für die Charta dennoch gestärkt werden müsse.

## 6.2 Primärdatenbasierte Bewertung

### 6.2.1 Experten- und Expertinneninterviews zu Status quo und Entwicklung der Versorgung seit 2017

Zur qualitativen Erfassung und Beschreibung von spezifischen Anforderungen sowie von Stärken und Schwächen der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen wurden leitfadengestützte Experten- und Expertinneninterviews durchgeführt. Ziel dieser Erhebung ist insbesondere die Feststellung des Grads der Vernetzung von Leistungserbringenden, die Erfassung besonderer Bedarfe und Anforderungen an die Versorgung, die Erfassung von Angeboten zur Trauerbewältigung für Angehörige und von ehrenamtlichen Strukturen in der Palliativ- und Hospizversorgung sowie des aktuellen Fort- und Weiterbildungsstands von in der Palliativ- und Hospizversorgung tätigen Menschen. Zudem wurde in den Gesprächen die Umsetzung der Handlungsempfehlungen der Hospizstudie 2017 adressiert. Hierfür wurden Interviews mit folgenden Zielgruppen durchgeführt:

- Experten und Expertinnen auf Landesebene,
- Leistungserbringende,
- Ausbilder und Ausbilderinnen.

Experten und Expertinnen der gleichen Zielgruppe wurden zu Fokusgruppen eingeladen, sofern dies organisatorisch umsetzbar war. Die potenziellen Teilnehmenden wurden per E-Mail über den Hospiz- und Palliativbericht Sachsen 2022 informiert und zum Interview eingeladen. Eingeladene Personen, die sich nicht zurückmeldeten, wurden nach einem Zeitraum von vier Wochen erneut per E-Mail kontaktiert. Die Interviews wurden von zwei bis drei Interviewenden im Zeitraum von März bis September 2022 durchgeführt und mit Zustimmung der teilnehmenden Personen aufgezeichnet. Anschließend erfolgte die Transkription der Aufzeichnungen und die schwerpunktmäßig schriftliche Zusammenfassung der Ergebnisse. Insgesamt wurden 17 Interviews und drei Fokusgruppen realisiert.

Die Interviewpartner und -partnerinnen zur Erfassung der Expertise auf Landesebene sind in Tabelle 49 aufgeführt.

**Tabelle 49: Experten und Expertinnen auf Landesebene**

Name	Funktion
Andreas Müller	Geschäftsführer, LVHP
René Kellner	Referat Pflege, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesvertretung Sachsen
Claudia Österreicher	Paritätischer Wohlfahrtsverband Sachsen, Referentin Altenhilfe und Teilhabe, LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Sachsen
Tilman Beyer	Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsen e.V., Referat Hospiz- und Palliative Care, LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Sachsen
Antoinette Steinhäuser	Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e.V., LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Sachsen
Kristina Groth	Fachberaterin Sondersachgebiete (Pflege/HKP), AOK PLUS
Claudia Sinz	Fachberaterin Versorgungsplanung (Krankenhausplanung), AOK PLUS

Name	Funktion
Petra Hild	Fachberaterin Sondersachgebiete (SAPV), AOK PLUS
Susanne Hasse	Fachberaterin Leistungsrecht Pflege (Stationäre Hospizversorgung), AOK PLUS
Djamila Beuchel	Gebiet Leistungsbereich (SAPV), AOK PLUS
Jochen Schnabel	Referat 33, Pflegeversicherung und -versorgung, SMS
Kerstin Steinacker	Referat 33, Pflegeversicherung und -versorgung, SMS
Katrin Eichler	Referat 33, Pflegeversicherung und -versorgung, SMS
Marko Jaksch	Referat 31, Heilberuferecht und Kammeraufsicht, SMS

Zur qualitativen Erfassung der Themenschwerpunkte besondere Bedarfe und Anforderungen, Aus- und Weiterbildungsstand, Einbindung Angehöriger sowie zu Angeboten der Trauerbewältigung wurden Interviews mit Leistungserbringenden der verschiedenen palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsbereiche durchgeführt. Tabelle 50 umfasst die interviewten Leistungserbringenden, differenziert nach Versorgungsbereichen.

**Tabelle 50: Experten und Expertinnen, Leistungserbringende**

Versorgungsbereich	Name, Funktion
Übergreifend	Julia Krause, Leiterin Regionale Hospiz- und Palliativberatungsstelle, Christliches Hospiz Ostsachsen
Stationäre Palliativversorgung	Dr. Barbara Schubert, Cheförzantin, Fachabteilung für Onkologie, Geriatrie und Palliativmedizin, Klinik für Innere Medizin, St. Joseph-Stift Dresden
Palliativdienste im Krankenhaus	Dr. Ute Helm, Oberärztin, Fachabteilung Palliativmedizin, St. Elisabeth Krankenhaus Leipzig
Stationäre Hospizarbeit	Julia Bodendieck, Pflegedienstleitung, Hospiz ADVENA und Palliative-Care-Trainerin der Leipziger Hospiz- und Palliativakademie  René Rixrath, Leiter Stationäre Hospizarbeit, Christliches Hospiz Ostsachsen, Stationäres Hospiz Siloah Herrnhut
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	Katharina Eichert, Teamleitung SAPV, DRK Aue-Schwarzenberg
Ambulante Kinder- und Jugendhospizarbeit	Anne Bayer, Koordinatorin des ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienstes Schmetterling Chemnitz und Westsachsen
Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche/ perinatale Palliativversorgung	Dr. Silke Nolte-Buchholtz, Leiterin des Brückenprojektes und SAPV-Teams für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene am Universitätsklinikum Dresden
Ambulante Hospizarbeit/ Trauerarbeit	Susanne Krujatz, Sozialarbeiterin, Leiterin Hospiz- und Palliativdienst Chemnitz e.V.
Allgemeine ambulante Palliativversorgung	Dr. Franziska Pecher-Werner, Mitglied des Sächsischen Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V.  Dr. Susann Hennesthal, Mitglied des Sächsischen Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V.
Tageshospiz	Anke Schramm-Schmidt, Koordinatorin Tageshospiz «Lebensbaum», Christlicher Hospizdienst Dresden e.V.

Versorgungsbereich	Name, Funktion
	Ansgar Ullrich, leitender Koordinator, Christlicher Hospizdienst Dresden e.V.

Zur Erfassung des Fort- und Weiterbildungsstands von Ärzten und Ärztinnen sowie Pflegekräften, die nicht in der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung tätig sind, wurden Interviews mit ausbildenden Personen durchgeführt. Die Gesprächspartner und -partnerinnen sind in Tabelle 51 aufgeführt.

**Tabelle 51: Experten- und Expertinneninterviews, Ausbilder und Ausbilderinnen**

Name	Funktion
Stephanie Krüger	Bereich Palliative Care, Kursleitung, Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden gGmbH
Daniela Kuntzsch	Koordinatorin, Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden gGmbH

Nachfolgend werden die Kernaussagen der Interviews zusammengefasst; die verwendeten Interviewleitfäden befinden sich im elektronischen Anhang A1. Bei der folgenden Darstellung handelt es sich somit um die Einschätzungen und Meinungen der befragten Experten und Expertinnen.

## 6.2.1.1 Status quo und Entwicklung der Hospizversorgung seit 2017

### Versorgungsziele

Zentrales Versorgungsziel der Hospizversorgung ist Sachsen sei ein flächendeckendes hospizliches Angebot zur ganzheitlichen Versorgung am Lebensende, abgestimmt auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten und Patientinnen. Hierbei solle ein differenziertes vergleichbares Angebot sowohl in ländlichen als auch städtischen Regionen verfügbar sein. Zudem sollte laut Meinung einiger Experten und Expertinnen das Ehrenamt insgesamt gestärkt werden und der Fokus auf der Gewinnung neuer Ehrenamtlichen liegen. Pflegekräfte im hospizlichen Bereich sollten durch Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen nicht überlastet werden. Für die Öffentlichkeitsarbeit sehen die Experten und Expertinnen die Notwendigkeit der Enttabuisierung des Themas Sterben, Tod & Trauer, bei der eine gute Balance aus öffentlicher Platzierung der Thematik und Anforderungen für die Leistungserbringung im hospizlichen Bereich bestehen sollte, da eine zu große Professionalisierung die Thematik zu weit von der Gesellschaft entferne.

### Tätigkeitsfelder

Den Koordinationskräften der AHDs attestieren die Experten und Expertinnen eine große Fachlichkeit und einen guten Blick für die Ehrenamtlichen. In den letzten Jahren haben sich die Tätigkeitsfelder der Koordinationskräfte nicht geändert, jedoch habe sich mit dem HPG eine wesentliche Verbesserung in der Finanzierung für AHDs ergeben, sodass infolgedessen mehr Personal aufgebaut werden konnte, wenngleich die Experten und Expertinnen große regionale Unterschiede in der personellen Ausstattung der AHDs ausmachen. Bei den Koordinationskräften sehen die Experten und Expertinnen allerdings perspektivisch Personalprobleme, da viele Koordinationskräfte in den nächsten Jahren in Rente gehen werden. Dies erfordere eine nachhaltige und strategische Personalplanung bei den AHDs, die auch abhängig von der Fortschreibung und Überarbeitung von § 39a SGB V hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen an hauptamtlich Beschäftigte in AHD sei.

Sterbebegleitungen seien immer individuell, ein Aspekt, der durch die Koordinationskräfte gut umgesetzt werde. Diese würden Ehrenamtliche passend zu den Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen auswählen, sodass die ehrenamtliche Tätigkeit sehr individuell ausgestaltet ist. Ehrenamtliche können in Einzelbegleitungen zwar unter Umständen an ihre Grenzen geraten, die hohe Qualität in der Umsetzung der Koordinationskräfte durch Supervision, Einzel- und Gruppengespräche kann dies aber bei Bedarf auffangen. Laut der Experten und Expertinnen sei die Hospizarbeit hier als Wegweiser für andere Bereiche mit Ehrenamt zu sehen. Die Krankenkassen haben lediglich Kenntnis über die Anzahl an Ehrenamtlichen pro AHD, können jedoch keine Aussage zur Qualität der Umsetzung in den Tätigkeitsfeldern der Ehrenamtlichen treffen. Die Tätigkeitsfelder beim Ehrenamt haben sich laut Aussage der Experten und Expertinnen nicht geändert, jedoch sei bemerkt worden, dass Sterbebegleitungen vermehrt kurzfristig stattfänden und infolgedessen unter Umständen sehr kurz umzusetzen seien. Zudem habe sich die Struktur der Ehrenamtlichen geändert: Früher hätten vermehrt ältere Menschen im Ruhestand auf unbestimmte Zeit ehrenamtlich gearbeitet, wohingegen mittlerweile vermehrt jüngere Menschen mit einem bestimmten Zeitrahmen ehrenamtlich tätig sind. Dies führen einzelne Experten und Expertinnen u. a. auch darauf zurück, dass die Gewinnung neuer Ehrenamtlicher zunehmend auch über Social Media erfolge. Die Supervision der Ehrenamtlichen durch die Koordinationskräfte sei durch die Kontaktbeschränkungen während der Corona-Pandemie stark beeinträchtigt gewesen, zudem habe die einrichtungsbezogene Impfpflicht große Auswirkungen auf die Anzahl der verfügbaren Ehrenamtlichen gehabt, in dem viele Ehrenamtliche ihren Dienst pausiert oder beendet haben. Infolgedessen sollte der Einsatz der Ehrenamtlichen wieder neu gestärkt werden und hierdurch wieder auf das Niveau vor der Corona-Pandemie gebracht wer-

den. Aufgrund der Corona-Pandemie käme es zudem vermehrt zu Nachfragen nach Trauerbegleitung und Trauerangeboten, ohne dass eine vorherige Sterbebegleitung stattgefunden hat, was nach Meinung der Experten und Expertinnen auch an zu wenig kommunalen Angeboten zur Trauerbewältigung liege. Aufgrund dessen sollte eine genaue Definition der Trauerbegleitung im Rahmen der Sterbebegleitung nach § 39a SGB V erfolgen und somit auch eine Abgrenzung von Trauerbegleitungen von AHDs außerhalb der durch § 39a geförderten Angebote, da diese nicht Bestandteil der Förderrichtlinie sind.

Ein höherer Beratungs- und Betreuungsaufwand entstehe laut der Experten und Expertinnen bei jüngeren Patienten und Patientinnen mit minderjährigen Kindern. Hier sei der Unterstützungsaufwand in Form der psychosozialen Begleitung mit einem großen personellen Aufwand verbunden. Bei grenznahen Hospizen könne es unter Umständen zu Verständigungsproblemen mit tschechischen oder polnischen Patienten und Patientinnen kommen, diese können jedoch in der Regel durch Dolmetscher und Dolmetscherinnen aufgefangen werden. Vereinzelt berichten Experten und Expertinnen zudem von einer veränderten Erwartungshaltung von Patienten und Patientinnen in stationären Hospizen: Hier könne es aufgrund von einem zunehmenden Anspruchsdenken der Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen unter Umständen zu Spannungen und Kommunikationsproblemen kommen. Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der guten ambulanten Versorgung kämen Patienten zudem teilweise zu einem späteren Zeitpunkt als früher ins Hospiz. Die Betreuung dieser sei dann häufig mit einem deutlich höheren behandlungspflegerischen Aufwand verbunden. Einen höheren Betreuungs- und Beratungsaufwand wird zudem bei der wachsenden Gruppe von Hochbetagten gesehen, die keine Angehörigen mehr in der nächstjüngeren Generation haben oder Angehörige, die in einer großen räumlichen Distanz leben. Hier ergebe sich ein deutlich höherer Aufwand aufgrund von Überforderung und Gebrechlichkeit durch das hohe Alter. Von Seiten der AHD wird von einer gut funktionierenden Anbindung der Angehörigen bei Patienten und Patientinnen in der Häuslichkeit berichtet, wohingegen bei Patienten und Patientinnen in stationären Pflegeeinrichtungen die Kontaktaufnahme zu Angehörigen, teilweise aus Datenschutzgründen, mit Schwierigkeiten verbunden sein kann. Die Einbindung Angehöriger während der Corona-Pandemie erfolgte mit stetig an die aktuellen Regelungen angepassten Besuchskonzepten und einrichtungsspezifischen Hygienemaßnahmen auf Grundlage der Gesetzgebung. In der ersten Phase der Pandemie fand der Kontakt zu Angehörigen oftmals auch über Online-Formate statt, wohingegen in präfinalen Sterbesituationen, auch aufgrund von individuellen Absprachen mit den Gesundheitsämtern, der Besuch der Patienten und Patientinnen durch enge Angehörige in der Regel immer möglich war. Hinsichtlich der Trauerarbeit kam es vermehrt zu Trauerbegleitungen per Telefon oder einer Verkleinerung von Trauergruppen durch Aufteilen dieser.

## **Versorgungssituation**

Insgesamt erachten die Experten und Expertinnen die hospizliche Versorgung durch AHD und stationäre Hospize als gut aufgestellt, mit einer dem Bedarf entsprechenden Verteilung und einer ausreichenden Bettenanzahl durch vier neu erbaute Hospize in Torgau, Dresden, Niesky und Bischofswerda. Teilweise wird jedoch von regionalen Versorgungslücken und langen Wartelisten für Patienten und Patientinnen berichtet. Insgesamt sei die Anzahl der Hospize gestiegen, jedoch sei hier eine Ballung der Hospize in städtischen Gebieten zu verzeichnen, da auch die Trägerorganisationen nach wirtschaftlichen Aspekten agieren. Teilweise berichten Experten und Expertinnen wiederum von einer starken Abhängigkeit der Auslastung von Hospizen vom Träger und der „Sichtbarkeit“ der jeweiligen Hospize in der Öffentlichkeit. Aufgrund des schlecht ausgebauten öffentlichen Nahverkehrs in ländlichen Regionen Sachsens gäbe es teilweise große Probleme in der Erreichbarkeit von Hospizen. Zudem seien viele Angehörige der Patienten und Patientinnen im höheren Alter, sodass diese auf den öffentlichen Nahverkehr angewiesen seien. Laut den Experten und Expertinnen seien die zeitlichen Aufwendungen hierbei teilweise jedoch so hoch, dass von Angehörigenbesuchen im Hospiz vereinzelt Abstand



genommen werde. Um den Angehörigenbesuch auch in ländlichen Regionen zu gewährleisten, müssen laut der Experten und Expertinnen mögliche Mitakteure und -akteurinnen in die Vernetzung mit einbezogen werden, sodass z. B. Fahrdienste durch gemeinnützige Vereine ausgebaut werden können.

Hinsichtlich der Vernetzung der Leistungserbringenden im hospizlichen Bereich sehen die Experten und Expertinnen wesentliche Verbesserungen in den Vernetzungsstrukturen. Durch § 39d SGB V kann seit April 2022 die Förderung der Koordination regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke durch die Krankenkassen beantragt werden. Die Vernetzung war durch die Corona-Pandemie stark eingeschränkt, sodass regelmäßige Treffen zum Kennenlernen und Austausch unter den Leistungserbringenden gar nicht oder nur eingeschränkt möglich waren. Zudem kam es zu einem gravierenden Einbruch der Sterbebegleitungszahlen von AHD, da Besuche in Krankenhäusern und Pflegeheimen anfangs nicht möglich waren. Stationäre Hospize berichteten zudem von einer stark verminderten Bettenauslastung, da viele Patienten und Patientinnen in der Häuslichkeit verbleiben wollten. Einzelne Experten und Expertinnen berichten aktuell von einer erhöhten Wartezeit auf einen Platz im Hospiz, aufgrund einer Minderversorgung hinsichtlich Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen und daraus resultierenden fortgeschrittenen Erkrankungsstadien.

Hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit wird die Förderung von niedrigschwelligen Projekten, wie z. B. den Letzte-Hilfe-Kursen, als erforderlich gesehen, um ein Basiswissen in der gesellschaftlichen Breite zu schaffen. Die Öffentlichkeitsarbeit wird von den Experten und Expertinnen zudem als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen, die nicht zuletzt auch von einer guten Vernetzung der Akteure und Akteurinnen der Hospiz- und Palliativversorgung profitiere. Hierzu sei auch das Schaffen einer Selbstverständlichkeit, dass das Sterben zum Leben dazugehört sowie die Befähigung von Angehörigen notwendig, sodass Patienten und Patientinnen, sofern sie keiner stationären palliativmedizinischen Versorgung bedürfen, in der Häuslichkeit versterben und die Angehörigen mit dieser Situation umgehen können. Hierzu bedürfe es einer Strategie auf Landesebene für mehr Sichtbarkeit in der Bevölkerung, da die bisherige Öffentlichkeitsarbeit durch Netzwerke und Netzwerkkonferenzen nur sehr punktuell in Landkreisen erfolgt sei. Wenngleich die Unterzeichnung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ durch die kommunalen Spitzenverbände im Jahr 2021 laut den Experten und Expertinnen viel Aufmerksamkeit für die Hospiz- und Palliativarbeit generiert habe und auch in die politische Wahrnehmung gerückt sei, sei diese laut einzelner Experten und Expertinnen der allgemeinen Bevölkerung dennoch weitgehend unbekannt. Deshalb wird es als notwendig erachtet, die Unterzeichnung der Charta regelmäßig in das Bewusstsein der Bevölkerung zu rücken, z. B. durch einen Gedenktag. Die Spendenakquise wird von den Experten und Expertinnen grundsätzlich als gut eingeschätzt, wenngleich durch die geringere Anzahl an Sterbebegleitungen aufgrund der Corona-Pandemie weniger Spenden eingenommen worden seien. Zudem wird aufgrund sinkender Mitgliedszahlen der Kirche erwartet, dass durch kirchliche Aktivitäten generierte Spenden ebenfalls geringer ausfallen werden.

## **Aus- und Fortbildung**

Der Palliative-Care-Kurs für Pflegefachkräfte wird von Inhalt und Umfang her von den Experten und Expertinnen mehrheitlich als sehr gut bezeichnet. Die Schwerpunkte seien bei Kursen mit DGP-Zertifizierung durch das Curriculum vorgegeben, jedoch betonen die Experten und Expertinnen die Vermittlung einer hospizlichen und palliativmedizinischen Haltung als wichtigstes Element bei den Palliative-Care-Kursen. Auch der Palliative-Care-Kurs für psychosoziale Berufsgruppen wird als inhaltlich sehr gut bewertet. Insbesondere der fachliche Austausch mit Kollegen und Kolleginnen aufgrund der multidisziplinären Ausrichtung des Kurses wird als sehr wertvoll erachtet. Vereinzelt wird eine Integration von Methodik zur Fallbesprechung in die Curricula der Palliative-Care-Kurse angeregt, damit die Kompetenzen über die verschiedenen an

der Hospiz- und Palliativversorgung beteiligten Berufsgruppen homogener wird und Fallbesprechungen inhaltlich gut und effektiv gestaltet werden können. Die Experten und Expertinnen berichten von einem wachsenden Bedarf an Hospiz- und Palliativqualifikationen im Bereich der Wiedereingliederungshilfe, da die Anzahl älterer Menschen mit Behinderung zunimmt und das Thema Sterben, Tod & Trauer in diesem Bereich präsenter wird. Hier wird von den Experten und Expertinnen vereinzelt auch die Aufnahme von Hospiz- und Palliativhalten in die Ausbildung zum Heilerziehungspfleger bzw. zur Heilerziehungspflegerin vorgeschlagen. Bei den Ehrenamtsschulungen sehen die Experten und Expertinnen vereinzelt einen hohen Individualismus in der Ausbildung: So gebe es Empfehlungen hinsichtlich des Curriculums, diese seien jedoch für die Förderung durch die Krankenkassen nach § 39a SGB V nicht verbindlich. Während der Kontaktbeschränkungen durch die Corona-Pandemie seien Schulungen für Ehrenamtliche teilweise in Online-Formaten durchgeführt worden, wohingegen die Palliative-Care-Kurse weitestgehend weder in Präsenz noch in Online-Formaten stattgefunden haben.

### **Finanzierungsaspekte**

Grundsätzlich bewerten die Experten und Expertinnen die Finanzierung sowohl für stationäre Hospize als auch für AHD als auskömmlich. Die Ausgestaltung der Förderkriterien ermögliche eine angemessene Finanzierung und hätte innerhalb der letzten 25 Jahre zu einer stabilen, breiten und gut funktionierenden Ausweitung der ambulanten Hospizarbeit geführt. Die Förderung durch die Richtlinie Gesundheit und Versorgung wird hierbei als sinnvolle Finanzierung angesehen, die alle notwendigen Bereiche der ambulanten Hospizarbeit abdeckt, insbesondere da durch § 39a SGB V nur die Kosten für das Folgejahr angerechnet werden können, die im vorherigen Jahr als Sachkosten ausgegeben wurden. Da es infolge der Corona-Pandemie zu Einschränkungen in der ambulanten Hospizarbeit kam, besteht eine Lücke für die Finanzierung der Folgejahre, die jedoch durch die RL Gesundheit und Versorgung gut aufgefangen wird. Lediglich die Finanzierung von Trauerarbeit der AHD wird vereinzelt von Experten und Expertinnen kritisch betrachtet, da es aktuell vermehrt zu Anfragen nach Trauerbegleitungen ohne vorherige Sterbebegleitung kommt. Diese Finanzierung läge jedoch außerhalb der Verantwortung der Krankenkassen, die primär die Sterbebegleitungen ihrer Versicherten finanzieren. Hierbei wird die Schaffung einer neuen Fördermöglichkeit hinsichtlich der Trauerarbeit außerhalb des Sterbeprozesses als notwendig erachtet. Zudem wird die Anspruchsberechtigung für die Qualifizierung in Trauerbegleitung, die über § 39a SGB V ausschließlich der ambulanten Hospizarbeit vorbehalten ist, vereinzelt kritisch gesehen, da auch in Trauerbegleitung qualifizierte Personen in SAPV-Teams, stationären Hospizen und auf Palliativstationen notwendig seien. Die Leistungserbringung der Trauerarbeit werde zwar über Vernetzung durch die AHD sichergestellt, jedoch werden nicht alle Patienten und Patientinnen, die durch ein SAPV-Team versorgt werden, auch durch einen AHD betreut. Insbesondere bei Patienten und Patientinnen, die eine kurze letzte Lebensphase haben, sei der Aufbau von Vertrauen für die Trauerbegleitung bei kurzfristigem Hinzuziehen eines AHD erschwert. Etwaige Fehlanreize bei der ambulanten Hospizarbeit bewerten die Experten und Expertinnen nicht übereinstimmend. So betonen einzelne Experten und Expertinnen, dass durch die hohe Transparenz des § 39a SGB V keine Fehlanreize auszumachen seien, wohingegen andere ein Interesse der AHD identifizieren, möglichst viele Ehrenamtliche und Sterbebegleitungen zu vermerken.

### **6.2.1.2 Status quo und Entwicklung der Palliativversorgung seit 2017**

#### **Versorgungsziele**

Als zentrales Versorgungsziel wird die flächendeckende palliativmedizinische Versorgung, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, mit einer Stärkung der häuslichen Situation der Patienten und Patientinnen gesehen. Zudem sollten laut den Experten und Expertinnen bü-

rokratische Hürden für im palliativen Bereich tätige Pflegekräfte abgebaut werden. Darüber hinaus wird angesichts der derzeit regen politischen Debatte über eine Reform der Sterbehilfe die Erstellung von Handlungshilfen und der Aufbau von Beratungsstrukturen im Bereich der Suizidprävention als notwendig erachtet, um frühzeitig auf mögliche Konfliktsituationen von Menschen in ihrer letzten Lebensphase eingehen zu können.

### **Tätigkeitsfelder und Versorgungssituation**

Die Palliativversorgung betrifft den Experten und Expertinnen zufolge nicht bestimmte Diagnosen, sondern eine unheilbare Krankheitssituation unabhängig davon, an welcher Diagnose der Patient leidet. Wenngleich die SAPV-Teams in Sachsen als Teams mit stabiler Personalausstattung und einer geringen Fluktuation von Mitarbeitenden eingeschätzt werden, wird berichtet, dass ein SAPV-Team in Hoyerswerda den Dienst aufgegeben habe, da kein ärztliches Personal gefunden worden sei. Zudem machen die Experten und Expertinnen bei der Versorgung durch die SAPV-Teams eine sehr heterogene Strukturqualität aus, wodurch einheitliche Qualitätsstandards nötig seien. Ebenfalls wird dem Bereich der SAPV ein großes Stadt-Land-Gefälle konstatiert: Der Bereich ländlich von vielen engagierten Einzelakteuren und -akteurinnen, die die Sicherstellung der Versorgung auch auf dem Land wahren, wohingegen es im städtischen Bereich funktionierende Strukturen gäbe. Aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsbedingungen zwischen stationären Hospizen und SAPV-Teams komme es mitunter zu einer personellen Konkurrenzsituation hinsichtlich von Pflegefachkräften: Diese würden aufgrund der attraktiveren Arbeitsbedingungen von stationären Hospizen abgeworben werden und in den Personalressourcen der SAPV-Teams fehlen.

Insgesamt sehen die Experten und Expertinnen eine gute Entwicklung der AAPV innerhalb der letzten Jahre. Diese habe eine flächendeckende Netzwerkstruktur und ermögliche bei Bedarf schnelle Hilfe für Patienten und Patientinnen, wenngleich diese Entwicklung durch die Coronapandemie stark ausgebremst worden sei. Zudem hätten sich Unterschiede in der Verfügbarkeit der AAPV zwischen Stadt und Land verringert. Im Bereich der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung spielen laut den Experten und Expertinnen von ambulanten Pflegediensten erbrachte AAPV-Leistungen im Rahmen der HKP-Richtlinie Nr. 24a eine untergeordnete Rolle. Die im Jahr 2017 eingeführte Möglichkeit für Pflegedienste, eine Symptomkontrolle bei Palliativpatienten und -patientinnen durchzuführen, spiele im Vergleich mit anderen HKP-Verordnungen nur eine geringe Rolle und habe sich noch nicht richtig etabliert. Gründe hierfür sehen die Experten und Expertinnen vor allem in mangelnden personellen Ressourcen im Bereich der ambulanten Pflege: Der Bedarf an ambulanter Pflege könne schon kaum abgedeckt werden, sodass spezialisierte Leistungen durch ambulante Pflegedienste keine wesentliche Rolle in der AAPV spielen, wenngleich das Interesse bei ambulanten Pflegediensten, ihr Personal dahingehend auszubilden, präsent sei. Die Palliativversorgung im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit umfasst laut den Experten und Expertinnen die palliative Betreuung von Patienten mit palliativmedizinischer Indikation in Situationen, die noch betreubar sind und nicht innerhalb kurzer Zeit zum Tod führen. Die hausärztliche Versorgung übernimmt hierbei die primäre Betreuung bis zum Versterben der Patienten und Patientinnen, auch wenn diese schon durch ein SAPV-Team versorgt werden. Teilweise werden die SAPV-Teams laut den Experten und Expertinnen zu spät in die Versorgung einbezogen, dies liege jedoch daran, dass bestimmte Krankheitsverläufe nicht vorherzusehen seien. In manchen Fällen übernimmt die hausärztliche Versorgung auch die Versorgung, ohne dass ein SAPV-Team eingebunden werden muss. Perspektivisch gesehen benötige der weitere Ausbau der AAPV mehr personelle Ressourcen bei Pflegenden und medizinischem Fachpersonal.

Hinsichtlich der Versorgung durch Palliativstationen sehen die Experten und Expertinnen einen Bedarf, jedoch werden diese nach deren Einschätzung finanziell nicht ausreichend vergütet,

sodass dem Bedarf nicht ausreichend nachgekommen werden kann. Zusätzlich wurden aufgrund der Corona-Pandemie einige Palliativstationen geschlossen und zu Stationen für Corona-Patienten und -Patientinnen umfunktioniert. Zudem wird bemängelt, dass Palliativbetten seit 2019 nicht mehr im Landeskrankenhausplan ausgewiesen werden. Die Möglichkeit, seit 2017 mit dem neu eingeführten OPS 8-98h „Palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst“ die Versorgung von Patienten mit palliativmedizinischem Bedarf auf anderen Stationen sicherzustellen, wird von den Experten und Expertinnen begrüßt. Durch die Etablierung krankenhauserinterner, palliativmedizinischer Strukturen rücke das Fachgebiet der Palliativmedizin hierdurch vermehrt in den Fokus anderer Ärzte und Ärztinnen, gleichwohl existiere für diese Dienste keine auskömmliche Finanzierung, sodass die Etablierung dieser in Krankenhäusern sehr abhängig von der Einstellung der Krankenhausleitung sei.

Einen besonderen Versorgungsaufwand sehen die Experten und Expertinnen bei Patienten und Patientinnen, die eine parenterale Medikamentengabe oder Ernährung erfordern. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich aus einer zu geringen Anzahl an spezialisierten Leistungserbringenden, die parenterale Therapien betreuen, da aufgrund dessen der Zeitpunkt, an dem die Patienten und Patientinnen von einer Palliativstation in die ambulante Versorgung überführt werden können, verzögert werden kann, da ansonsten eine Versorgungslücke entstehen würden. Auch bei Patienten und Patientinnen mit dementiellen Erkrankungen bestehe ein erhöhter Versorgungsaufwand, da die Kommunikation mit diesen erschwert ist und die Versorgung eine erhöhte Einfühlsamkeit und Aufmerksamkeit erfordert, um zu bestimmen, ab wann die Patienten und Patientinnen palliativmedizinische Versorgung benötigen. Aufgrund einer zu geringen Anzahl an Kurz- oder Tagespflegeplätzen kann die Versorgung der Patienten und Patientinnen in der Häuslichkeit auch eine enorme Belastung für Angehörige darstellen. Auch die Versorgung von neurologischen Patienten und Patientinnen, die einen erhöhten Versorgungsaufwand sowie Sprachbarrieren aufweisen, wird als eine Herausforderung angesehen. Die Versorgung von Patienten und Patientinnen mit psychischen Erkrankungen in der eigenen Häuslichkeit stellt für die Experten und Expertinnen insofern ein Problem dar, da es nicht möglich sei, ambulante psychotherapeutische Hausbesuche sicherzustellen. Eine Verbesserung in der Versorgung sei bei onkologischen Patienten und Patientinnen auszumachen: Hier sei nach Meinung der Experten und Expertinnen eine Sensibilisierung für die frühe Integration einer palliativmedizinischen Perspektive im Krankheitsverlauf erfolgt. Ebenfalls habe sich die Versorgung bei der Begleitung von geänderten Therapiezielen verbessert und Patienten- und Patientinnengruppen, die die Beendigung einer einmal eingeleiteten Therapie benötigen, wie z. B. Dialyse-Patienten und -Patientinnen, werden nun besser versorgt. Aufgrund der Corona-Pandemie gebe es zudem seit den letzten zwei Jahren einen großen Wissenszuwachs in der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit therapieresistenten Infektionserkrankungen. Aufgrund der Pandemie und den damit verbundenen Auswirkungen auf Vorsorgeuntersuchungen und einer Angst vor Ansteckung gäbe es momentan eine häufige Erstdiagnostizierung von Patienten und Patientinnen mit fortgeschrittenen Tumoren, was nach Meinung der Experten und Expertinnen perspektivisch zu einem erhöhten Versorgungsaufwand führen könne. Auch wurden Patienten und Patientinnen insgesamt weniger und nur im äußersten Notfall auf Palliativstationen und in Hospize eingewiesen und blieben auf eigenen Wunsch so lange wie möglich in der Häuslichkeit, wo die Versorgung durch Angehörige und Pflegedienste erfolgte.

Die Vernetzung unter den an der Palliativversorgung teilnehmenden Leistungserbringenden funktioniere laut der Mehrheit der Experten und Expertinnen gut und zwischen Pflegenden und ärztlichem Personal auf Augenhöhe. Hier werden insbesondere die SAPV-Teams als bündelnde Element in der Versorgung gesehen, die Pflegedienste, Sanitätshäuser sowie Hausärzte und -ärztinnen vernetzen. Auf Palliativstationen werde durch den Aufbau von Netzwerkstrukturen die Sicherstellung der Weiterversorgung der Patienten und Patientinnen anvisiert. Zwischen den niedergelassenen Ärzten, die sich im Rahmen der BQKPMV engagieren, bestünde eine enge

Kooperation im Rahmen von regelmäßigen Qualitätszirkeln. Patienten und Patientinnen profitieren laut den Experten und Expertinnen von einer guten Vernetzung durch die Vereinfachung von Prozessen: Da Leistungserbringende sich kennen und im Versorgungsfeld wahrnehmen, können Patienten und Patientinnen und Angehörige zeitnah über weitere Möglichkeit informiert werden und so auf kürzerem Wege in bestimmte Versorgungsstrukturen geleitet werden. Besonders positiv hervorgehoben wird von den Experten und Expertinnen die Vernetzung mit dem LVHP auf Landesebene. Hierdurch ergeben sich regelmäßige Netzwerktreffen, die über eine rein fachliche Vernetzung hinausgehen.

### **Fort- und Weiterbildung**

Der Palliative-Care-Kurs für Pflegefachkräfte wird vom Umfang und Qualität mehrheitlich als angemessen und qualitativ hochwertig erachtet. Nach wie vor sehen die Experten und Expertinnen ein Problem in der weiterhin nicht geforderten Zertifizierung der Palliative-Care-Kurse durch die DGP seitens der Krankenkassen, wonach kein einheitlicher Qualitätsstandard der Kurse garantiert werden kann. Die Praxisrelevanz der Kurse sehen die Experten und Expertinnen in Abhängigkeit des jeweiligen Settings, in dem die Pflegekräfte nach Absolvierung der Kurse tätig sind: So können Pflegefachkräfte auf Palliativstationen im Vergleich mit in eher allgemeinen Settings tätigen Pflegefachkräften eher weniger ihres erworbenen Wissens auch praktisch anwenden. Generell bestätigen die Experten und Expertinnen den Absolventen und Absolventinnen des Kurses jedoch die Entwicklung einer palliativmedizinischen Perspektive und ein verbessertes Eingehen auf Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen. Bei der Weiterbildung von Ärzten und Ärztinnen hinsichtlich palliativmedizinischer Kenntnisse machen die Experten und Expertinnen ein deutlich gesteigertes Interesse an Weiterbildungsangeboten zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin aus, nicht nur aus Fachgebieten innerhalb des hospizlich-palliativen Bereichs, sondern auch aus nicht fachspezifischen Bereichen. Die Teilnahme an der Weiterbildung von niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen mit einer eigenen Praxis wird jedoch als unrealistisch bezeichnet, da diese vom Umfang und zeitlichem Aufwand her die Praxis für ein halbes Jahr verlassen müssten. Auch im ärztlichen Bereich wird die Umsetzung der in der Zusatzweiterbildung erworbenen Kenntnisse in Abhängigkeit des Settings als schwierig erachtet: So sei zwischen der Umsetzung in stationären, spezialisierten Settings und haus-, sowie fachärztlichen Settings eine große Diskrepanz zu beobachten, aufgrund dessen trotz einer hohen Anzahl an in Palliativmedizin qualifizierten niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen die palliativmedizinische Versorgung in der Breite nicht ankomme. Hier erachten die Experten und Expertinnen die weitere Stärkung der AAPV als unbedingt notwendig.

Die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ habe laut Meinung der Experten und Expertinnen eine große Relevanz und einen großen Einfluss auf die Entwicklung der Curricula der Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, wenngleich sie nur wenigen an Palliative-Care-Kursen teilnehmenden Pflegefachkräften bekannt sei.

### **Finanzierungsaspekte**

Die Finanzierung von SAPV-Teams wird von den Experten und Expertinnen überwiegend als auskömmlich bewertet. So sei die Vergütung der Leistungen wirtschaftlich und nicht verstärkt anfällig für Fehlanreize, da für die Vergütung über Pauschalen erfolgt und die Verweildauer eines Patienten in der Versorgung durch ein SAPV-Team überwiegend irrelevant sei. Die Vergütung basiere somit auf einer Mischkalkulation und gleiche sich über die Dauer aus, da es für Patienten, die früher versterben, mehr finanzielle Mittel gibt als für Patienten, die länger in der Versorgung bleiben. Andere Experten und Expertinnen sehen in dieser Vergütungsart einen Fehlanreiz, da die SAPV-Teams vermehrt Patienten und Patientinnen aufnehmen könnten, um die Pauschalen zu erhalten. Die Finanzierung von Palliativdiensten bewerten die Experten und

Expertinnen ebenfalls nicht übereinstimmend. So bestehe laut einigen Experten und Expertinnen eine auskömmliche Finanzierung für diese und es wird davon ausgegangen, dass eine den entstehenden Kosten und Aufwänden entsprechende Vergütung stattfindet. Demgegenüber stehen Aussagen anderer Experten und Expertinnen, die kein vernünftiges Refinanzierungskonzept für interne Palliativdienste in Sachsen bekräftigen und die Etablierung dieser viel vom Engagement und Input einzelner Beteiligter abhängen.

### **6.2.1.3 Status quo und Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen**

Aufgrund der bei Kindern und Jugendlichen oftmals speziellen und seltenen Erkrankungsbilder bestehen innerhalb der pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung große Unterschiede hinsichtlich der medizinischen Bedarfe und Anforderungen der einzelnen Patienten und Patientinnen. Zudem ist das Setting insofern konträr zum Erwachsenenbereich, indem hierbei ein anderes Versorgungsnetz existiert und die Eltern die primären Ansprechpersonen bei der Versorgung der Patienten und Patientinnen darstellen, einhergehend mit einer altersentsprechenden Einbindung der Kinder und Jugendlichen. Dennoch bestehen für den Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen laut den Experten und Expertinnen oftmals Regelungen und Gesetze aus dem Erwachsenenbereich, die für den pädiatrischen Bereich nicht geeignet sind. Zwischen allen für die hospizliche und palliative Versorgung von Kindern und Jugendlichen notwendigen Strukturen bestehe eine enge Zusammenarbeit. Je nach Leistungsbereich gestaltet sich die Struktur der Zusammenarbeit generalisiert, z. B. mit regelmäßiger Teilnahme von Leistungserbringern und Leistungserbringerinnen an Fallkonferenzen oder individuell, wie z. B. aufgrund der geringen Fallzahl bei der Zusammenarbeit mit Kinderärzten und-ärztinnen.

Besondere Bedarfe im Sinne eines erhöhten Versorgungsaufwandes werden bei Patienten und Patientinnen gesehen, die einer Beatmung oder regelmäßigen Absaugung bedürfen. Aufgrund zu geringer personeller Ressourcen, insbesondere in ländlichen Regionen, könne sich hierdurch eine Überforderung bei den Angehörigen der Patienten und Patientinnen ergeben, da diese teilweise über ihre Grenzen gehen, um die Versorgung der Kinder sicherzustellen. Als Patienten- und Patientinnengruppe mit geringerem medizinischen, jedoch hohem pädagogischen Bedarf, werden männliche Jugendliche mit geistiger Behinderung gesehen, da die Versorgung dieser in der Häuslichkeit aufgrund einer verminderten Fähigkeit zur Gefahreinschätzung mit Schwierigkeiten verbunden und die Versorgung fast nur über männliches Pflegepersonal möglich sei. Neben medizinischen besonderen Bedarfen werden vereinzelt weitere besondere Bedarfe aufgrund von Verständigungsproblemen genannt, da im ambulanten Setting oftmals Dolmetscher fehlten und die korrekte Übersetzung durch Angehörige nicht gewährleistet sei.

Laut den Experten und Expertinnen bestehe für Kinder und Jugendliche ein ausreichendes Angebot an hospizlichen und palliativen Versorgungsangeboten. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen im Kinder- und Jugendbereich habe das sachsenweit tätige, an das Universitätsklinikum Dresden angesiedelte SAPPV-Team mit bis zu eineinhalb Stunden Anfahrtsweg jedoch einen sehr großen Einzugsbereich. Infolgedessen sei es wichtig, dass Familien und Kinderärzte und -ärztinnen der Patienten und Patientinnen befähigt werden, auch unter telefonischer Anleitung des SAPPV-Teams zu agieren. Aufgrund der geringen Fallzahl lohne sich der Aufbau von zusätzlichen Palliativstationen neben dem Sächsischen Kinderpalliativzentrum für den Kinder- und Jugendbereich nicht, jedoch wird die Vergütung der Beratung und Mitversorgung von Patienten und Patientinnen in externen Kliniken als nicht ausreichend angesehen. Zudem werden Wegzeiten von den Kostenträgern nicht erstattet. Trauerangebote durch das SAPPV-Team erfolgen bedarfsorientiert, je nach Wunsch der Familien bis zu einem Jahr nach Versterben der Patienten und Patientinnen.

Verbesserungspotential in der Verfügbarkeit von Angeboten wird bei Jugendlichen mit hohem medizinischen Versorgungsaufwand, die ebenfalls einen hohen pädagogischen Bedarf haben, gesehen. Für diese Patienten- und Patientinnengruppe gibt es laut Meinung der Experten und Expertinnen zu wenig Wohneinheiten, was jedoch als sowohl sachsen- als auch bundesweites Problem gesehen wird. Aufgrund des zunehmenden Pflegemangels und einhergehend mit dem medizinischen Fortschritt kann die Überleitung von Kliniken in die Häuslichkeit laut der Experten und Expertinnen ein Problem darstellen, da z. T. keine Pflegedienste verfügbar seien, die die intensive medizinische Betreuung der Patienten und Patientinnen in der Häuslichkeit übernehmen.

Die Ausgestaltung der Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung bewerten die Experten und Expertinnen bei den AKHD aufgrund der Dauer und der geringen Anzahl an Sterbebegleitungen als problematisch, da in Form von Sterbebegleitungen nicht genügend Fördermittel generiert werden können und die AKHD enorm auf Spenden angewiesen seien. Laut den Experten und Expertinnen müsste die Gewichtung der Fördermittel hinsichtlich der Leistungseinheiten und Faktoren im Vergleich zu den AHD anders erfolgen. AKHD liegen im Gegensatz zu AHD oftmals über der Höchstfördergrenze der Krankenkassen und seien auf die ergänzende Landesförderung für die den Kassenzuschuss übersteigenden Kosten angewiesen.

Nach wie vor sehen die Experten und Expertinnen bei der bedarfsgerechten Versorgung von im Kindes- oder Jugendalter lebenslimitierenden Erkrankungen ein enormes Verbesserungspotential bei der Weiterversorgung dieser im Erwachsenenalter. Insbesondere Patienten und Patientinnen mit neuropädiatrischen Krankheitsbildern, die ein Leben bis ins Erwachsenenalter zulassen, aber punktuell der Palliativmedizin bedürfen, seien von einer unzureichenden Versorgung betroffen. Als positiv wird hier die Möglichkeit für AHD bewertet, die Patienten und Patientinnen bis weit über das 18. Lebensjahr zu versorgen, jedoch erfordere es für eine bedarfsgerechte Versorgung ein Umdenken in allen Strukturen, damit eine lückenlose Versorgung sichergestellt ist. Auch seitens des SAPPV-Teams sei eine Weiterversorgung vom Jugend- zum Erwachsenenalter hin nur möglich, wenn die Patienten und Patientinnen auch schon vor ihrem 18. Lebensjahr vom SAPPV-Team versorgt wurden und das Setting im pädiatrischen Bereich bliebe, d. h. die jungen Erwachsenen also weiterhin innerhalb der Häuslichkeit des Familiensystems verbleiben. Dies widerspreche jedoch dem Selbstverständnis der SAPV, da sich diese nur ergänzend zu den bestehenden Strukturen versteht, im Falle dieser bestimmten Versorgungssituation aber auf einmal als Kompletversorger sieht. Bezüglich der perinatalen Palliativversorgung bedürfe es, ähnlich der Transition von Jugendlichen zu jungen Erwachsenen, einer Öffnung nicht-palliativmedizinischer Strukturen und eine dem hospizlich-palliativen Bereich entsprechende Diagnosemitteilung und -beratung mit entsprechender Haltung. Es erfolge nach wie vor keine Vergütung bei der Begleitung einer Schwangerschaft mit infauster Prognose. Die Finanzierung dieser Schwangerschaften erfolge ausschließlich über Ehrenamt und Spenden, erst wenn eine SAPV-Leistung am Neugeborenen erbracht werden kann, erfolgt eine Vergütung dieser Leistung. Auch die Schaffung regionaler Hospiz- und Palliativbeauftragter wird im Kinder- und Jugendbereich kritisch gesehen, da es laut den Experten und Expertinnen aufgrund der geringen Fallzahl einer sachsenweiten Vernetzung mit einer Versorgungsförderung durch die Kommunen bedarf.

#### **6.2.1.4 Status quo und Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen**

Die Präsenz des Themas Sterben, Tod und Trauer in stationären Pflegeeinrichtungen ist laut den Experten und Expertinnen in großem Maße abhängig vom Träger und der Einstellung der Leitung der Pflegeeinrichtung gegenüber diesen Themen. Wenngleich mit dem HPG stationäre Pflegeeinrichtungen dazu aufgefordert waren, Kooperationsverträge mit AHD abzuschließen,

sehen die Experten und Expertinnen bei der Zusammenarbeit von Hospizdiensten und Pflegeeinrichtungen aufgrund der nicht gesetzlich verpflichtenden Kooperation große regionale Unterschiede in der Zusammenarbeit, die sich aus der Einstellung des Trägers gegenüber AHD ergeben. Zum einen gäbe es von manchen Trägern Vorbehalte gegen den Zugang von AHD zu Pflegeeinrichtungen sowie die Annahme, dass AHD im stationären Bereich nicht tätig seien. Zudem gäbe es Rückmeldungen aus der Praxis, dass die Anzahl der in Sachsen verfügbaren Ehrenamtlichen zu gering sei, um den Bedarf an Sterbebegleitungen in den stationären Pflegeeinrichtungen sicherzustellen. Zum anderen bestünden zwischen AHD und Pflegeeinrichtungen gut funktionierende Kooperationen, die sich in unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit widerspiegeln, wie z. B. Pflegestammtischen oder sonstigen Koordinierungsrunden. Gegenüber der Funktion der Pflegekoordinatoren und -koordinatorinnen wurde vereinzelt geäußert, dass die Stellung dieser in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten sehr unterschiedlich ausgestaltet sei und eine zentralere Stellung sowie die Vernetzung der Pflegekoordinatoren und -koordinatorinnen darauf hinwirken könne, dass die Versorgungsstrukturen zwischen hospizlicher Begleitung und stationären Pflegeeinrichtungen besser vernetzt und weiterentwickelt werden könnten. Grundsätzlich sei jedoch bei einer guten Vernetzung der Akteure und Akteurinnen untereinander auch eine gute Versorgung und Begleitung von Sterbenden gegeben, welche jedoch aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie und damit verbundenen Zugangsbeschränkungen für Ehrenamtliche stark eingeschränkt war. In diesem Zuge wird auch von den Experten und Expertinnen gefordert, dass stationäre Pflegeeinrichtungen - aber auch Krankenhäuser - die Möglichkeiten und Ressourcen erhalten, um die herausfordernde Zeit während der Corona-Pandemie zu reflektieren und aufzuarbeiten.

Wenngleich die Möglichkeit der Unterstützung durch Ehrenamtliche in stationären Pflegeeinrichtungen von den Experten und Expertinnen positiv bewertet wird, wird der Zeitmangel von Pflegekräften für die hospizliche Begleitung der Bewohner und Bewohnerinnen hervorgehoben. Der enorme Mangel an zeitlichen Kapazitäten führe dazu, dass in der Ausbildung erlernte Pflegefähigkeiten und Abläufe nicht umgesetzt werden können, was mitunter zu Frustration und Desillusionierung unter den Pflegekräften führe. Fehlende zeitliche Ressourcen führen laut der Experten und Expertinnen ebenfalls zu einem Mangel an Pflegekräften mit palliativen Fortbildungen, da Einrichtungsleitungen sich aufgrund von Personalmangel nicht in der Lage sehen, Pflegekräfte für die Zeit der Weiterbildung freizustellen. Zudem können Pflegekräfte als Einzelpersonen das in palliativen Weiterbildungen erworbene Wissen weniger umsetzen als Pflegekräfte in spezialisierteren Settings. Alle Experten und Expertinnen bewerten die pflegerischen Kapazitäten kritisch und sehen perspektivisch eine Verschärfung des Pflegemangels in Sachsen. Zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes bedürfe es einer besseren Bezahlung, familienfreundlicheren Arbeitszeiten und einer größeren Wertschätzung des Berufes in der Gesellschaft.

Hinsichtlich des Bedarfs an palliativmedizinischer Versorgung berichten die Experten und Expertinnen von großen Unsicherheiten bei Pflegekräften bezüglich der tatsächlichen Notwendigkeit einer palliativen Betreuung und einem normalen Sterbeprozess, der keine zusätzliche Betreuung durch ein SAPV-Team erfordert. Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation werden zum einen bei der hausärztlichen Versorgung und der verstärkten Präsenz dieser in stationären Pflegeeinrichtungen gesehen, zum anderen müsse das pflegerische Personal hinsichtlich palliativer Kenntnisse weitergebildet werden, um abzuwägen, ob die Bewohner und Bewohnerinnen einer palliativmedizinischen Begleitung bedürfen. Die Aufnahme von Grundlagen der Hospiz- und Palliativversorgung im Curriculum der neuen generalistischen Pflegeausbildung begrüßen die Experten und Expertinnen, die tatsächliche Evaluation der Umsetzung der Lehrpläne könne jedoch erst nach Abschluss des ersten Durchgangs der neuen Ausbildung erfolgen. Zudem werden Schwierigkeiten bei der Integration von palliativmedizinischer Praxis in der Ausbildung gesehen sowie bei der geringen Anzahl von Auszubildenden, die ihre Prüfung auf einer Pallia-



tivstation ablegen. Zudem gab eine interviewte Person an, dass es in den letzten Jahren häufiger zu einer Verlagerung der Ausbildungskapazitäten, von einem Wechsel der dreijährigen Ausbildung zur Pflegefachkraft hin zur zweijährigen Ausbildung mit Abschluss als Pflegehilfskraft, komme. Demgegenüber stehe nach Meinung der Experten und Expertinnen die Tatsache, dass immer mehr Menschen mit einem höheren Behandlungsaufwand in stationäre Pflegeeinrichtungen eingewiesen werden, die eigentlich einer Versorgung durch eine Pflegefachkraft bedürfen.

Die Akademisierung des Pflegeberufes wird von den Experten und Expertinnen zum Großteil kritisch gesehen. Zum einen gäbe es unter den Pflegekräften geringe Anreize eine akademisierte Ausbildung zu absolvieren. Zwar erhielten diese ein besseres Gehalt, jedoch gäbe es Schwierigkeiten mit der Akzeptanz unter Pflegekräften, die keine akademische Berufsausbildung hätten. Zum anderen führe die Akademisierung sowie weitere Spezialisierungsmöglichkeiten innerhalb des Berufes dazu, dass Pflegepersonal an der Basis fehle. Gleichwohl wird die Möglichkeit zur Weiterqualifizierung auch vereinzelt als Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes gesehen. Wichtig sei nach Ansicht einzelner Experten und Expertinnen, dass eine Akademisierung des Pflegeberufes eine Definition von Vorbehaltsaufgaben und abgestufter Vorbehaltsaufgaben erfordere, ohne dabei nicht-akademisierte Pflegekräfte zu demotivieren.

Die Einführung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V wird von den Experten und Expertinnen grundsätzlich als sinnvoll bewertet, jedoch sollte die Umsetzung dieser nicht erst bei der Aufnahme in stationäre Pflegeeinrichtungen angesiedelt sein, sondern früher erfolgen. Nach Meinung einzelner Experten und Expertinnen käme hierfür die Verlagerung der Versorgungsplanung in die hausärztliche Versorgung oder in eine flächendeckende, regionale und niedrighschwellige Beratungsstruktur in Frage. Zum einen leiden Bewohner und Bewohnerinnen bei Aufnahme in stationäre Pflegeeinrichtungen oftmals bereits unter dementiellen Veränderungen, die die Gespräche zur Versorgungsplanung erschweren können. Zum anderen erfordern Gespräche zur Auseinandersetzung mit der letzten Lebensphase Zeit und Vertrauensaufbau, wofür der Stellenschlüssel von 1:400 Leistungsberechtigten nicht ausreicht. Vereinzelt wurde von den Experten und Expertinnen eine Steigerung des Interesses an der Versorgungsplanung genannt, ob dies an der pandemischen Situation und die damit möglicherweise verbundene Auseinandersetzung mit dem Sterben in Zusammenhang steht, vermochten die Experten und Expertinnen hierbei nicht zu beurteilen.

Beim Umsetzungsstand der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ in stationären Pflegeeinrichtungen wird von den Experten und Expertinnen noch viel Potential gesehen. Zwar sehen die Experten und Expertinnen vereinzelt positive Entwicklungen durch die Unterzeichnung der Charta im Jahr 2021 durch die kommunalen Spitzenverbände, die Charta sei unter den Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen jedoch größtenteils unbekannt. Zudem sei die Umsetzung der Charta durch die pandemische Situation zusätzlich erschwert gewesen.

## **6.2.2 Zwischenfazit Experten- und Expertinneninterviews**

Insgesamt wurden als Grundlage für die qualitative Bewertung der Palliativ- und Hospizversorgung im Freistaat Sachsen 17 Interviews und drei Fokusgruppen mit insgesamt 29 Experten und Expertinnen aus den Bereichen Landesebene, Leistungserbringende sowie Ausbilder und Ausbilderinnen geführt.

Die hospizliche Versorgungsstruktur ist den Experten und Expertinnen zufolge durch die bestehenden AHD und stationären Hospize gut aufgestellt. Problematisch sei jedoch die Erreichbarkeit der Hospize, insbesondere aufgrund des schlecht ausgebauten öffentlichen Nahverkehrs in ländlichen Gebieten. Wesentliche Verbesserungen im Vergleich zur Situation im Jahr 2017 sehen die Experten und Expertinnen in der Vernetzung der Leistungserbringenden im hospizlichen

Bereich, wenngleich diese aufgrund der Corona-Pandemie nur eingeschränkt möglich war. Zusätzlich kam es aufgrund von Zugangsbeschränkungen zu einem Einbruch der Sterbebegleitungen durch Ehrenamtliche in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen. Ebenfalls sehe sich die ambulante Hospizarbeit stark gestiegenen Anfragen für Trauerbegleitungen ohne vorherige Sterbebegleitung ausgesetzt, weshalb die Schaffung neuer Fördermöglichkeiten der Trauerarbeit außerhalb der Sterbebegleitung als notwendig erachtet wird. Insgesamt wird die Finanzierung der AHD und der stationären Hospize als auskömmlich angesehen, wenngleich die ambulante Hospizarbeit für Kinder und Jugendliche aufgrund der geringen Fallzahl im Vergleich zu der für Erwachsene deutlich schlechter finanziert ist. Zudem sehen die Experten und Expertinnen weiterhin Schwierigkeiten in der Versorgung von im Kindes- oder Jugendalter erkrankten Patienten und Patientinnen und der lückenlosen Weiterversorgung dieser im jungen Erwachsenenalter. Die Öffentlichkeitsarbeit sei bisher eher punktuell auf Landkreisebene bzw. auf Ebene der kreisfreien Städte erfolgt, hier besteht nach Meinung der Experten und Expertinnen jedoch noch viel Potential, um das Thema Sterben, Tod und Trauer in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu rücken.

Nach Meinung der Experten und Expertinnen sei die Finanzierung für SAPV-Teams überwiegend auskömmlich, hinsichtlich der ambulanten Palliativversorgung bewerten die Experten und Expertinnen die Versorgung durch SAPV-Teams als stabiles Element in der Palliativversorgung im Freistaat Sachsen. Auch die AAPV sei innerhalb der letzten Jahre gestärkt worden, wenngleich sich durch Pflegedienste erbrachte AAPV-Leistungen bisher noch nicht etablieren konnten und auch die palliativmedizinische Versorgung durch Hausärzte und -ärztinnen sowie Fachärzte und -ärztinnen noch nicht in der Breite angekommen sei. Weiterhin wird die gesetzlich nicht verpflichtende Zertifizierung der Palliative-Care-Weiterbildung für Pflegefachkräfte seitens der Krankenkassen von den Experten und Expertinnen kritisch gesehen, da hier keine ausreichende Qualitätssicherung erfolge. Im Hinblick auf die stationäre Palliativversorgung bewerten die Experten und Expertinnen die Finanzierung von Palliativstationen und internen Palliativdiensten nicht übereinstimmend: So sehen einige Experten und Expertinnen die Finanzierung von palliativstationären Strukturen als auskömmlich an, während die Vergütung anderen Experten und Expertinnen zufolge ungenügend sei.

Alle Experten und Expertinnen sehen die pflegerischen Ressourcen in der Hospiz- und Palliativversorgung als sehr kritisch, wobei insbesondere der sich verstärkende Pflegemangel in stationären Pflegeeinrichtungen als problematisch angesehen wird. Zwar wird auch hier der Ausbau von palliativmedizinischen Kompetenzen zur Einschätzung des spezialisierten palliativmedizinischen Bedarfs von Bewohner und Bewohnerinnen als notwendig erachtet, dieser sei jedoch aufgrund der begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen kaum möglich.

### **6.2.3 Standardisierte Befragung der Leistungserbringenden**

Ergänzend zu den qualitativen Analysen im Rahmen der Experten- und Expertinneninterviews wurde zur umfassenderen Abbildung der aktuellen Situation der Hospiz- und Palliativversorgung eine standardisierte Befragung von spezialisierten Leistungserbringenden sowie ausgewählter stationärer Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Äquivalent zu der Befragung im Rahmen der Hospizstudie 2017 wurden hierbei folgende Ziele verfolgt:

- Quantitative Erfassung der Personalausstattung aller palliativmedizinischen und hospizlichen Dienste und Einrichtungen im Freistaat Sachsen,
- Quantitative Erfassung von Ehrenamtlichen,
- Quantitative und qualitative Erfassung von Trauerangeboten,
- Erfassung des aktuellen Fort- und Weiterbildungsstands von in der Palliativ- und Hospizversorgung tätigen Menschen (Fachkräfte und Ehrenamtliche),

- Quantitative Erfassung von besonderen Bedarfen, die sich durch die Versorgung von bestimmten Patienten- und Patientinnengruppen (z. B. Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund, an Demenz erkrankte Patienten und Patientinnen) ergeben und der Bewertung der hieraus entstehenden Herausforderung,
- Stand der Vernetzung von Leistungserbringenden,
- Erfassung von hospizlichen und palliativmedizinischen Angeboten in stationären Pflegeeinrichtungen inkl. Struktur- und Personalmerkmalen.

Ergänzend hierzu wurde für den Hospiz- und Palliativbericht Sachsen 2022 der Themenbereich „Auswirkungen der Corona-Pandemie“ aufgenommen, welcher u. a. folgende Inhalte erfasst:

- Anwendung/Umsetzung von Schutzmaßnahmen,
- Schaffung spezieller Angebote/Maßnahmen für Patienten und Patientinnen/Bewohner und Bewohnerinnen sowie deren Angehörige,
- Interne Schwierigkeiten/Herausforderungen,
- Veränderung von Bedarfen und personellen Ressourcen.

Die Themenblöcke/Fragen, die bereits Bestandteil der Hospizstudie Sachsen 2017 waren, wurden in ihrer inhaltlichen Grundstruktur übernommen, wobei Antwortmöglichkeiten und/oder Teilfragen partiell ergänzt wurden. Hieraus folgt, dass die Ergebnisse des Hospiz- und Palliativberichtes Sachsen 2022 mit den Ergebnissen der Hospizstudie Sachsen 2017 verglichen werden können und eine Grundlage für ein fortlaufendes Monitoring etabliert ist.<sup>35</sup>

Die Befragung wird, abweichend zum Vorgehen in der vorhergehenden Studie, ausschließlich online auf Basis der Online-Umfragesoftware LimeSurvey und in Kooperation mit dem Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung (IMK GmbH) in Form eines Computer Assisted Web Interview (CAWI) umgesetzt. Für die hospizlich-palliativen Einrichtungen/Dienste sowie die stationären Pflegeeinrichtungen wurde hierbei eine Vollerhebung angestrebt. Grundlage für die Grundgesamtheit der stationären Pflegeeinrichtungen bildet ein dem WIG2 Institut vorliegendes Register. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Einrichtungen, die auf Grund mehrerer Versorgungs- bzw. Vertragsbereiche, mehrfach gelistet waren, nur jeweils einmal aufgenommen wurden. Berücksichtigt wurde hierbei jeweils die anteilige Verteilung der einzelnen Versorgungs- bzw. Vertragsbereiche.

Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen und die Wahrscheinlichkeit fehlender Angaben zu reduzieren, wurde zunächst ein telefonisches Screening von geeigneten Personen in den zu befragenden Einrichtungen durchgeführt. Den hierbei identifizierten Zielpersonen wurden im Anschluss der Befragungslink sowie eine Zusammenstellung der thematischen Schwerpunkte, welche zur Vorbereitung und Einschätzung des Zeitaufwandes diente, zugeschickt.

Die Befragung startete in der 17. Kalenderwoche 2022, wobei zunächst die hospizlich-palliativen Einrichtungen/Dienste kontaktiert wurden und anschließend die stationären Pflegeeinrichtungen. In der 24. Kalenderwoche 2022 wurde ein Erinnerungsschreiben per E-Mail an die jeweils zuvor kontaktierten Zielpersonen geschickt, welche den Fragebogen bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht oder nur teilweise ausgefüllt hatten. Zudem wurden vereinzelte Einrichtungen/Dienste ein weiteres Mal telefonisch kontaktiert. Um den Rücklauf zu erhöhen, wurden abschließend Dienste und Einrichtungen, die vorab nicht erfolgreich telefonisch kontaktiert werden konnten und die somit gemäß dem ursprünglich festgelegten Ablauf auf diesem Wege keinen Befragungslink erhalten haben, der Befragungslink via E-Mail zugeschickt (dies betraf vorrangig

---

<sup>35</sup> Limitationen hinsichtlich der Vergleichbarkeit werden an den entsprechenden Stellen in diesem Kapitel aufgezeigt.

die stationären Pflegeeinrichtungen). Die Befragung wurde am 22.08.2022 beendet, wobei die Auswertungen einzelner Versorgungsbereiche bereits parallel durchgeführt wurden.

Da mit Ausnahme der SAPPV und des Kinderhospizes keine 100 %-ige Rücklaufquote erreicht werden konnte, ist bei der Interpretation der Befragungsergebnisse zu berücksichtigen, dass kein vollumfassendes Bild der Hospiz- und Palliativversorgung präsentiert werden kann. Zugleich können potenzielle Selektionseffekte nicht ausgeschlossen werden, weswegen die teilnehmenden Einrichtungen nicht zwangsläufig ein repräsentatives Bild in ihren jeweiligen Bereichen darstellen. Daher sind die Ergebnisse lediglich als Tendenz zu interpretieren.

### **6.2.3.1 Befragungsergebnisse ambulante Hospizdienste**

Aus der Grundgesamtheit von 49 AHD in Sachsen nahmen 26 an der Befragung teil, davon füllten 20 den Fragebogen vollständig aus. Die Rücklaufquote ist mit 53,1 % etwas niedriger als bei der Befragung im Jahr, bei der 33 der damals 48 AHD teilnahmen (68,8 %).

Bis auf die Landkreise Meißen und die kreisfreie Stadt Chemnitz liegt aus allen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten mind. ein vollständig ausgefüllter Fragebogen vor. Die teilnehmenden AHD schlossen im Jahr 2021 durchschnittlich je 66 Sterbebegleitungen ab, wobei die Spanne zwischen 16 und 186 abgeschlossenen Sterbebegleitungen liegt. Insgesamt wurden durchschnittlich 116,5 Sterbebegleitungen durchgeführt (Spanne von 21 bis 560).

#### **Wartezeit**

Nahezu alle AHD können die Patienten und Patientinnen ohne vorherige Wartezeiten betreuen. Lediglich 1 AHD gab eine Wartezeit von 1 Woche an. In den Befragungsergebnissen fehlt die Antwort von 1 teilnehmendem Dienst.

#### **Versorgungsregion**

81 % der befragten AHD (21 von 24) gaben an, nur Patienten und Patientinnen aus ihrer eigenen Region zu betreuen. 3 Dienste sind auch überregional tätig und betreuen insgesamt 2 Regionen. Als mitversorgte Regionen wurden die kreisfreie Stadt Chemnitz, Meißen sowie der Erzgebirgskreis benannt. Darüber hinaus gaben 2 AHD an, auch Patienten und Patientinnen aus benachbarten Bundesländern (darunter Bayern) zu betreuen.

#### **Personalausstattung**

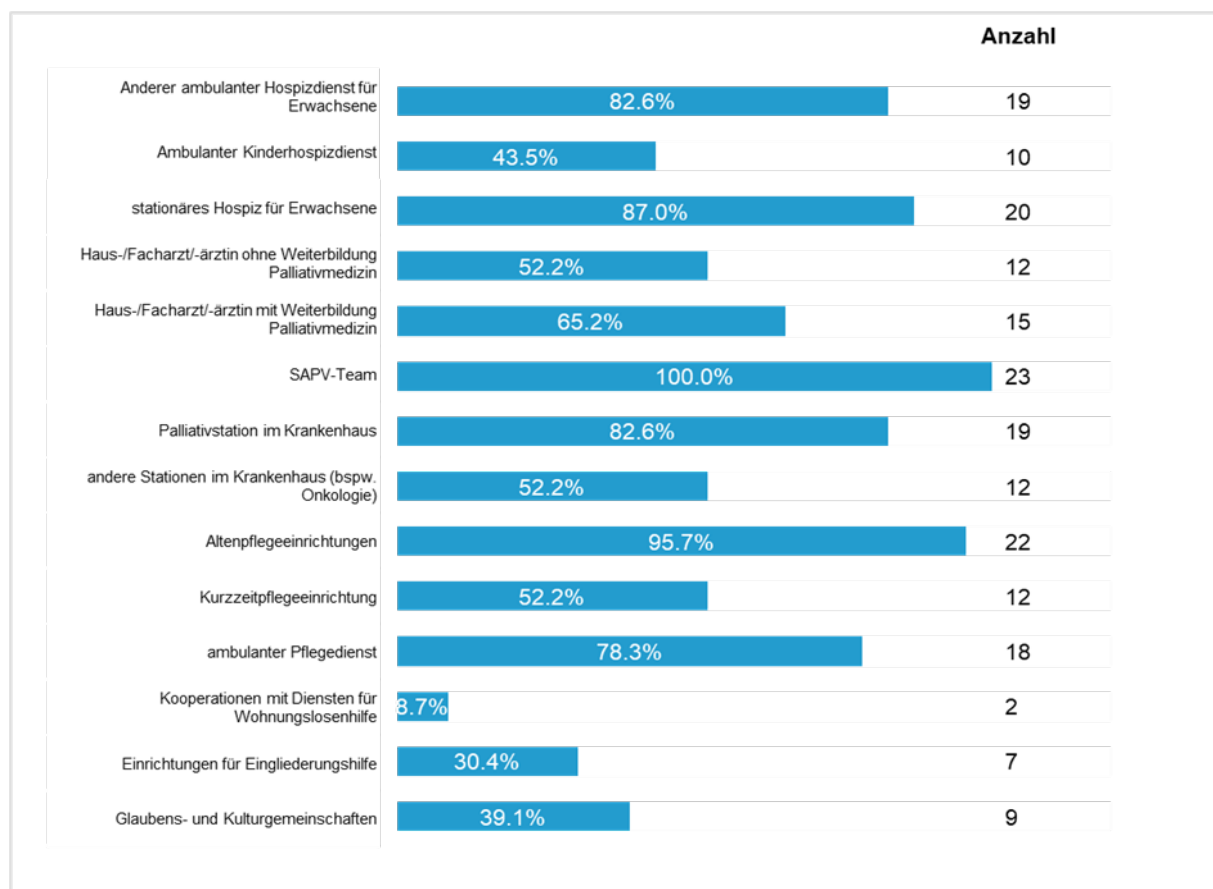
Ehrenamtlich Tätige sind für AHD eine wichtige Personalressource. In den 24 Diensten, die zu dieser Frage Angaben machten, engagieren sich zwischen 20 und 141, im Mittel 55,6 Personen. Hauptamtlich sind durchschnittlich 2,8 Personen je Dienst beschäftigt.

21 AHD machten differenzierte Angaben zu den Berufsgruppen ihrer Mitarbeitenden. 19 Dienste (90,5 % von 21) beschäftigen mindestens eine Pflegekraft mit Zusatzqualifikation in „Palliative Care“. Damit stellt diese Berufsgruppe deutlich die größte Verbreitung dar, gefolgt von Sozialarbeitern und -arbeiterinnen, die in 7 der 21 Dienste (33,3 %) Teil des Teams sind. Die Personalgruppen der Pflegekräfte mit Zusatzqualifikation „Pädiatrische Palliative Care“ sowie Seelsorger und Seelsorgerinnen wurden jeweils von 1 AHD benannt. 2 Dienste ergänzten die Gruppe der Pädagogen und Pädagoginnen. Berufsgruppenübergreifend ist eine deutliche Tendenz zur Teilzeitbeschäftigung zu sehen.

Ausgebildete Trauerbegleiter und -begleiterinnen sind in 19 AHD hauptamtlich beschäftigt. Bei 3 Diensten wird diese Rolle stattdessen im Ehrenamt ausgeführt.

## Vernetzung

Wie aus Abbildung 6 hervorgeht, sind alle befragten AHD (23 mit Beantwortung des Themenkomplexes) mit anderen Leistungserbringenden vernetzt – jeder mit mindestens einem SAPV-Team und nahezu alle mit mindestens einer Altenpflegeeinrichtung (22 von 23 AHD, 95,7 %), einem stationären Hospiz für Erwachsene (20 AHD, 87,0 %) und einer Palliativstation im Krankenhaus (19 AHD, 82,6 %). 19 Dienste sind mit einem anderen AHD vernetzt.



**Abbildung 6: Vernetzung der ambulanten Hospizdienste mit anderen Einrichtungen und Diensten (n = 23)**

Als weitere Partner und Partnerinnen im Netzwerk werden mehrfach Schulen (auch Fach-/Hochschulen) sowie Einrichtungen der Kirche genannt. Darüber hinaus auch verschiedene Beratungsstellen, u. a. zur Trauerbewältigung.

14 Dienste gaben an, eine solche Vernetzung auch innerhalb eines organisierten Netzwerks zu verfolgen; 4 weitere haben dies zukünftig vor. Als organisierte Netzwerke wurde je 2-mal auf den LVHP und das Pflegenetzwerk Erzgebirgskreis verwiesen.

## Altersstruktur und Versorgung mit besonderem Bedarf

Die Altersverteilung unter den von AHD betreuten Personen ist deutlich zu den älteren Gruppen hin verlagert. So sind 48,1 % der 1.627 Personen (betreut in 20 AHD) über 80 Jahre alt. Weitere 48,3 % sind zwischen 50 und 79 Jahren alt. Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahren) werden durch die 20 Dienste, die zu dieser Frage Angaben machen, derzeit nicht betreut.

Unter den Personengruppen mit besonderem Versorgungsbedarf bilden Demenzerkrankte (212 Betreute von 18 Diensten) die größte Gruppe. Zum Patienten- und Patientinnenstamm gehören weiterhin insgesamt jeweils 9 Menschen mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit geistiger Behinderung. In der vorangegangenen Befragung wiesen AHD darauf hin, dass Personen mit bestimmten Erkrankungen für sie ebenfalls eine besondere Versorgungssituation darstellen. Dies wurde bei der zweiten Befragung berücksichtigt. So wurden unter allen 18 AHD insgesamt 4 zu betreuende Personen mit ALS erfasst.

## Trauerangebote

Abbildung 7 gibt Aufschluss über die zur Verfügung gestellten Trauerangebote der 20 AHD, die diesen Themenkomplex beantworteten, sowie die Häufigkeit, mit der diese Angebote genutzt werden. Alle AHD ermöglichen Einzelbegleitungen zur Trauerbewältigung. 10 Dienste gaben an, dass Angehörige dieses Angebot „oft“ (9) oder sogar „immer“ (1) nutzen. Verbreitet werden auch Trauercafés und gemeinsame Gedenkfeierlichkeiten (je 16 Dienste) angeboten, wobei letztgenannte von Angehörigen etwas häufiger genutzt werden (hier bei 10 Diensten „oft“/„immer“). Gerne nutzen Angehörige auch geleitete Trauergruppen, hier bestätigten zwar nur 12 Dienste das Angebot; in 10 würde es jedoch „oft“ (7) oder „gelegentlich“ (3) genutzt. Von den im Fragebogen gelisteten Trauerangeboten wurden 5 von keinem AHD ausgewählt. Am häufigsten mit „nicht angeboten“ gekennzeichnet wurden die geleiteten Trauergruppen für verwaiste Großeltern (13 Dienste). Bei den sonstigen Nennungen sind jedoch einige zielgruppenspezifische Angebote zu sehen, darunter für Kinder, Männer und Paare. Die 20 hier antwortenden Dienste führten im Mittel je 38,6 Trauerbegleitungen durch.

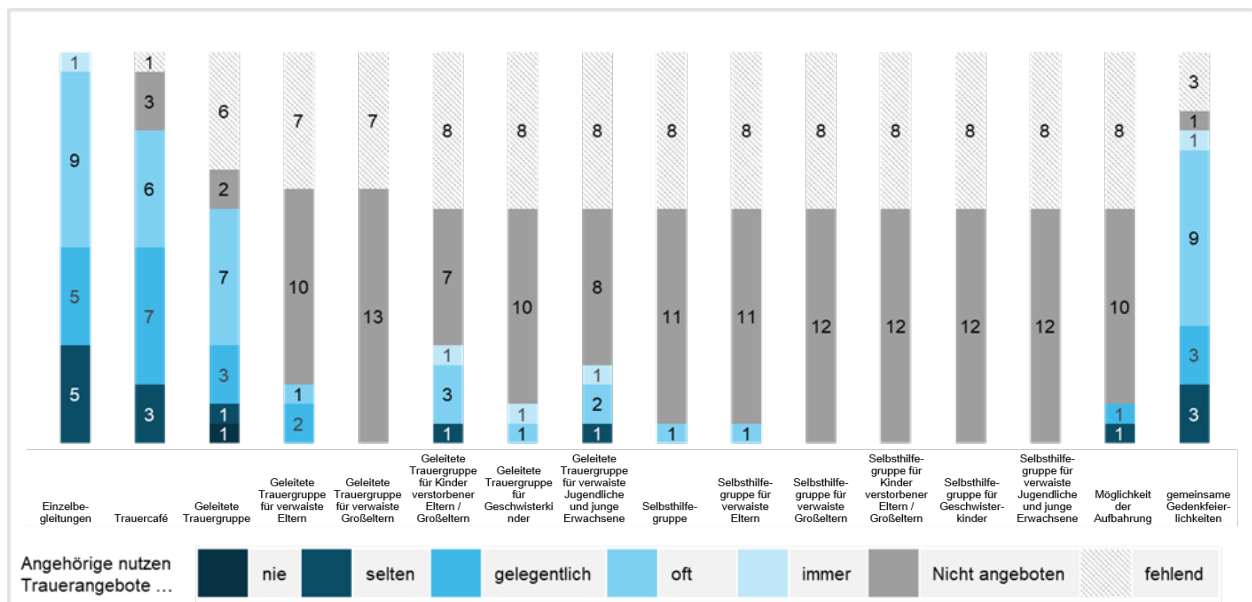


Abbildung 7: Trauerangebote der ambulanten Hospizdienste (n = 20)

## Corona-Schutzmaßnahmen

Ein großer Teil der AHD (18 von 20) musste Teilnahme- bzw. Besuchsverbote oder -einschränkungen (16 von 20) für Angehörige als Corona-Schutzmaßnahme aussprechen. Ähnlich viele (85 %) nannten die Reduzierung von Körperkontakten als wichtige Maßnahme. Nur 1 Dienst musste die Aufnahme neuer Patienten und Patientinnen während der Pandemie stoppen. Mehr

als die Hälfte setzte auch weitere Maßnahmen ein, darunter v. a. regelmäßige Tests sowie Schutzbekleidung und Masken.<sup>36</sup>

### **Herausforderungen und Veränderungen während der Pandemie**

Der Rückgang der Anzahl ehrenamtlich engagierter Personen wurde von 16 AHD während bzw. infolge der Pandemie registriert. Bei 15 bzw. 12 Diensten kam es zur erhöhten psychischen Belastung des Personals und infolge erhöhter Krankenstände auch zu Personalengpässen. 12 Dienste bemängelten die zur Verfügung stehenden digitalen Kommunikationsmöglichkeiten. Weitere 11 sahen eine Belastung durch unklare Geltungsbereiche von Vorschriften sowie Zuständigkeiten. Den Themenkomplex beantworteten 20 AHD.

Anhand der Anzahl und des thematischen Umfangs der im Freitext genannten sonstigen Herausforderungen ist die hohe Belastung und die Beeinträchtigung im Arbeitsalltag der AHD deutlich zu sehen. So sei es einerseits in Pandemiezeiten zu einer erhöhten Nachfrage gekommen, der aber aufgrund von bestimmten Schutzmaßnahmen oder auch des schnellen Krankheitsverlaufes von Covid-19 nicht immer nachgekommen werden konnte. Andererseits registrierten viele Dienste einen Nachfrageeinbruch, resultierend aus der Sorge von Angehörigen und Patienten und Patientinnen vor einer Infektion sowie reduzierten Kontakten zu Krankenhäusern.

Die unterschiedlich wahrgenommenen Situationen werden auch durch die Fragen nach den Auswirkungen der Pandemie widerspiegelt. So nannten 46 % von 26 Diensten eine Zunahme der Trauerangebote für Angehörige, 23 % eine Abnahme. Ähnlich unterschiedlich bewerteten die AHD die hospizliche und palliative Versorgung: Rund ein Drittel erfuhr jeweils eine Abnahme, etwas mehr Dienste sahen die Situation unverändert. Kein Dienst bewertete hier eine Zunahme.

Abnahmen bei den Personalressourcen wurden von 65 % der AHD (17 von 26) bei den Ehrenamtlichen registriert. Eine Personalzunahme ist nur bei den Seelsorgern und Seelsorgerinnen zu verzeichnen (2 AHD gaben dies an).

### **Zwischenfazit**

26 der insgesamt 49 AHD in Sachsen nahmen an der Umfrage teil, was einem Anteil von 53,1 % entspricht. Diese verteilen sich auf alle sächsischen Landkreise bzw. kreisfreien Städte. Es liegen 20 vollständig ausgefüllte Fragebögen vor. Durchschnittlich wurden 66 Sterbebegleitungen abgeschlossen. 3 Dienste gaben an, auch überregional tätig zu sein und neben der eigenen auch eine weitere Region mitzuversorgen. Dies geschieht z. T. auch bundeslandübergreifend.

Vordergründig werden Patienten und Patientinnen über 80 Jahre von den AHD betreut (48,1 %), weniger als 5 % sind dagegen jünger als 50 Jahre alt. Demenzerkrankte stellen eine wichtige Personengruppe mit besonderem Versorgungsbedarf dar, Personen mit anderen Bedarfen werden gar nicht bis äußerst selten betreut.

Die AHD verfügen durchschnittlich über 2,8 hauptamtliche Mitarbeitende. Hauptsächlich handelt es sich hierbei um Pflegekräfte mit der Zusatzqualifikation „Palliative Care“. Eine wichtige Kraft stellen ehrenamtlich Tätige dar. Die Vernetzung mit anderen Leistungserbringenden ist für die

---

<sup>36</sup> Bei den nachfolgenden genannten Corona-Schutzmaßnahmen (übergreifend auch zutreffend für die weiteren befragten Versorgungsbereiche in diesem Kapitel) ist zu berücksichtigen, dass die genannten Maßnahmen der Einrichtungen/Dienste (z. B. das Tragen von Masken oder regelmäßige Corona-Testungen) z. T. vom Gesetzgeber verpflichtend waren.

befragten AHD ein wichtiger Teil ihrer Arbeit. Neben direkten Vernetzungen geben 14 Dienste an, in einem Netzwerk organisiert zu sein.

Einen ausgebildeten Trauerbegleiter bzw. eine ausgebildete Trauerbegleiterin beschäftigen 19 von 23 Diensten hauptamtlich. Jedoch werden nur wenige der im Fragebogen auswählbaren Trauerangebote durch die AHD tatsächlich realisiert. Lediglich Einzelbegleitungen werden von allen 20 hierzu Angaben machenden AHD realisiert.

Die Corona-Pandemie führte bei allen AHD zu spürbaren Belastungen und Herausforderungen. Zum Schutz vor Infektionen musste ein Großteil der Dienste Angebote für Angehörige (18 von 20 Dienste) und auch Besuche von Angehörigen (16) einschränken oder sogar verbieten. Die Zunahme von Trauerangeboten wurde mehrfach bestätigt, andere Bedarfe hätten tendenziell abgenommen. Im personellen Bereich war der Rückgang der ehrenamtlich Tätigen bei 65 % der 26 Hospize deutlich vorherrschend.

### **6.2.3.2 Befragungsergebnisse ambulante Kinderhospizdienste**

Zur Auswertung der vorliegenden Befragung liegen Ergebnisse von 3 der insgesamt 6 AKHD vor. In der vorangegangenen Befragung (Hospizstudie 2017) konnten alle Dienste teilnehmen; da diesmal nur halb so viele vollständig ausgefüllte Fragebögen vorliegen, sind die Ergebnisse nur bedingt vergleichbar. Die 3 Dienste stammen aus den kreisfreien Städten Dresden und Chemnitz sowie aus dem Vogtlandkreis. Sie schlossen im Beobachtungszeitraum zwischen einer und 3 Sterbebegleitungen ab, insgesamt begleiteten sie durchschnittlich 8,7 Patienten und Patientinnen (zwischen 11 und 26).

#### **Wartezeit**

Bei 2 der teilnehmenden AKHD gibt es keine Wartezeiten. Dagegen beträgt diese beim dritten Dienst 4 Wochen. In der vorangegangenen Studie gaben alle 6 dort befragten Dienste an, dass es für deren Begleitung keine Wartezeit gibt.

#### **Versorgungsregion**

Mitversorgungen anderer Regionen leisten 2 der 3 befragten Dienste. Davon erreicht 1 Dienst neben der eigenen Region sogar 2 weitere. Als mitversorgte Regionen werden Mittelsachsen, Meißen und die Sächsische Schweiz angegeben. Die beiden letztgenannten konnten zur Zeit der vorangegangenen Befragung noch nicht versorgt werden, entsprechend ist hier von einer positiven Entwicklung zu sprechen. Keiner der 3 Dienste gab an, auch Patienten und Patientinnen aus anderen Bundesländern betreut zu haben.

#### **Personalausstattung**

Die Personalausstattung fällt vor allem im Hinblick auf die angestellten Berufsgruppen bei den 3 befragten Diensten heterogen aus. So ist keine der im Fragebogen genannten Gruppen von allen Diensten ausgewählt worden. Eine Gemeinsamkeit besteht jedoch in der Personalstärke: Diese ist im hauptamtlichen Bereich anteilig geringer und liegt zwischen 1 und 3 Personen. Ehrenamtlich engagieren sich zwischen 13 und 54 Personen, im Mittel 40 Personen pro Dienst.

2 AKHD gaben an, eine Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation „Pädiatrische Palliative Care“ zu beschäftigen – bei 1 Dienst ist diese Kraft in Vollzeit, bei dem anderen in Teilzeit angestellt. 1 Dienst beschäftigt in Teilzeit eine Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation „Palliative Care“, die in Rufbereitschaft zur Verfügung steht. Darüber hinaus gehört ein Sozialarbeiter bzw. eine Sozialarbeiterin in Teilzeit und Rufbereitschaft zu 1 der Dienste, ergänzend wurde ein Sozialmanager

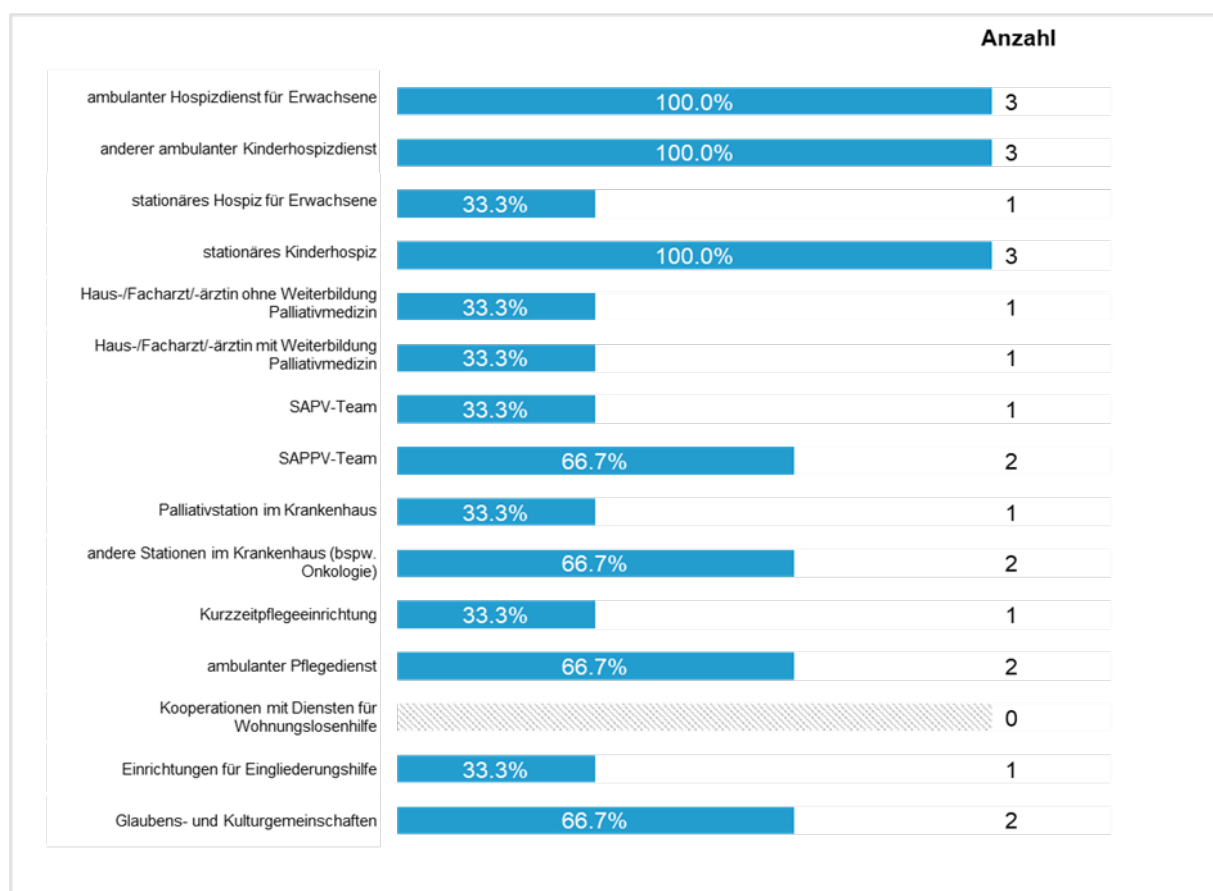


bzw. eine Sozialmanagerin genannt. 2 Dienste verfügen in ihrem hauptamtlichen Team über ausgebildete Trauerbegleiter bzw. Trauerbegleiterinnen.

## Vernetzung

Insbesondere zu anderen ambulanten Diensten – AHD und AHKD – besteht bei allen 3 hier befragten Diensten eine Vernetzung (vgl. Abbildung 8). Darüber hinaus nannten alle den Leistungserbringer „stationäres Kinderhospiz“. 2 Dienste nannten SAPPV-Teams, ambulante Pflegedienste, Glaubens- und Kulturgemeinschaften sowie nicht-palliative Stationen von Krankenhäusern als Vernetzungspartner und -partnerinnen. Es besteht von keinem Dienst eine Kooperation mit Diensten für Wohnungslosenhilfe. In der offenen Angabe wurden mit „Jugendamt“ und „Sozialamt“ auch zwei öffentliche Stellen ergänzt. Zudem eine „Stationäre Intensivpflegeeinrichtung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene“.

2 der Dienste sind im „Pflegenetzwerk AK Kinder“ organisiert; 1 Dienst zusätzlich auch im „Hospiznetzwerk Frühe Hilfe“. 1 Dienst gab an, derzeit nicht in einem Netzwerk organisiert zu sein.



**Abbildung 8: Vernetzung der ambulanten Kinderhospizdienste mit anderen Einrichtungen und Diensten (n = 3)**

Zum Patienten- und Patientinnenklientel der 3 AKHD gehörten im Beobachtungszeitraum neben Kindern und Jugendlichen auch 39 junge Erwachsene im Alter von 18 bis 30 Jahren. Ein besonderer Versorgungsbedarf bestand bei 38 Patienten und Patientinnen mit geistiger Behinderung sowie bei 6 Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund.

## Trauerangebote

Ähnlich wie bei den AHD für Erwachsene sind die Einzelbegleitungen auch bei den AKHD die am häufigsten genutzte Form der Trauerangebote, wie der Abbildung 9 zu entnehmen ist. Sie wird von allen hier befragten Diensten angeboten. Angehörige nutzen diese aber eher „gelegentlich“ (bei 2 Diensten); nur 1 Dienst führt Einzelbegleitungen „oft“ durch. Gerne und „oft“ angenommen wird das Angebot von gemeinsamen Gedenkfeierlichkeiten (bei beiden Diensten mit diesem Angebot). Allgemeine geleitete Trauergruppen werden von 2 Diensten angeboten, auch diese werden „gelegentlich“ (1) bzw. „oft“ genutzt. Geleitete Trauergruppen für bestimmte Zielgruppen werden seltener angeboten und auch seltener genutzt. Selbsthilfegruppen für verschiedene Zielgruppen werden dagegen kaum angeboten; lediglich 1 Dienst nennt eine Selbsthilfegruppe für verwaiste Eltern, die „gelegentlich“ zusammenfindet. Auch die Möglichkeit zur Aufbahrung ist bei keinem Dienst Teil der Trauerangebote. Ergänzend wurden Kreativangebote für Geschwister, Wochenendangebote für verwaiste Familien sowie Trauerspaziergänge genannt.

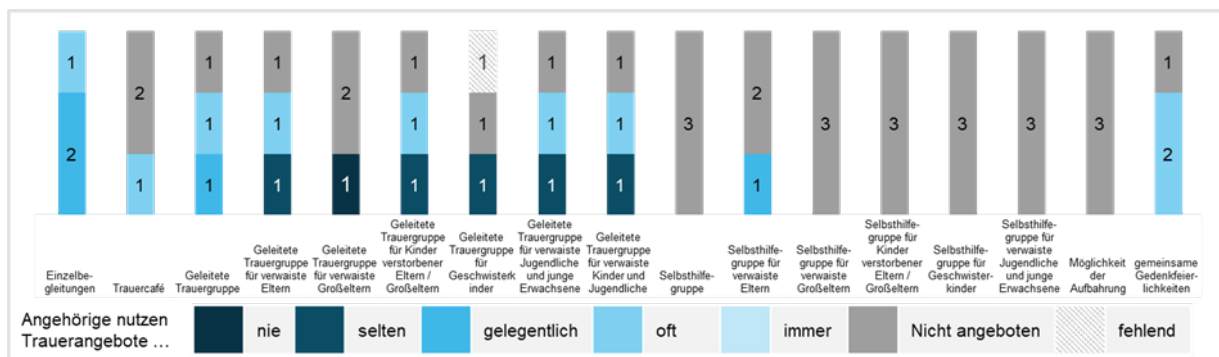


Abbildung 9: Trauerangebote ambulanter Kinderhospizdienste (n = 3)

## Corona-Schutzmaßnahmen

Besuchsverbote bzw. -einschränkungen für Ehrenamtliche nannten alle befragten Dienste im Rahmen der Corona-Schutzmaßnahmen. Angehörige konnten in der Pandemiezeit bei 2 Diensten weniger an den Angeboten teilnehmen. 1 Dienst nannte darüber hinaus auch die grundsätzliche Einschränkung von Angeboten. Alle 3 AKHD wendeten zum Schutz vor Infektionen auch weitere Schutzmaßnahmen an, darunter Tests und „Selbstschutz“. Keiner der Dienste musste einen Aufnahmestopp aussprechen.

## Herausforderungen und Veränderungen während der Pandemie

Auswirkungen der Corona-Pandemie waren von den befragten AKHD vor allem bei den Unterstützungsleistungen spürbar: Alle gaben dazu den Rückgang des Anteils ehrenamtlich Helfender sowie Spendeneinbrüche an. Weiterhin bildete die psychische Belastung des Personals eine Herausforderung. Bis auf den ärztlichen Bereich wurde zu allen genannten Personalgruppen von mindestens einem Dienst ein Rückgang registriert. Ein heterogenes Bild über alle 3 Dienste zeigt nur die Personalressource „Trauerbegleitung“ (hier jeweils einmal „Zunahme“, „Abnahme“ und „Unverändert“ genannt). Tendenziell eher zunehmend wurden die Bedarfe in der palliativmedizinischen Beratung von Angehörigen sowie in der Aktualisierung der Patientenverfügungen empfunden.

Alle AKHD waren jederzeit gut ausgestattet mit Medikamenten sowie mit Schutzausrüstung und Testmöglichkeiten – kein Dienst spürte auf diese Bereiche eine negative Auswirkung. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht für Haupt- und Ehrenamtliche wurde jedoch von 1 Dienst als Herausforderung ergänzt.

### **Zwischenfazit**

Von derzeit 6 bestehenden AKHD nahmen 3 an der vorliegenden Befragung teil. Von allen liegen Antworten zu allen Themenkomplexen vor. Patienten und Patientinnen dieser Dienste stammen aus den kreisfreien Städten Chemnitz und Dresden (Stadt) sowie den Landkreisen Meißen, Mittelsachsen, Sächsische Schweiz und dem Vogtlandkreis. Neben 2 Diensten ohne Wartezeiten wurde beim dritten Dienst eine deutliche Erhöhung der Wartezeit im Vergleich zu 2017 von 0 Wochen auf heute 4 Wochen erfasst. Ob diese Erhöhung der Wartezeit nur auf die individuelle Situation des Dienstes zurückzuführen ist oder ob daraus eine Tendenz auch für die drei vorliegend nicht teilnehmenden Dienste abgeleitet werden kann, ist nicht eindeutig feststellbar. Insgesamt wurden durchschnittlich 8,7 Sterbebegleitungen im Beobachtungszeitraum durchgeführt – dieser Mittelwert entspricht in etwa dem aus der vorangegangenen Befragung (dort 8,3). Neben Kindern und Jugendlichen wurden im Jahr 2021 auch junge Erwachsene betreut (insgesamt 39 Patienten und Patientinnen), einen besonderen Versorgungsbedarf hatten 38 junge Patienten und Patientinnen mit geistiger Behinderung.

Im Zuge der hauptamtlichen Personalressourcen (zwischen 1 und 3 Beschäftigte) besteht nur eine geringe Varietät der angestellten Berufsgruppen. So sind bei 2 AKHD Pflegekräfte mit der Zusatzqualifikation „Pädiatrische Palliative Care“ (jeweils eine in Voll- und Teilzeit) angestellt. Zudem sind über alle Dienste hinweg eine Pflegekraft mit „Palliative Care“, ein Sozialarbeiter bzw. eine Sozialarbeiterin sowie ein Sozialmanager bzw. eine Sozialmanagerin angestellt. Diese hauptamtlichen Mitarbeitenden werden durch durchschnittlich 40 ehrenamtliche ergänzt. Bei 2 der 3 AKHD verfügt eine Hauptamtskraft über eine abgeschlossene Ausbildung in der Trauerbegleitung.

Trauerangebote von AKHD werden nur wenige angeboten und von den Angehörigen auch tendenziell nur „gelegentlich“ genutzt. Einzig sind hierbei Einzelbegleitungen mit Angebot und Nutzung bei allen 3 Diensten zu nennen.

Alle AKHD geben an, ausgelöst durch die Corona-Pandemie eine erhöhte psychische Belastung des Personals, einen Rückgang der Ehrenamtlichen sowie Spendeneinbrüche erlebt zu haben. Ehrenamtliche mussten auch im Zuge von notwendigen Besuchsverbote/-einschränkungen als Schutzmaßnahme ihrer Tätigkeit fernbleiben. Als weitere wichtige Maßnahme können die Reduzierung von Körperkontakten und die Durchführung von Tests genannt werden. Die Bedarfe zeigten durch die Pandemiesituation nur wenig Veränderung, es besteht jedoch eine leichte Tendenz zur Bedarfszunahme, u. a. bei der Beratung von Angehörigen.

### **6.2.3.3 Befragungsergebnisse SAPV-Teams**

Zur Befragung wurden alle 16 sächsischen SAPV-Teams<sup>37</sup> kontaktiert. Wenngleich von 10 Teams eine Teilnahme zunächst zugesichert wurde, konnten nur 7 SAPV-Teams schließlich an der Umfrage teilnehmen (43,8 %), wobei für 1 Team nur ein teilweise ausgefüllter Fragebogen vorliegt.

---

<sup>37</sup> Anzahl in Bezug auf die Standorte der Teams (Stand Februar 2022).

Die 7 Teams betreuen zwischen 210 und 1.000 Patienten und Patientinnen, d. h. durchschnittlich 503,57. Im Vergleich zur vorangegangenen Befragung im Jahr 2017 ist die Zahl der betreuten Personen damit deutlich gestiegen; 2017 betreuten 16 SAPV-Teams noch durchschnittlich 311,2 Patienten und Patientinnen (zwischen 260 und 578). Der Großteil dieser Patienten und Patientinnen ist über 50 Jahre alt – zwar machten nur 3 SAPV-Teams Angaben zur Altersstruktur der von ihnen betreuten Personen, da der Anteil von 94,4 % der über 50-Jährigen jedoch sehr deutlich ist, kann von einer Übertragbarkeit dieser Aussage auf die anderen Teams ausgegangen werden.

### **Wartezeit**

Trotz der hohen Zahl zu versorgender Personen geben 6 der 7 SAPV-Teams an, ohne Wartezeiten zur Verfügung zu stehen (86,8 %). Nur 1 Team gab eine Wartezeit mit einer Dauer von zwei Wochen an.

### **Versorgungsregion**

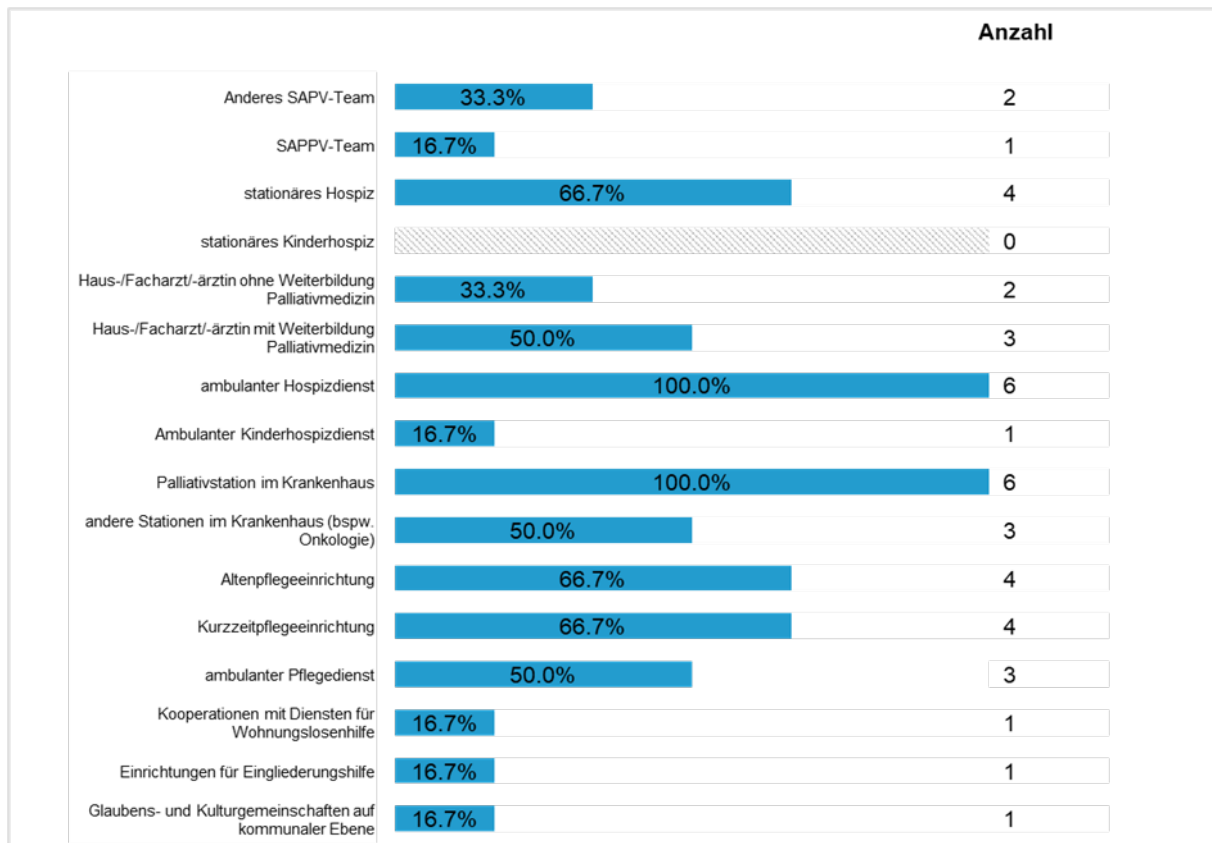
Der Großteil der an der Befragung teilgenommenen SAPV-Teams (86,8 %) betreut nur Personen innerhalb des standortbezogenen Landkreises. Nur 1 Team gab an, neben der eigenen auch drei weitere Regionen mitzubetreuen. Hierbei kommt es auch zu Überschreitung von Bundeslandgrenzen: 23 Patienten und Patientinnen aus Thüringen erhalten Unterstützung von einem sächsischen SAPV-Team.

### **Personalausstattung**

Zur Personalausstattung liegen Informationen von 6 der 7 teilnehmenden SAPV-Teams vor. Zu allen dieser 6 Teams gehören Ärzte und Ärztinnen mit einer Zusatzweiterbildung in Palliativmedizin (durchschnittlich 6,33), die überwiegend (zwei Drittel) in Teilzeit beschäftigt sind; 61 % davon in Rufbereitschaft. 1 SAPV-Team beschäftigt auch einen Arzt bzw. eine Ärztin ohne diese Zusatzausbildung (in Teilzeit und Rufbereitschaft). Weiterhin sind in allen 6 Teams Pflegekräfte mit der Zusatzqualifikation „Palliative Care“ angestellt. Je ein Drittel dieser durchschnittlich 9,33 Pflegekräfte pro Team sind in Vollzeit bzw. Teilzeit beschäftigt, 59 % in Rufbereitschaft. 2 Teams beschäftigten je einen Seelsorger bzw. eine Seelsorgerin. Ein Psychologe bzw. eine Psychologin sowie einen Fachpfleger bzw. eine Fachpflegerin für Palliativ- und Hospizpflege unterstützen ebenfalls je 1 SAPV-Team.

### **Vernetzung**

Abbildung 10 zeigt den Stand der Vernetzung der befragten SAPV-Teams. Alle 6 SAPV-Teams, zu denen Antworten aus diesem Fragenblock zur Vernetzung vorliegen, sind mit mind. 2 weiteren Leistungserbringenden aus dem Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung vernetzt. Ambulante Hospizdienste sowie Palliativstationen in Krankenhäusern werden von allen 6 Teams benannt. Je 4 Teams arbeiten mit stationären Hospizen, Altenpflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen zusammen. Weitere Kooperationen mit verschiedenen Einrichtungen und Diensten werden in der Abbildung 10 dargestellt.



**Abbildung 10: Vernetzung der SAPV-Teams mit anderen Einrichtungen und Diensten (n = 6)**

Im Rahmen offener Antwortmöglichkeiten in Bezug auf Dienste/Einrichtungen, mit denen eine Zusammenarbeit besteht, wurden je 2-mal Apotheken sowie Sanitätshäuser genannt.

Trotz dieser einrichtungsübergreifenden Aktivitäten bei allen 6 SAPV-Teams gaben nur 2 an, in einem Netzwerk organisiert zu sein. 1-mal wurde hierbei der LVHP als Netzwerk benannt.

### **Altersstruktur und Versorgung mit besonderem Bedarf**

Informationen zur Altersstruktur der betreuten Patienten und Patientinnen und den Personengruppen mit besonderen Versorgungsbedarfen liegen nur von 3 SAPV-Teams (mit insgesamt 1.656 Patienten und Patientinnen) vor, weshalb hieraus nur Eindrücke gewonnen, aber keine belastbaren Aussagen abgeleitet werden können.

Demenzkranke zählen zu den genannten Personengruppen mit einem besonderen Versorgungsbedarf. 248 Patienten und Patientinnen mit dieser Erkrankung werden durch die drei SAPV-Teams betreut. Damit stellen sie im Antwortspektrum deutlich die größte Personengruppe dar. Weiterhin befinden sich 23 Menschen mit Migrationshintergrund in Betreuung der 3 SAPV-Teams, für die ein besonderer Bedarf angegeben wurde.

### **Trauerangebote**

Leider liegen zu keinem der befragten SAPV-Teams Informationen über Trauerangebote vor. Es ist entsprechend nicht möglich, einen Vergleich zu den Ergebnissen der Befragung aus dem Jahr 2017 zu ziehen. Dieser Zeit hatten nahezu alle teilnehmenden Teams ein Trauerangebot angegeben.

## **Corona-Schutzmaßnahmen**

Die 6 SAPV-Teams, für die Angaben in diesem Themenbereich vorliegen, nahmen unterschiedliche Maßnahmen zum Schutz gegen das Coronavirus vor. 4 Teams achteten auf eine Reduzierung des Körperkontaktes. Je 2 Teams mussten Verbote und/oder Einschränkungen für Angehörige bzw. Ehrenamtliche in der Teilnahme bei Angeboten und dem Besuch der Patienten und Patientinnen aussprechen. 3 Teams nannten zudem auch die Vorhaltung von Arzneimitteln. Der Annahmestopp von Patienten und Patientinnen gehörte jedoch für keines der befragten SAPV-Teams zu einer Schutzmaßnahme.

Über die im Fragebogen vorgegebenen Antwortmöglichkeiten hinaus hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, weitere Schutzmaßnahmen per Freitext anzugeben. Davon machten 4 Teams Gebrauch. Mehrfach wurde dabei die Achtung der regional jeweils gültigen Allgemeinverfügungen bzw. gesetzlich vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen genannt. 2 Teams nannten auch regelmäßige Tests (von Betreuten) sowie Schutzkleidung bzw. Masken als Maßnahme. Das Personal achte zudem auf die Reduzierung von Kontakten sowohl innerhalb des Teams (bspw. durch getrennte Büros und Anfahrten) als auch im privaten Bereich.

## **Herausforderungen und Veränderungen während der Pandemie**

Als besondere Herausforderung während der Pandemie wurden von 5 der 6 SAPV-Teams die psychische Belastung des Personals genannt. Darüber hinaus erlebten 4 von 6 Teams pandemiebedingt erhöhte Krankheitsstände und in der Folge einen spürbaren Personalmangel.

Unsicherheit entstand bei fast allen SAPV-Teams (5 von 6) durch Unklarheiten über Vorschriften und Zuständigkeiten, und äußerte sich bei zwei Dritteln (4 von 6) in verzögerten Einweisungen und Entlassungen wegen Infektionsangst. Unsicherheiten in Verbindung mit der Pandemie, daraus resultierende psychische Probleme sowie auch die zusätzliche Beratungsnotwendigkeit wurden als Herausforderungen von den Teilnehmenden ergänzt. Dass persönliche Gespräche bzw. Supervisionen aber im Pandemieverlauf nicht immer möglich waren, wurde ebenfalls als Herausforderung wahrgenommen (1 Nennung). 1 Team nahm zudem einen Mehrversorgungsaufwand durch Covid-19-Patienten und -Patientinnen sowie ein weiteres Team durch bürokratische Hürden wahr.

Je 3 Teams (50 %) bemängelten die Verfügbarkeit von digitalen Kommunikationsmöglichkeiten sowie Schutzausrüstungen und Testmöglichkeiten; 2 Teams bemängelten auch die Nichtverfügbarkeit von Medikamenten.

Viele Aufgabenbereiche seien in ihren Bedarfen bei den einzelnen Teams in Pandemiezeiten unverändert geblieben. Eine deutliche Tendenz zur Zunahme besteht – wie auch aus der Abfrage der Herausforderungen hervorgeht – bei dem Bedarf der palliativmedizinischen Beratung von Angehörigen. Dies gaben 67 % der befragten SAPV-Dienste (4 von 6) an. Tendenziell zunehmend war auch der Bedarf an palliativer Versorgung. Ein Drittel (2 von 6) nahm dies wahr, die anderen sahen keine Veränderung zur vorpandemischen Zeit. Ein umgekehrtes Bild zeigt dagegen die hospizliche Versorgung, für die 2 von 6 einen abnehmenden Bedarf wahrgenommen haben. Ungleich ist die Situation bei den Trauerangeboten für Angehörige, während die Hälfte keine Auswirkungen durch die Corona-Pandemie angab, nahm 1 Team eine Zunahme, 1 Team eine Abnahme im Bedarf dieses Aufgabenbereiches wahr. Ergänzend wurde die Abnahme von Hausbesuchen genannt.

Die Zusammensetzung des Personals erlebte durch die Pandemie dagegen nur leichte Veränderungen, diese jedoch in abnehmende Richtung. So gab 1 Team ein Rückgang im ärztlichen

Bereich, 2 Teams einen Rückgang bei den Ehrenamtlichen an. Die geringere Dynamik im Personalbereich zeigt sich auch in den ergänzenden Angaben der Befragten. Hier wurden Abnahmen bei Personalwechseln, externen Bewerbungen und Hospitationen bemerkt.

### **Zwischenfazit**

Derzeit gibt es 16<sup>38</sup> SAPV-Teams in Sachsen, von denen 7 an der Befragung teilnahmen und 6 einen vollständig ausgefüllten Fragebogen übersendeten. Diese Teams versorgen durchschnittlich 503 Patienten und Patientinnen, was einen deutlichen Zuwachs im Vergleich zu 2017 darstellt (311 Patienten und Patientinnen). Diese Patienten und Patientinnen stammen weitgehend aus einer Region (einem Landkreis/einer kreisfreien Stadt). Nur 1 Team ist auch überregional tätig und versorgt zum eigenen, sächsischen Landkreis auch Patienten und Patientinnen in Thüringen. Obwohl nur wenige Teams (n = 3) Angaben zur Altersstruktur der Patienten und Patientinnen machten, ist aufgrund der deutlichen Verteilung von einer übertragbaren Tendenz auf andere SAPV-Teams auszugehen. Nur rund 5 % der Versorgten ist unter 50 Jahren alt, die größte zu versorgende Gruppe bilden die über 70-Jährigen (63,4 %). Unter den Personengruppen mit besonderem Versorgungsbedarf sind die Demenzerkrankten deutlich am häufigsten vertreten (3 Teams versorgen 248 Patienten und Patientinnen mit Demenz).

Proportional zu der gestiegenen Zahl zu versorgender Patienten und Patientinnen stieg auch die Beschäftigtenzahl der Ärzte und Ärztinnen mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (pro Team durchschnittlich 9,3 ggü. 5,6 im Jahr 2017). Die Anzahl der Pflegekräfte mit Zusatzweiterbildung Palliative Care ist dagegen gesunken (6,3 ggü. 7,9). Bei beiden Personalgruppen liegt eine Rufbereitschaft von 60 % vor. Alle Teams (n = 6) sind mit anderen Leistungserbringenden der Hospiz- und Palliativversorgung vernetzt, die meisten mit ambulanten Hospizdiensten und Palliativstationen im Krankenhaus. In einem Netzwerk organisiert sind allerdings nur 2 Teams. Zu den Trauerangeboten liegen von den befragten SAPV-Teams keine Antworten vor.

Die Corona-Pandemie machte sich in allen der 6 Teams, die diesen Themenkomplex beantworteten, durch die Notwendigkeit von Maßnahmen und spürbaren Herausforderungen bemerkbar. Dabei war die Reduzierung von Körperkontakten die meistgenannte Schutzmaßnahme (4 von 6). Psychische Belastungen des Personals erfuhren 83,3 % (5 von 6), ebenso bestand Unsicherheit zu gültigen Vorschriften und Zuständigkeiten. Der Versorgungsbedarf nahm nur im palliativmedizinischen Bereich zu (67 % der befragten SAPV-Dienste nahmen eine Zunahme war). Der personelle Bereich zeigte sich weitgehend unverändert.

#### **6.2.3.4 Befragungsergebnisse SAPPV**

Derzeit gibt es nur 1 SAPPV-Team in Sachsen. Wie schon 2017 nahm dieses an der Umfrage teil und übersendete den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Das Team ist der kreisfreien Stadt Dresden zugehörig, agiert aber überregional. Derzeit werden 87 Patienten und Patientinnen durch das Team betreut – 38 Kinder und Jugendliche mehr als noch im Jahr 2017 (48 Patienten und Patientinnen).

### **Wartezeit**

Das SAPPV-Team gibt an, die Patienten und Patientinnen ohne vorangehende Wartezeit betreuen zu können.

---

<sup>38</sup> Grundlage für diese Angabe ist die Summe nach Standorten der SAPV-Teams (Stand: Februar 2022).

## **Versorgungsregion**

Die 87 Patienten und Patientinnen des SAPPV-Teams sind auf ganz Sachsen, d. h. auf alle 13 Landkreise und kreisfreien Städte verteilt. Zudem werden 4 Patienten und Patientinnen aus Brandenburg betreut. Im Jahr 2017 wurden bei dieser Frage 9 Landkreise bzw. kreisfreien Städte angegeben.

## **Personalausstattung**

6 Teammitglieder (je eines in Vollzeit) sind Pflegekräfte mit Zusatzqualifikation „Pädiatrische Palliative Care“ sowie Ärzte und Ärztinnen mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin. Eine weitere Pflegekraft in Teilzeit befindet sich in andauernder Weiterbildung zu „Pädiatrische Palliative Care“. Das 15-köpfige SAPPV-Team wird von 2 Sozialarbeitenden komplettiert. Bis auf diese letztgenannten arbeiteten alle Teammitglieder in Rufbereitschaft.

## **Vernetzung**

Bis auf Dienste zur Wohnungslosenhilfe gab das befragte SAPPV-Team mit allen weiteren abgefragten Einrichtungen und Diensten eine bestehende Zusammenarbeit an. Zudem bestehe diese zu Ausbildungseinrichtungen (Fachschulen, Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit). Das Team ist darüber hinaus in einem Netzwerk organisiert.

## **Altersstruktur und Versorgung mit besonderem Bedarf**

Entsprechend der Ausrichtung des SAPPV-Teams stellen Kinder und Jugendliche den größten Teil der betreuten Patienten und Patientinnen dar. Darüber hinaus werden auch 6 junge Erwachsene im Alter von 18 bis 30 Jahren betreut (entspricht 6,9 % von den insgesamt 87 Patienten und Patientinnen).

Bei 50 Patienten und Patientinnen liegt eine geistige Behinderung vor, weshalb hier ein besonderer Versorgungsbedarf besteht. Das Team ergänzte, dass es 50 schwerst- und mehrfachbehinderte Menschen betreut. 10 Patienten und Patientinnen haben einen Migrationshintergrund. Während bei der vorherigen Befragung auch nähere Angaben zu Krankheitsbildern gemacht wurden (Demenz, Muskelatrophien und -dystrophien), liegen bei der aktuellen Befragung keine Informationen diesbezüglich vor.

## **Trauerangebote**

Wie auch bei der vorangegangenen Studie lagen keine Angaben zu Trauerangeboten vor.

## **Corona-Schutzmaßnahmen**

Zum Schutz vor Ansteckung mit dem Coronavirus musste das SAPPV-Team seine Angebote einschränken. Dies betraf die ambulante Versorgung von Kindern mit onkologischen Erkrankungen, um tagesklinische Vorstellungen zu reduzieren. Weiterhin wurden Mitarbeitende freigestellt, damit diese staatliche Bereiche unterstützen konnten. Auch die Arbeit von zu Hause wurde als Maßnahme ergriffen.

## **Herausforderungen und Veränderungen während der Pandemie**

Die Teammitglieder nahmen im Zuge der Corona-Pandemie physische Belastungen wahr und bemängelten die Voraussetzungen für digitale Kommunikation. Weiterhin erfuhr das Team Si-



tuationen mit Personalmangel durch erhöhte Krankenstände. Der Versorgungsbedarf sei während der Pandemie unverändert gewesen; auch im Personalbereich ist, den pflegerischen Bereich ausgenommen, keine pandemiebedingte Veränderung zu verzeichnen. Für den pflegerischen Bereich wurde eine pandemiebedingte personelle Abnahme genannt.

### **Zwischenfazit**

Das sächsische SAPPV-Team betreut überregional 87 Patienten und Patientinnen, von denen 4 in Brandenburg leben. Der Versorgungsbereich wie auch die Anzahl der Betreuten ist damit im Vergleich zu 2017 merklich gestiegen. 6,9 % der Patienten und Patientinnen ist über 18 (aber max. 30) Jahre alt, bei allen anderen handelt es sich um Kinder und Jugendliche. Bei je 50 Patienten und Patientinnen liegt eine geistige Behinderung bzw. eine Schwerst- oder Mehrfachbehinderung vor, woraus ein besonderer Versorgungsbedarf resultiert. Die Versorgung ist durch eine enge Vernetzung zu nahezu allen anderen Einrichtungs-/Diensttypen, die für den hospizlich-palliativen Versorgungsbereich relevant sind, gekennzeichnet. Es gibt derzeit keine Wartezeit.

Im Zuge der Corona-Pandemie musste eine Einschränkung des Angebots erfolgen, das sich auf die ambulante Versorgung von Kindern mit onkologischen Erkrankungen bezog. Darüber hinaus agierte zwischenzeitlich nur das Kernteam der SAPPV, verzichtete auf persönliche Kontakte und arbeitete von zu Hause aus. In diesem Zuge wurde die Verfügbarkeit von digitalen Kommunikationsmöglichkeiten bemängelt. Außerdem stellten Personalmangel und psychische Belastungen des Personals Herausforderungen während der Pandemie dar. In Bezug auf den Bedarf und die Personalressourcen zeigten sich nahezu keine Änderungen.

#### **6.2.3.5 Befragungsergebnisse stationäre Hospize**

Für die Leistungserbringendengruppe der stationären Hospize wurden insgesamt 14 Einrichtungen in Sachsen kontaktiert, von denen 11 an der Befragung teilnahmen. Vollständig ausgefüllte Fragebögen liegen von 10 Hospizen vor. Die an der aktuellen Befragung teilnehmenden Einrichtungen versorgten im Jahr 2021 durchschnittlich 120,7 Patienten und Patientinnen (zwischen 79 und 187 Personen pro Hospiz). Die Hospize haben zwischen 8 und 16 Betten.

#### **Wartezeit**

Die durchschnittliche Wartezeit in den teilnehmenden Einrichtungen liegt bei 1,6 Wochen. Zwei der 11 Hospize gaben an, dass es keine Wartezeit für die Versorgung in ihrer Einrichtung gebe; bei knapp der Hälfte (5 Einrichtungen) besteht nach eigenen Angaben eine Wartezeit von 2 Wochen.

#### **Versorgungsregion**

10 der 11 Hospize machten Angaben zu den von ihnen versorgten Regionen. Alle 10 teilten mit, für die Versorgung von mindestens 3 Regionen in Sachsen zuständig zu sein. Der Großteil (7 Hospize) versorgt dabei zwischen 3 und 5 Regionen; 1 Einrichtung sticht mit einer Zahl von 13 zu versorgenden Landkreisen/kreisfreien Städten besonders hervor. 7 stationäre Hospize gaben an, Patienten und Patientinnen aus der kreisfreien Stadt Dresden mitzuversorgen, womit Personen aus dieser Region am häufigsten in Einrichtungen außerhalb des eigenen Landkreises/der eigenen kreisfreien Stadt versorgt werden. Weitere in diesem Zusammenhang häufig genannte Regionen sind Chemnitz, der Erzgebirgskreis sowie der Landkreis Leipzig – jeweils 4 Einrichtungen versorgen den Angaben zufolge Menschen aus diesen Regionen mit. In 90 % der Hospize erhalten zudem Personen aus anderen deutschen Bundesländern eine Behandlung: 112 Patienten und Patientinnen, von denen die meisten aus Brandenburg, Thüringen, Sachsen-

Anhalt und Berlin kommen, werden laut den Befragungsergebnissen in diesen Einrichtungen versorgt.

### **Personalausstattung**

Alle 11 stationären Hospize der Grundgesamtheit machten Angaben zur Zahl ihrer Angestellten im Haupt- bzw. Ehrenamt. Im Durchschnitt verfügen diese Einrichtungen über ca. 30 hauptamtlich und ca. 14 ehrenamtlich Mitarbeitende. Bei den hauptamtlich Tätigen variiert die Zahl zwischen 17 und 45; bei den ehrenamtlich Tätigen zwischen 4 und 33.

Die Fragen zu den Personalprofilen ihrer Mitarbeitenden beantworteten 10 Hospize. In Bezug auf die Besetzung der einzelnen Fachbereiche zeigen die Ergebnisse, dass die Verteilung stark variiert. Alle 10 Hospize gaben an, mindestens eine Person mit der Zusatzausbildung „Palliative Care“ beschäftigt zu haben. Im Mittel arbeiten in diesen Hospizen 13,6 Personen mit einer solchen Qualifikation, gemäß den Befragungsergebnissen aus dem Jahr 2017 waren dies durchschnittlich 12 Personen. 5 Hospize teilten zudem mit, Personen zu beschäftigen, die sich zum Befragungszeitpunkt in einer solchen Fortbildung befanden. Andere Bereiche sind den Befragungsergebnissen zufolge hingegen nicht so stark vertreten: So sind durchschnittlich lediglich 0,1 ausgebildete Psychologen bzw. Psychologinnen in den sächsischen Hospizen tätig. In Bezug auf Angestellte aus sonstigen Gesundheitsfachberufen arbeiten gemäß den Angaben durchschnittlich 0,3 Personen je (teilnehmenden) Hospiz. Als dominantes Arbeitsverhältnis sticht in den meisten Bereichen die Teilzeit-Beschäftigung hervor.

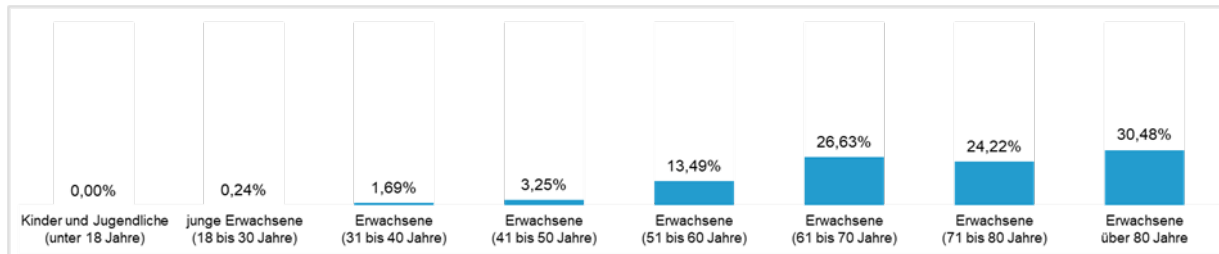
### **Vernetzung**

10 der 11 Hospize beantworteten diesen Frageblock. Die Ergebnisse legen einen hohen Vernetzungsgrad der stationären Hospize mit anderen Leistungsanbietern der Hospiz- und Palliativversorgung offen: 8 der 10 Einrichtungen gaben an, in einem Versorgungsnetzwerk organisiert zu sein, davon 2 im LVHP. Bei 1 weiteren Hospiz war die Organisation in einem solchen Netzwerk nach eigener Angabe zum Zeitpunkt der Befragung im Aufbau. 1 Hospiz teilte mit, nicht in einem Netzwerk organisiert zu sein und dies auch nicht zu planen.

100 % der Hospize arbeiten außerdem mit ambulanten Hospizdiensten zusammen und jeweils 90 % mit SAPV-Teams und/oder mit Palliativstationen im Krankenhaus. 80 % pflegen den eigenen Angaben zufolge eine Zusammenarbeit mit anderen stationären Hospizen oder mit Hausärzten und -ärztinnen bzw. Fachärzten und -ärztinnen mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in Palliativmedizin. Altenpflegeeinrichtungen und andere Stationen in Krankenhäusern, wie z. B. die Onkologie, zählen in 5 der 10 hier betrachteten Fälle zu den Kooperationspartnern und -partnerinnen stationärer Hospize.

### **Altersstruktur und Versorgung mit besonderem Bedarf**

Informationen zur Altersstruktur ihrer Patienten und Patientinnen gingen von 8 stationären Hospizen ein. Die Resultate, dargestellt in Abbildung 11, zeigen, dass die in den stationären Hospizen versorgten Menschen hauptsächlich höheren bzw. sehr hohen Alters sind: Demzufolge hat knapp ein Drittel (30,5 %) der insgesamt 830 in diesen Einrichtungen versorgten Patienten und Patientinnen das Alter von 80 Jahren überschritten und nur 5,2 % sind 50 Jahre oder jünger. Ca. die Hälfte (50,9 %) der Patienten und Patientinnen ist zwischen 61 und 80 Jahren alt; 13,5 % haben ein Alter zwischen 51 und 60 Jahren.



**Abbildung 11: Altersstruktur der in den stationären Hospizen versorgten Personen (Anzahl Einrichtungen n = 8; Anzahl Patienten und Patientinnen n = 830)**

6 der 11 teilnehmenden Einrichtungen beantworteten Fragen zu Patienten und Patientinnen, bei denen aufgrund bestimmter Ursachen ein erhöhter oder spezieller Versorgungsaufwand notwendig ist. Als dominante Versorgungsgruppe stechen hier demenzkranke Patienten und Patientinnen hervor: 54 Menschen mit diesem Krankheitsbild werden in den 6 stationären Hospizen insgesamt versorgt. Andere Kategorien, wie Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit geistiger Behinderung oder Wohnungslose, treten im Vergleich dazu eher in den Hintergrund. Als weitere relevante Patienten- und Patientinnengruppe, die nicht im Fragebogen angeführt war, wurden die Corona-Erkrankten genannt, von denen in den 6 Hospizen 6 Bewohner und Bewohnerinnen behandelt wurden.

### **Trauerangebote**

Bezüglich der Trauerangebote und Corona-Schutzmaßnahmen liegen Informationen von 10 stationären Hospizen vor. Jedoch machten die Einrichtungen zu den meisten der genannten Trauerangebote entweder keine Angaben oder sie teilten mit, dass sie dieses Trauerangebot nicht für ihre Patienten und Patientinnen anbieten würden. Ausnahmen bilden die Möglichkeit der Aufbewahrung der verstorbenen Person (n = 9), gemeinsame Gedenkfeierlichkeiten (n = 9), Einzelbegleitungen (n = 5) sowie das Trauercafé (n = 4) – diese Angebote werden von einigen Hospizen zur Verfügung gestellt und von den Angehörigen „oft“ bis „sehr oft“ in Anspruch genommen. Trauerbegleitungen spielen in 4 der teilnehmenden Hospize keine Rolle; 1 Hospiz gab an, 125 Trauerbegleitungen durchgeführt zu haben. Von den restlichen 5 Hospizen liegen hierzu keine Informationen vor.

### **Corona-Schutzmaßnahmen**

Bezüglich der im Zuge der Corona-Pandemie ergriffenen Schutzmaßnahmen nannten die Hospize allen voran die Isolation der Corona-Erkrankten (n = 8) sowie Besuchsverbote bzw. -einschränkungen für Ehrenamtliche (n = 8). Weitere relevante Maßnahmen waren das Schließen von Aufenthaltsräumen (n = 6), das Verbot individueller Angebote für Patienten und Patientinnen (n = 5), Ausgangsbeschränkungen (n = 5) sowie Besuchsverbote/-einschränkungen für Angehörige (n = 5). Als offene Angaben wurden zusätzliche Kategorien genannt, wie z. B. die tägliche Testung des Personals und der Besucher und Besucherinnen oder die (FFP2-)Maskenpflicht.

### **Herausforderungen und Veränderungen während der Pandemie**

10 der 11 Hospize äußerten sich zu den Fragen nach Schwierigkeiten und Veränderungen, mit denen sich die Einrichtungen seit Beginn der Corona-Pandemie konfrontiert sehen. Als Herausforderung definierten 90 % der stationären Hospize die psychische Belastung des Personals; 70 % gaben an, der Rückgang des Anteils der ehrenamtlich Tätigen hätte Schwierigkeiten ver-

ursacht. Weitere Hürden waren für jeweils 60 % der Hospize, die Angaben zu diesem Themenkomplex machten, der Personalmangel aufgrund zunehmender Krankenstände, Unklarheiten über Vorschriften und Zuständigkeiten sowie Spendeneinbrüche. Als sonstige Herausforderungen nannten die Hospize über offene Angaben z. B. den Mehraufwand durch die Corona-Testungen der Besucher und Besucherinnen, die Bettenplanung bei Covid-19-Patienten und -Patientinnen sowie weniger Anmeldungen durch die Kliniken.

Im Vergleich zur vorpandemischen Zeit zeichnen die Befragungsergebnisse ein stabiles Bild der Bedarfsversorgung während der Corona-Pandemie: Die meisten Versorgungsbereiche blieben laut Angaben der befragten Hospize unverändert, so z. B. die palliativmedizinische Beratung von Angehörigen (8 Hospize nahmen hier keine Veränderungen wahr). Lediglich jeweils 3 Hospize registrierten Abnahmen in den Bereichen der hospizlichen Versorgung und der Trauerangebote für Angehörige sowie 1 Hospiz in der palliativen Versorgung.

Auch die personellen Ressourcen blieben weitgehend unverändert. Insbesondere im ärztlichen Bereich sowie in der Seelsorge, der Pflege und der Sozialarbeit stellten die befragten Hospize kaum Veränderungen fest. Eine Ausnahme bildet der Bereich der ehrenamtlich Tätigen: Hier verzeichneten 60 % der Hospize einen Ressourcenrückgang.

### **Zwischenfazit**

Im Bereich der stationären Hospize nahmen 11 der insgesamt 14 kontaktierten Einrichtungen an der Befragung teil. Damit ist in diesem Bereich nicht nur eine hohe Rücklaufquote zu verzeichnen, im Vergleich zur letzten Hospizstudie liegt der aktuellen Befragung auch eine größere Stichprobe zugrunde – 2017 hatten nur 5 stationäre Hospize den Fragebogen ausgefüllt. Obwohl der größere Stichprobenumfang eine höhere Repräsentativität verspricht, bedeutet das auch, dass die aktuellen Ergebnisse vor dem Hintergrund möglicher Selektionseffekte im Rahmen der Ergebnisse der Hospizstudie 2017 nur bedingt mit denen der letzten Befragung verglichen werden können. Alle teilnehmenden Hospize sind in überregionalen Versorgungsbereichen eingesetzt und behandelten 2021 im Mittel ca. 121 Patienten und Patientinnen.

Patienten und Patientinnen müssen aktuell durchschnittlich länger auf eine Aufnahme in einem stationären Hospiz warten als noch 2017: Betrug damals die Wartezeit noch zwischen 2 und 7 Tagen, ist dieser Wert seither auf 1,6 Wochen gestiegen, was ca. 11,5 Tagen entspricht.

Die Resultate bezüglich der Personalstruktur zeigen große Unterschiede in der Verfügbarkeit von qualifizierten Arbeitskräften in den verschiedenen Fachgebieten. In den befragten Hospizen arbeiten im Durchschnitt 13,6 Pflegefachkräfte mit der Fortbildung in „Palliative Care“, was 1,6 Fachkräften mehr entspricht als noch vor fünf Jahren. Die meisten der Fachkräfte mit dieser Zusatzqualifikation sowie auch ein Großteil der in anderen Bereichen tätigen Fachkräfte arbeiten in einem Teilzeit-Anstellungsverhältnis. Eine hohe Bedeutung kommt außerdem den ehrenamtlich tätigen Personen zu.

Der Vernetzungsgrad der stationären Hospize ist gemäß den Befragungsergebnissen hoch. Jedes der 10 Hospize, die Angaben zu diesem Themenblock machten, sagte aus, mit mindestens einem weiteren Leistungsanbieter aus dem palliativmedizinischen bzw. hospizlichen Bereich zu kooperieren; allen voran wurden hier SAPV-Teams genannt. 80 % der Einrichtungen sind in einem regionalen Versorgungsnetzwerk organisiert.

Fast alle Bewohner und Bewohnerinnen der 8 Hospize, die Informationen zur Altersstruktur ihrer Patienten und Patientinnen übermittelten, sind 51 Jahre alt oder älter. Fast ein Drittel der Pati-

enten und Patientinnen ist sogar über 80 Jahre alt. Fragen bezüglich der Patienten und Patientinnen mit einem besonderen Versorgungsbedarf beantworteten 6 Hospize, wobei hier einzig die Patienten- und Patientinnengruppe der Demenzerkrankten in den Vordergrund trat.

Zwar bieten 9 der 10 Einrichtungen, die den Frageblock zu Trauerangeboten beantworteten, die Möglichkeit der Aufbahrung sowie gemeinsamer Gedenkfeierlichkeiten; andere Trauerangebote werden jedoch nicht oder nur von sehr wenigen Hospizen für Angehörige bereitgestellt. Die Rolle von Trauerangeboten in stationären Hospizen ist daher eher als nebeneinander zu bewerten.

Die am häufigsten genannten Corona-Schutzmaßnahmen sind Besuchsverbote für Ehrenamtliche sowie Isolationsmaßnahmen für Covid-19-Erkrankte. Als Kernproblem, das mit der Pandemie einherging, erachteten die Hospize die psychische Belastung der Mitarbeitenden. Geringe Auswirkungen nahmen die Hospize in der Bedarfsversorgung sowie im personellen Bereich wahr – mit Ausnahme der Ehrenamtlichen, wo 60 % der Einrichtungen eine Personalabnahme registrierten.

### **6.2.3.6 Befragungsergebnisse stationäre Kinderhospize**

In Sachsen ist lediglich 1 stationäres Kinderhospiz angesiedelt, das Markkleeberger Hospiz „Bärenherz“, welches erfolgreich kontaktiert und für die Beantwortung des Fragebogens gewonnen werden konnte. Das Hospiz verfügt über 10 Betten und versorgte im Jahr 2021 insgesamt 115 Patienten und Patientinnen.

#### **Wartezeit**

Die durchschnittliche Wartezeit im Kinderhospiz liegt den Ergebnissen zufolge aktuell bei 18 Wochen. In der letzten Hospizstudie gab Bärenherz hierzu an, dass für die Betreuung in der finalen Phase keine Wartezeit nötig sei, wohingegen zu diesem Zeitpunkt geplante Entlastungsaufnahmen durchaus mit Wartezeiten verknüpft sein würden.

#### **Versorgungsregion**

Das Kinderhospiz versorgt gemäß den Angaben Patienten und Patientinnen aus allen 13 sächsischen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten. Das Versorgungsgebiet erstreckt sich zudem auf andere Bundesländer, darunter z. B. Bayern, Berlin und Hessen.

#### **Personalausstattung**

Die Versorgung im Kinderhospiz wird hauptsächlich von Ehrenamtlichen getragen. So beschäftigt die Einrichtung 100 (57,8 %) ehrenamtlich und 73 (42,2 %) hauptamtlich Arbeitende. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Hospizstudie 2017 ist damit die Zahl der hauptamtlich Beschäftigten gestiegen (damals waren es 49 Hauptamtliche). Eine Trauerbegleitung existiert nicht. Zu den Personalprofilen der Mitarbeitenden machte das Hospiz keine Angaben.

#### **Vernetzung**

Kooperationen bestehen laut Angaben des Kinderhospizes mit folgenden Leistungserbringenden der palliativmedizinischen bzw. hospizlichen Versorgung: SAPPV-Teams, andere stationäre Hospize, ambulante Kinderhospizdienste, andere Stationen im Krankenhaus, ambulante Pflegedienste sowie Einrichtungen für Eingliederungshilfe. Im Gegensatz zur Hospizstudie 2017 wurden zusätzlich Hausärzte und -ärztinnen sowie Fachärzte und -ärztinnen mit einer Weiterbildung in Palliativmedizin als Kooperationspartner und -partnerinnen genannt. Nicht erwähnt

wurden diesmal hingegen Palliativstationen im Krankenhaus, Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie sozialpädiatrische Zentren. Das Markkleeberger Kinderhospiz ist gemäß Eigenangabe in keinem Versorgungsnetzwerk organisiert.

### **Altersstruktur und Versorgung mit besonderem Bedarf**

Erwartungsgemäß ist die überwiegende Mehrheit der Hospizbewohner und -bewohnerinnen nicht volljährig: Die Einrichtung gibt an, dass von 115 Patienten und Patientinnen 91,3 % (entspricht ungefähr 105 Patienten und Patientinnen) unter 18 Jahren alt sind. Die restlichen 8,7 % (ungefähr 10 Patienten und Patientinnen) haben ein Alter zwischen 18 und 30 Jahren.

Von den 115 Hospizbewohner und -bewohnerinnen haben 104 (90,4 %) eine geistige Behinderung, was mit Abstand die größte Personengruppe mit besonderem Versorgungsbedarf darstellt. Darüber hinaus werden 10 Personen mit Migrationshintergrund (8,7 %) in der Einrichtung behandelt. In der Hospizstudie 2017 lag der Anteil dieser beiden Personengruppen an der Gesamtzahl der behandelten Patienten und Patientinnen bei 92,5 % (Menschen mit geistiger Behinderung) bzw. 11,3 % (Menschen mit Migrationshintergrund). Weitere Gruppen, bei denen eine spezielle Versorgung vonnöten ist, sind im Kinderhospiz nicht vertreten.

### **Trauerangebote**

Die meisten der im Fragebogen aufgelisteten Trauerangebote gehören nach eigener Aussage nicht zum Versorgungsangebot der betrachteten Einrichtung. Dennoch stellt das Hospiz ein breites Angebot für Angehörige zur Verfügung, welches im Regelfall „gelegentlich“ oder „oft“ von den Trauernden in Anspruch genommen wird. Dazu gehören neben der Möglichkeit der Aufbewahrung des Verstorbenen gemeinsame Gedenkfeierlichkeiten, Einzelbegleitungen, geleitete Trauergruppen (auch speziell für Geschwisterkinder) sowie Selbsthilfegruppen für Geschwisterkinder. Außerdem nannte das Kinderhospiz die Kunsttherapie als weiteres Angebot. Der in der Hospizstudie 2017 erwähnte Mütter- und Vätertreff sowie die Trauergruppe für verwaiste Großeltern wurden diesmal nicht angegeben.

### **Corona-Schutzmaßnahmen**

Zur Eindämmung der Corona-Pandemie ergriff das Kinderhospiz diverse Sicherheitsvorkehrungen: Neben Besuchseinschränkungen, Isolationsmaßnahmen und dem Schließen von Aufenthaltsräumen wurden ein Annahmestopp eingeführt und individuelle Angebote für die Hospizbewohner und -bewohnerinnen eingestellt. Außerdem nannte das Hospiz die tägliche Testung der Patienten und Patientinnen, die Nutzung von Online-Konferenzmöglichkeiten und das Tragen von FFP2-Masken.

### **Herausforderungen und Veränderungen während der Pandemie**

Die Ergebnisse zeigen, dass das Kinderhospiz zahlreiche pandemiebedingte Veränderungen registrierte. Neben der psychischen Belastung der Mitarbeitenden, Personalmangel, dem Rückgang der Anzahl ehrenamtlich Tätigen, verzögerten Einweisungen bzw. Entlassungen sowie Unklarheiten bzgl. neuer Vorschriften teilte das Hospiz mit, dass sich Schwierigkeiten im Umgang mit der einrichtungsbezogenen Impfpflicht auftraten.

Die Einrichtung verzeichnete eine Zunahme des hospizlichen Bedarfs. Als weitere Veränderungen bezüglich des Versorgungsbedarfs gab das Kinderhospiz den Wegfall von Pflegediensten sowie eine Zunahme an Krisenaufnahmen an.

In Puncto Personal teilte das Hospiz mit, dass die Zahl der Ärzte und Ärztinnen seit Pandemiebeginn sogar angestiegen sei. Personelle Rückgänge gab es hingegen in der Pflege, der Sozialarbeit sowie dem Ehrenamt. Als unverändert wurden die Bereiche der Seelsorge, der therapeutischen Gesundheitsfachberufe und der Trauerbegleitung wahrgenommen.

### **Zwischenfazit**

Das einzige in Sachsen existierende stationäre Kinderhospiz nahm an der Befragung teil und beantwortete den Fragebogen vollständig. Die Einrichtung konnte bereits für die im Rahmen der Hospizstudie 2017 durchgeführte Befragung gewonnen werden, wodurch die Ergebnisse der Vorgänger- und der aktuellen Studie gut miteinander vergleichbar sind. Das Hospiz versorgt insgesamt 115 Patienten und Patientinnen aus 13 sächsischen Landkreisen/kreisfreien Städten sowie aus Gebieten außerhalb Sachsens.

Gemäß Eigenangabe beträgt die Wartezeit auf einen Hospizplatz durchschnittlich 18 Wochen. Die Angaben hierbei variieren in Bezug auf die Angaben in der Hospizstudie 2017. So wurde damals in Bezug auf die finale Phase keine Wartezeit angegeben, jedoch auf geplante Entlassungsaufnahmen verwiesen, welche mit einer Wartezeit verbunden wären.

Im Kinderhospiz arbeitet anteilig mehr ehrenamtliches Personal (n = 100), wenngleich den Angaben zufolge aufgrund der Corona-Pandemie ein Rückgang dieser Mitarbeitendengruppe zu verzeichnen ist. Die Zahl der hauptamtlich Tätigen ist seit 2017 von 49 auf 73 gestiegen.

Das Hospiz Bärenherz ist gut vernetzt; mit der Hälfte der im Fragebogen gelisteten Leistungserbringenden der palliativmedizinischen bzw. hospizlichen Versorgung arbeitet die Einrichtung zusammen. Eine Organisation innerhalb eines Versorgungsnetzwerks besteht jedoch nicht und befindet sich auch nicht in Planung.

Über 90 % der Patienten und Patientinnen sind unter 18 Jahren alt. Ein großer Teil der Hospizbewohner und -bewohnerinnen weist eine geistige Behinderung auf; auch Menschen mit Migrationshintergrund gehören zu den im Bärenherz behandelten Patienten und Patientinnen mit besonderem Versorgungsbedarf. Die Anteile beider Patienten- und Patientinnengruppen sind im Vergleich zur letzten Befragung gestiegen.

Das Hospiz verfügt über eine breite Palette an Trauerangeboten. Zwei der in der Hospizstudie 2017 genannten Trauerangebote fielen diesmal weg; dafür wurde die Möglichkeit der Kunsttherapie neu erwähnt.

Seit Pandemiebeginn wurden zahlreiche Maßnahmen eingeleitet, um die Hospizbewohner und -bewohnerinnen, deren Angehörige und die Mitarbeitenden vor Covid-19 zu schützen. Bärenherz setzte dabei z. B. auf Besuchsverbote und Annahmestopps; auf einige in anderen Einrichtungen genannte Maßnahmen, wie die Reduzierung des Körperkontakts sowie Ausgangsbeschränkungen, wurde hingegen verzichtet.

Coronabedingte Hürden bestanden bspw. in personellen Veränderungen und psychischer Belastung des Personals. Daneben gab die Einrichtung an, Schwierigkeiten bezüglich der Impfpflicht zu haben. Der Bedarf an hospizlicher Versorgung stieg seit Pandemiebeginn gemäß den Ergebnissen an, genauso wie die Zahl der Ärzte und Ärztinnen. Therapeutische Bereiche indes blieben unverändert, während die Zahl der Sozialarbeitenden, Pflegekräfte und Ehrenamtlichen sank.

### 6.2.3.7 Befragungsergebnisse Palliativstationen

In Vorbereitung der durchgeführten Befragung wurden alle 34 Palliativstationen in sächsischen Krankenhäusern kontaktiert.<sup>39</sup> 24 sicherten einer Teilnahme zunächst zu, nur 17 (51,2 %) konnten schließlich den Fragebogen ausfüllen – 10 davon vollständig. Damit ist die Rücklaufquote unter den Palliativstationen bei dieser Befragung deutlich höher und die Ergebnisse damit aussagekräftiger als bei der vorangegangenen Befragung (hier nur 26,7 % Beteiligung). Bis auf die Landkreise Bautzen, Görlitz und Nordsachsen nahm aus allen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten mind. 1 Palliativstation an der Befragung teil. Aus dem Erzgebirgskreis und dem Leipziger Land liegen sogar jeweils 3 Befragungsergebnisse vor.

Gemeinsam stellen die teilnehmenden Palliativstationen 147 Betten, in einer Spanne zwischen 3 und 14. Der Mittelwert von 8,6 Betten entspricht nahezu dem der vorangegangenen Befragung (dort 8,7). Im Befragungszeitraum wurden dort durchschnittlich 205,6 Patienten und Patientinnen betreut (basierend auf den Angaben von 16 der 17 Stationen). Dieser Durchschnittswert ist im Vergleich zur vorangegangenen Befragung merklich niedriger (dort 226,3 Patienten und Patientinnen), wobei hier anzahlmäßig nur halb so viele Stationen antworteten.

#### Wartezeit

Bei 10 von 16 Palliativstationen gibt es keine Wartezeit. Bei 3 Stationen liegt sie bei zwei Wochen. Zwei weitere Stationen geben 1 resp. 3 Wochen Wartezeit an.

#### Versorgungsregion

Die meisten Palliativstationen betreuen neben Patienten und Patientinnen aus ihrer eigenen auch Patienten und Patientinnen aus weiteren Regionen mit. Auf lediglich 3 Stationen trifft dies nicht zu. Durchschnittlich wird für die 14 hierzu Angaben machenden Stationen die Versorgung von Patienten und Patientinnen aus 3,3 Regionen (in Sachsen) angegeben. Der Erzgebirgskreis ist die am meisten mitversorgte Region (7 Nennungen), gefolgt von Mittel- und Nordsachsen (je 4 Nennungen). Lediglich Patienten und Patientinnen aus der kreisfreien Stadt Chemnitz werden nur regional versorgt. Darüber hinaus versorgen 6 von 16 Stationen insgesamt 54 Personen aus vier benachbarten Bundesländern.

#### Personalausstattung

Pflegekräfte mit der Zusatzqualifikation „Palliative Care“ sind in den meisten Palliativstationen, die hierzu Angaben machten, vertreten (9 von 10). Diese Berufsgruppe ist auch zahlenmäßig mit insgesamt 78 Personen deutlich am stärksten vertreten. Die zweitstärkste Gruppe bilden die Pflegekräfte ohne Fortbildung in „(Pädiatrische) Palliative Care“ mit insgesamt 38 Personen verteilt auf 6 Stationen. Auf 8 von 10 Stationen sind Ärzte und Ärztinnen mit einer Zusatzweiterbildung in Palliativmedizin angestellt. 3 der im Fragebogen zur Auswahl stehenden Berufsgruppen sind bei keiner Station vertreten (Pflegekräfte mit Zusatzqualifikation sowie andauernder Weiterbildung in „Pädiatrische Palliative Care“ und Fachkinderpfleger bzw. -pflegerinnen für Palliativ- und Hospizpflege).

Insgesamt sind auf den Palliativstationen durchschnittlich 18 hauptamtlich Beschäftigte tätig (basierend auf den Angaben von 12 Stationen), nur wenige Stationen werden von ehrenamtlich Mitarbeitenden unterstützt: Bei 10 Stationen liegt die Spanne zwischen 0 und 6 Ehrenämtern.

---

<sup>39</sup> Die Selektion erfolgte auf Basis von Krankenhäusern, die im Rahmen einer durch das SMS initiierten Umfrage angaben, über eine Palliativstation zu verfügen.



Ein ausgebildeter Trauerbegleiter bzw. eine ausgebildete Trauerbegleiterin steht lediglich auf 1 Station zur Verfügung (hauptamtlich).

Zum Verhältnis zwischen Vollzeit und Teilzeitbeschäftigung liegen zu wenige Aussagen der Befragungsteilnehmer und -teilnehmerinnen vor, um belastbare Aussagen generieren zu können. Es zeigt sich jedoch grundsätzlich die Tendenz zur Teilzeitbeschäftigung.

## Vernetzung

Alle Palliativstationen, die den Themenkomplex zur Vernetzung beantwortet haben (n = 9), stehen in Verbindung mit einem SAPV-Team, 8 der 9 Stationen mit einem stationären Hospiz (vgl. Abbildung 12). Weiterhin sind viele Stationen mit anderen Stationen im Krankenhaus (n = 7) sowie mit in Palliativmedizin weitergebildeten Hausärzten und -ärztinnen bzw. Fachärzten und -ärztinnen vernetzt. Mit anderen Palliativstationen unterhalten dagegen nur 2 der befragten Stationen eine Vernetzung. Ergänzend wurde einmal die Seelsorge im eigenen Krankenhaus als weiterer Partner genannt.

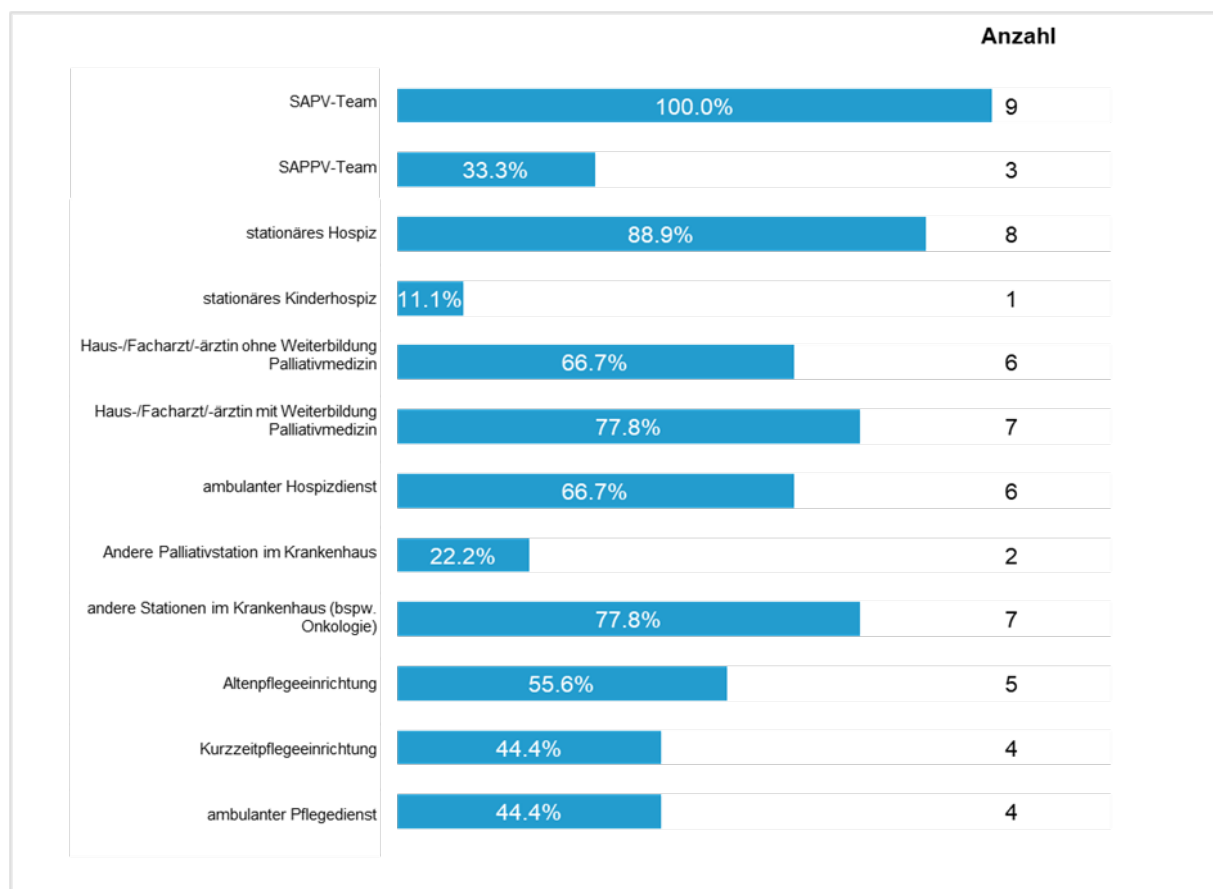


Abbildung 12: Vernetzung von Palliativstationen mit anderen Einrichtungen und Diensten (n = 9)

Darüber hinaus gaben 3 Palliativstationen an, in einem Netzwerk organisiert zu sein, eine weitere hat dies zukünftig vor.

## **Altersstruktur und Versorgung mit besonderem Bedarf**

Mehrheitlich werden auf den Palliativstationen Personen über 60 Jahren betreut – die drei Altersgruppen 61–70, 71–80 und > 80 sind dabei etwa gleich stark vertreten und bilden zusammen 82,7 % ab. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren wurden auf den Palliativstationen nicht betreut. Angaben zur Altersstruktur der Patienten und Patientinnen machten allerdings nur 6 der teilnehmenden Stationen, die Verhältnisse beziehen sich dabei auf eine Gesamtzahl von 1.197 Patienten und Patientinnen.

Die 6 Palliativstationen machten weiterhin Angaben zur Personengruppen mit besonderem Versorgungsbedarf. Hier bilden die Demenzerkrankten eindeutig die größte Gruppe (74 Patienten und Patientinnen). Als weitere Gruppe wurden Patienten und Patientinnen mit multiresistenten Keimen benannt (n = 50). Menschen mit Migrationshintergrund, geistiger Behinderung, in Vollzeininrichtungen sowie Wohnungslose wurden nur vereinzelt genannt.

## **Trauerangebote**

Da nur 2 der teilnehmenden Palliativstationen den Themenkomplex zu den Trauerangeboten beantworteten, ist eine quantitative Auswertung dieser vorliegend nicht möglich. Die von den Hospizen genannten Angebote (darunter die Möglichkeit zur Aufbahrung, gemeinsame Gedenkfeiern, Einzelbegleitungen und das Trauercafé) wurden jedoch von den Angehörigen mehrheitlich „oft“ genutzt (betrifft 4 von insgesamt 5 genutzten Angeboten).

## **Corona-Schutzmaßnahmen**

Zum Schutz vor Infektionen gaben 9 Palliativstationen an, verschiedene Maßnahmen ergriffen zu haben. Dabei war die Isolation von erkrankten Patienten und Patientinnen am weitesten verbreitet (8 von 9). Angehörige und Ehrenamtliche konnten bei je 6 Stationen Besuche nicht wie gewohnt wahrnehmen; weiterhin gaben 6 Stationen als Maßnahme Ausgangsbeschränkungen für Patienten und Patientinnen an. Einen Aufnahmestopp mussten 2 der 9 Stationen aussprechen. Als weitere Maßnahme wird von 2 Stationen das regelmäßige Testen genannt. Eine Palliativstation musste aus Gründen von pandemiebedingten Ressourcen- und Personalengpässen zum 19.05.2021 schließen.

## **Herausforderungen und Veränderungen während der Pandemie**

Nahezu alle Stationen (8 von 9) nahmen während der Pandemie je eine erhöhte physische Belastung des Personals und aufgrund vermehrter Krankheitsstände auch Personalengpässe wahr. Diese Herausforderungen wurden z. T. auch im Rahmen offener Antwortmöglichkeiten erneut unterstrichen. Die weiteren acht im Fragebogen vorgeschlagenen Auswirkungen (darunter der Mangel digitaler Kommunikationsmöglichkeiten sowie an Schutzausrüstung und Testmöglichkeiten, der Rückgang des Anteils ehrenamtlicher und die eingeschränkte Verfügbarkeit von Medikamenten) wurden von deutlich weniger Stationen ausgewählt (im Schnitt von 2,1 Stationen).

Diesem Eindruck entgegen steht die Tendenz zu unveränderten Personalressourcen in allen genannten Berufsgruppen. Die Antwort „unverändert“ wurde berufsgruppenübergreifend durchschnittlich von 64,3 % der teilnehmenden 10 Stationen ausgewählt. Eine Abnahme im pflegerischen Bereich und bei therapeutischen Gesundheitsberufen nahmen je 30 % wahr.

Auch die Bedarfe blieben zumeist unverändert, hier besteht jedoch eine leichte Tendenz der Zunahme. Je 2 Stationen sahen Mehrbedarfe in der palliativmedizinischen Beratung von Angehörigen sowie bei der Aktualisierung von Patientenverfügungen.

## Zwischenfazit

Die Hälfte der Palliativstationen in sächsischen Krankenhäusern nahmen an der Befragung teil (17 von 34), jedoch liegen nur 10 vollständig ausgefüllte Fragebögen vor. Nichtsdestotrotz ist die Rücklaufquote etwa doppelt so hoch wie in der Hospizstudie 2017, wodurch die Ergebnisse belastbarer sind. Die Zahl der Betten ist im Zeitvergleich etwa gleichgeblieben und liegt derzeit bei durchschnittlich 8,7. Im Mittel wurden im Beobachtungszeitraum 205,6 Patienten und Patientinnen behandelt. Diese stammen überwiegend auch aus weiteren Regionen, sodass eine Station i. d. R. Patienten und Patientinnen aus 3,3 Regionen versorgt. Hinzu kommt die Mitversorgung der benachbarten Bundesländer. Bei der Mehrheit (10 von 16 Stationen) gibt es keine Wartezeiten.

Die größte Patienten- und Patientinnengruppe bilden die über 60-Jährigen, darunter sind die über 80-Jährigen mit 29,7 % von allen Patienten und Patientinnen am stärksten vertreten. Nur 5 % der Patienten und Patientinnen sind unter 51 Jahren alt. 5 Stationen machten Angaben zur Versorgung besonderer Personengruppen; einen besonderen Versorgungsbedarf stellt die Gruppe Demenzerkrankten (n = 74) dar. Auch Patienten und Patientinnen mit multiresistenten Keimen (n = 50) sind hier von Bedeutung.

Die häufigste Angabe der personellen Ressourcen ist „Pflegekräfte mit Zusatzqualifikation ‚Palliative Care‘“ von 9 Stationen. Im Schnitt werden 7,8 Personen angestellt, ein großer Teil davon in Teilzeit. Alle dazu Angaben machenden Stationen (9) sind mit einem SAPV-Team vernetzt, die meisten auch mit einem stationären Hospiz. Durchschnittlich wurde alle im Fragebogen genannten Leistungserbringenden (insgesamt 12) von 5,2 Stationen ausgewählt – dies spricht für den hohen Vernetzungsgrad der Palliativstationen. Nichtsdestotrotz sind jedoch nur 3 dieser 9 Stationen in einem Netzwerk organisiert. Nur 1 Station hat einen bzw. eine (hauptamtlichen) Trauerbegleitung; Trauerangebote werden „oft“ genutzt – durch die geringe Beteiligung bei dieser Frage (2 Stationen) kann diese Aussage nicht auf andere Palliativstationen übertragen werden.

Durch die Corona-Pandemie musste der Personendurchlauf auf den Stationen eingeschränkt werden. Dies betraf bei 6 von 9 Stationen die Besuche von Angehörigen und Ehrenamtlichen, ebenso viele Stationen gaben Ausgangsbeschränkungen für Patienten und Patientinnen als Maßnahme an. Die Isolation von Erkrankten war mit Anwendung in 8 von 9 Stationen die meistgenutzte Maßnahme. Ebenso viele Stationen litten unter psychischen Belastungen des Personals sowie Personalausfällen. Bei den Bedarfen gibt es eine leicht zunehmende Tendenz, zu- meist wurden sie jedoch gleichbleibend wahrgenommen.

### 6.2.3.8 Befragungsergebnisse stationäre Pflegeeinrichtungen

Für die Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen wurden 1.038 Einrichtungen in Sachsen kontaktiert. Die Auswahl der Einrichtungen erfolgte auf Basis eines uns zur Verfügung gestellten Registers. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Einrichtungen, die mehrere Versorgungs- bzw. Vertragsbereiche aufweisen, nur jeweils einmal berücksichtigt wurden. Bei der Auswahl wurde das ursprüngliche Verhältnis der Versorgungs- bzw. Vertragsbereiche berücksichtigt. Von den insgesamt 100 teilnehmenden Einrichtungen sendeten 63 den Fragebogen vollständig<sup>40</sup> ausgefüllt zurück. Aus allen Landkreisen nahm mindestens 1 Pflegeeinrichtung an der Befragung teil,

---

<sup>40</sup> „Vollständig“ ist im Rahmen der Befragung definiert als Fragebogen, den die Einrichtungen/Dienste bis zum Abschluss durchgearbeitet und zudem abgeschickt haben. Dennoch können z. T. fehlende Angaben zu einzelnen Fragen vorliegen, da die Fragebogenprogrammierung lediglich eine Pflichtfrage vorsah. Dadurch variiert im weiteren Verlauf teilweise die Anzahl an zu berücksichtigenden Fragenbögen fragenspezifisch.

wobei einzig aus Chemnitz kein vollständig, sondern nur ein teilweise ausgefüllter Fragebogen vorliegt. 85 Einrichtungen nannten die Zahl der Bewohner und Bewohnerinnen, die sie im Jahr 2021 insgesamt behandelt haben; im Mittel waren das ungefähr 71 Personen.

### **Wartezeit**

83 stationäre Pflegeeinrichtungen machten Angaben zur Wartezeit. 54 von ihnen antworteten mit „Ja“ auf die Frage, ob es für die Versorgung in ihrer Einrichtung eine Wartezeit gebe. Die durchschnittliche Wartezeit in diesen Einrichtungen lag zum Zeitpunkt der Befragung bei 7,4 Wochen.

### **Versorgungsregion**

Knapp die Hälfte der diesen Themenkomplex beantwortenden Pflegeeinrichtungen (38 von 84; 45 %) betreut neben Menschen aus der eigenen auch Bewohner und Bewohnerinnen aus weiteren Regionen mit. Zumeist erstreckt sich die Versorgungsregion so auf insgesamt 2 (16 Einrichtungen) oder 3 Landkreise/kreisfreie Städte (13 Einrichtungen). 1 Einrichtung gab an, 5 oder mehr Regionen zu versorgen. Die meisten Bewohner und Bewohnerinnen, die außerhalb des eigenen Landkreises/der eigenen kreisfreien Stadt in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden, stammen laut vorliegender Befragung aus Chemnitz und Mittelsachsen – 11 bzw. 10 Einrichtungen gaben an, Bewohner und Bewohnerinnen aus diesen Regionen mitzuversorgen. Die Befragungsergebnisse zeigen jedoch, dass Bewohner und Bewohnerinnen jedes Landkreises bzw. jeder kreisfreien Stadt auch in stationären Pflegeheimen anderer Regionen versorgt werden. 27 Einrichtungen betreuen außerdem auch Bewohner und Bewohnerinnen aus anderen Bundesländern, bei den meisten (15) stammen diese aus Thüringen.

### **Personalausstattung**

Den Frageblock zur Personalausstattung beantworteten 58 der 100 an der Befragung teilnehmenden stationären Pflegeheime. Von ihnen gaben 41 an, Pflegekräfte ohne spezielle Zusatzausbildung zu beschäftigen, womit diese Personengruppe das am häufigsten genannte Personalprofil darstellt. In 27 der 58 Einrichtungen sind außerdem Mitarbeitende aus sonstigen Gesundheitsfachberufen beschäftigt, wie z. B. aus dem Bereich Physiotherapie oder Ergotherapie. 23 Pflegeheime gaben an, mindestens eine Pflegekraft mit dem Zusatzprofil „Palliative Care“ zu beschäftigen, wobei diese in einem Großteil der Fälle (41 %) in Teilzeit angestellt sind. Im Mittel arbeiten laut den Ergebnissen in jeder dieser 23 Einrichtungen 2,4 Personen mit einer solchen Zusatzqualifikation. In 4 der an der Befragung teilnehmenden Pflegeheime sind außerdem Pflegekräfte tätig, die zum Zeitpunkt der Befragung dabei waren, die eben genannte Weiterbildung „Palliative Care“ zu absolvieren. In 6 Pflegeheimen sind Pflegekräfte mit abgeschlossenem Curriculum „Palliative Praxis“ (40 Stunden) beschäftigt; 9 weitere Einrichtungen gaben an, professionelle Pflegekräfte mit einer Fortbildung im Schmerzmanagement oder -therapie verpflichtet zu haben. Keines der Pflegeheime verfügt den Angaben zufolge über eine Fachpflegekraft für Palliativ- und Hospizpflege.

## Palliativmedizinische und hospizliche Versorgungsangebote

Von den befragten Pflegeheimen antworteten 74 auf die Frage nach palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsangeboten. Die zentralen Ergebnisse sind der Abbildung 13 zu entnehmen. In einem Großteil der Einrichtungen (90,5 %) gibt es laut den Angaben ein schriftliches Konzept zur Sterbebegleitung. 70,3 % stellen Bewohner und Bewohnerinnen in der letzten Lebensphase eine seelsorgerische Betreuung zur Verfügung und jeweils etwas mehr als ein Drittel der Einrichtungen setzt auf Palliativbeauftragte (39,2 %) und/oder sonstige palliativmedizinische bzw. hospizliche Versorgungsangebote (33,8 %). Ebenfalls ein gutes Drittel (37,8 %) bietet seinen Bewohner und Bewohnerinnen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und trägt damit der Ende 2017 im HPG formulierten Empfehlung Rechnung.

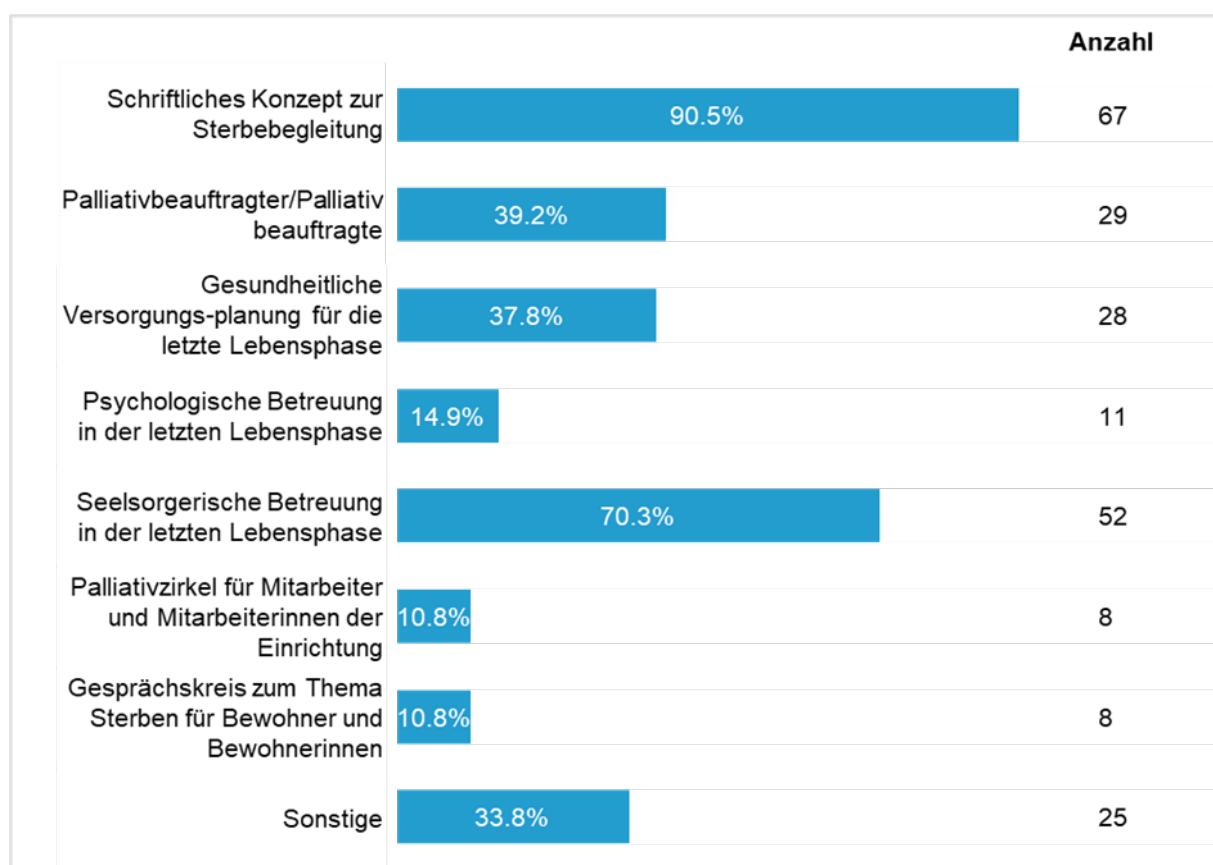
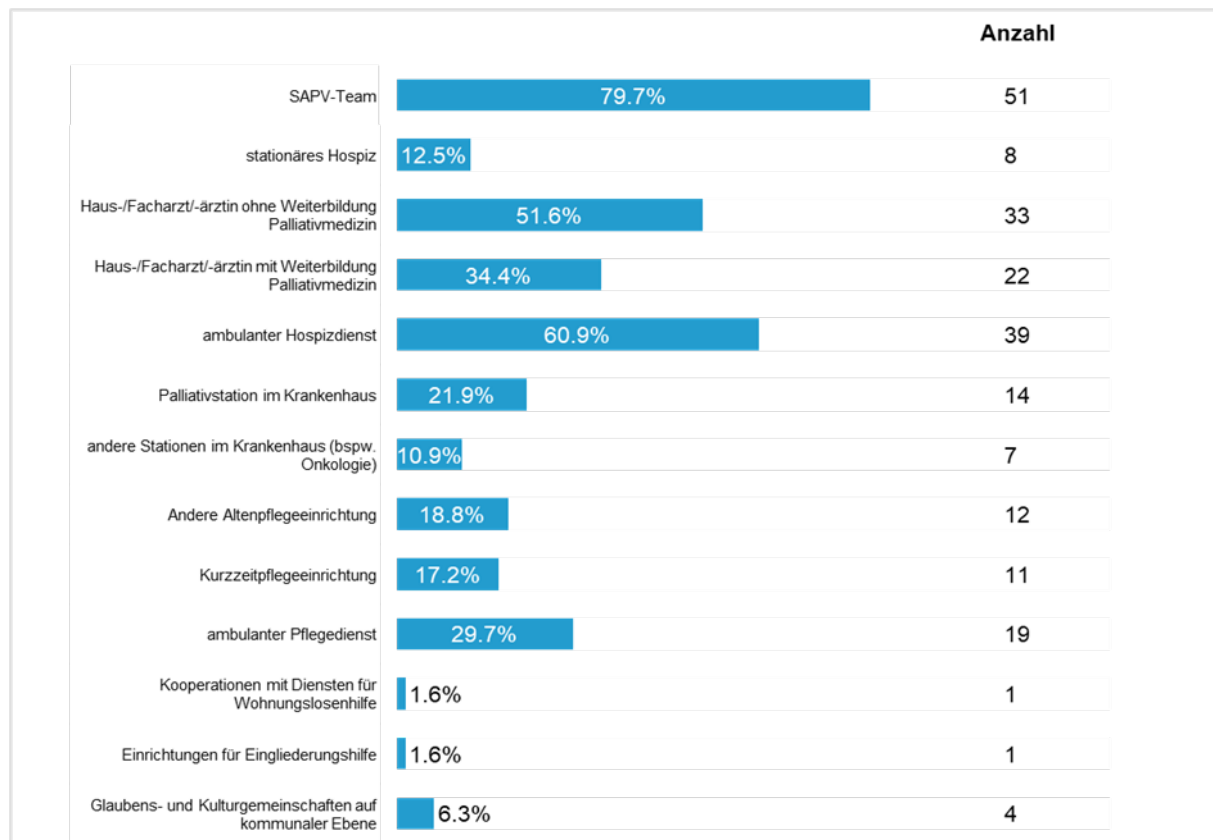


Abbildung 13: Palliativmedizinische und hospizliche Versorgungsangebote der stationären Pflegeheime (n = 74)

## Vernetzung

64 der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen machten Angaben zur Vernetzung mit anderen Leistungserbringenden der Hospiz- und Palliativversorgung. Aus der Abbildung 14 geht hervor, dass 51 und somit knapp 80 % der Pflegeeinrichtungen eine Zusammenarbeit mit SAPV-Teams pflegen. Mehr als die Hälfte kooperiert zudem mit AHD (60,9 %) sowie mit Hausärzten und -ärztinnen sowie Fachärzten und -ärztinnen, die über keine Weiterbildung in der Palliativmedizin verfügen (51,6 %). Hausärzte und -ärztinnen bzw. Fachärzte und -ärztinnen, die eine solche Zusatzausbildung vorweisen können, zählen in ca. einem Drittel der Fälle (34,4 %) zu den Vernetzungspartnern und -partnerinnen stationärer Pflegeheime. Mit Palliativstationen in Krankenhäusern bzw. stationären Hospizen arbeiten lediglich 21,9 % bzw. 12,5 % der befragten Einrichtungen zusammen. Dieser Anteil ist im Vergleich zur Hospizstudie 2017

leicht gesunken – damals arbeiteten 34,8 % der befragten Einrichtungen mit Palliativstationen und 21,7 % mit stationären Hospizen zusammen, wobei hier jedoch anzumerken ist, dass 2017 lediglich Altenpflegeheime, nicht aber andere Arten stationärer Pflegeeinrichtungen in die Befragung einbezogen wurden. 15 der 64 in der vorliegenden Studie befragten Pflegeeinrichtungen (23,4 %) sind zudem in einem regionalen Versorgungsnetzwerk organisiert.



**Abbildung 14: Vernetzung der stationären Pflegeeinrichtungen mit anderen Einrichtungen und Diensten (n = 64)**

### Trauerangebote

Ungefähr die Hälfte der teilnehmenden Pflegeheime bietet die Möglichkeit von Einzelbegleitungen, gemeinsamen Gedenkfeierlichkeiten sowie der Aufbewahrung von Verstorbenen; diese Trauerangebote werden von den Angehörigen auch häufig in Anspruch genommen (vgl. Abbildung 15). Sogenannte Trauercafés, geleitete Trauergruppen und Selbsthilfegruppen für Trauernde bilden nur in seltenen Fällen einen Bestandteil des Versorgungsangebotes der Pflegeheime. Für den Fall, dass eine Einrichtung eine der zuletzt genannten Dienstleistungen doch anbietet, wird diese jedoch auch nur selten von trauernden Angehörigen genutzt.

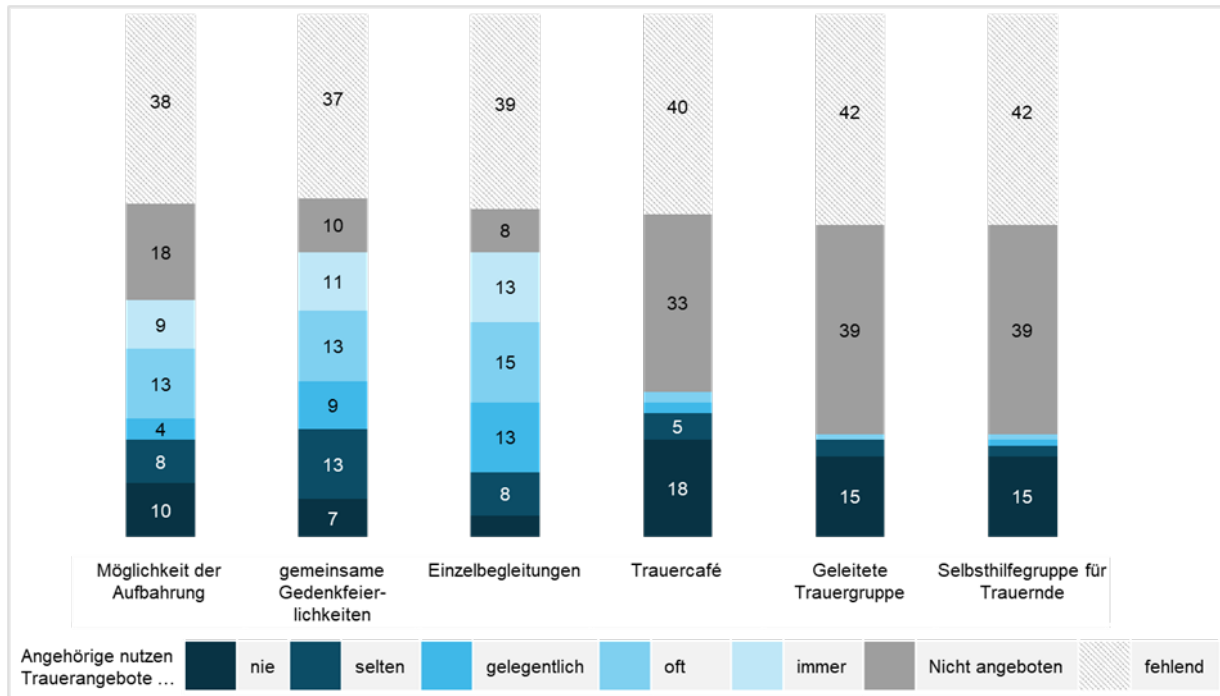


Abbildung 15: Trauerangebote der stationären Pflegeheime (n = 100)

### Corona-Schutzmaßnahmen

63 stationäre Pflegeeinrichtungen übermittelten Informationen zu speziellen, im Zuge der Corona-Pandemie eingeleiteten Maßnahmen. Von 53 Einrichtungen (84,1 %) und damit am häufigsten genannt wurde die Isolation von erkrankten Bewohner und Bewohnerinnen, dicht gefolgt von Besuchsverboten bzw. -einschränkungen für Angehörige, die 50 stationäre Hospize (79,4 %) zum Schutz ihrer Bewohner und Bewohnerinnen einführten. In diesem Frageblock machten die Pflegeheime im Vergleich zu den anderen abgefragten Themenbereichen auffällig viele offene Angaben bezüglich weiterer, nicht im Fragebogen angeführter Schutzmaßnahmen. Am häufigsten wurden hier regelmäßige Corona-Testungen genannt.

### Herausforderungen und Veränderungen während der Pandemie

In Bezug auf die mit der Pandemie einhergehenden Hürden nannten 59 und somit 96,7 % der 61 stationären Pflegeeinrichtungen, die hierzu Angaben machten, die psychische Belastung des Personals als Herausforderung. 56 Pflegeheime (92 %) berichteten außerdem über Schwierigkeiten aufgrund des Personalmangels, der aus den erhöhten Krankenständen resultierte. Auch zu diesem Thema wurden zahlreiche weitere, offene Angaben gemacht. Beispiele für solche Nennungen sind Planungsunsicherheiten, die psychische Belastung der Bewohner und Bewohnerinnen oder Auseinandersetzungen mit Angehörigen wegen eingeführter Schutzmaßnahmen.

Pandemiebedingte Veränderungen verorteten die meisten Pflegeheime eher im personellen Bereich. Hier sticht insbesondere der Pflegesektor hervor: Ein Viertel der insgesamt teilnehmenden Einrichtungen teilte mit, in diesem Bereich personelle Rückgänge zu verzeichnen. Auch die Zahl ehrenamtlich Tätiger sank in vielen stationären Einrichtungen. Ein anderes Bild zeichnen die Befragungsergebnisse in Bezug auf die Bedarfsversorgung – hier beschrieb der Großteil der Pflegeheime eine im Vergleich zur präpandemischen Lage unveränderte Situation.

## Zwischenfazit

Aus der Gruppe der stationären Pflegeeinrichtungen konnten 100 Einrichtungen für die Befragung gewonnen werden, womit die Stichprobe der vorliegenden Befragung deutlich größer ist als in der Hospizstudie 2017 (damals wurden lediglich 23 stationäre Einrichtungen befragt). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass für die Hospizstudie 2017 eine Zufallsstichprobe gezogen wurde, für den Hospiz- und Palliativbericht Sachsen 2022 hingegen eine Vollerhebung angestrebt wurde, was in einer variierenden Grundgesamtheit resultiert. Damals wurde sich zudem lediglich auf stationäre Altenpflegeheime beschränkt; eine solche Eingrenzung fand diesmal nicht statt.

Von 84 Einrichtungen versorgt ungefähr die Hälfte Menschen aus anderen Versorgungsregionen – meist aus Chemnitz oder Mittelsachsen – mit. Bei knapp einem Drittel dehnt sich das Versorgungsgebiet auch auf benachbarte Bundesländer aus.

Hinsichtlich der Personalausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen ergab die Befragung, dass Pflegekräfte mit der Fortbildung „Palliative Care“, Pflegekräfte ohne die im Fragebogen aufgelisteten Fortbildungen sowie „sonstige“ Angestellte zu den häufigsten Personalprofilen gehören. Die meisten Mitarbeitenden sind in einem Teilzeit-Arbeitsverhältnis beschäftigt.

Zu den wichtigsten Kooperationspartnern sächsischer Pflegeheime zählen Teams der SAPV. Der Großteil der Einrichtungen ist gemäß eigenen Angaben nicht in einem Netzwerk organisiert.

Die Ergebnisse belegen zudem die große Bedeutung hospiz- und palliativmedizinischer Versorgungsangebote in den befragten Einrichtungen. Diesbezüglich können im Vergleich zur Hospizstudie 2017 kaum Veränderungen festgestellt werden: Analog zu den Resultaten von 2017 legen auch die aktuellen Ergebnisse die besondere Relevanz eines schriftlichen Konzepts zur Hospiz- und Palliativversorgung offen – ein solches konnten fast alle Einrichtungen vorweisen, die Angaben zu diesem Themenblock machten. Fester Bestandteil des Versorgungsangebotes vieler stationärer Einrichtungen ist ebenfalls die seelsorgerische Betreuung von Angehörigen; auch dieses Ergebnis deckt sich mit den Resultaten von 2017. Das vom HPG intendierte Angebot einer gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase wird von ungefähr einem Drittel der Pflegeeinrichtungen, die sich hierzu äußerten, bereitgestellt.

Nach wie vor eine wichtige Rolle spielen auch diverse Trauerangebote für angehörige Personen, wobei hier besonders die Möglichkeit der Aufbewahrung der verstorbenen Person, gemeinsame Gedenkfeierlichkeiten sowie Einzelbegleitungen zu erwähnen sind. Die Resultate zeigen, dass die genannten Dienstleistungen tatsächlich auch häufig von Angehörigen zur Trauerbewältigung genutzt werden.

Zu den am häufigsten ergriffenen Corona-Schutzmaßnahmen zählen die Isolation der Bewohner und Bewohnerinnen und die Einschränkung der Besuchsrechte für Angehörige. Als große pandemiebedingte Herausforderungen für stationäre Pflegeeinrichtungen können den Befragungsergebnissen zufolge der neu entstandene Mangel an klinischem Personal, insbesondere an Pflegefachkräften, sowie die psychische Belastung der Mitarbeitenden gelten.



## 7. Handlungserfordernisse und -empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung

### 7.1 Evaluation der Umsetzung der zentralen Handlungsempfehlungen der Hospizstudie 2017

Im Rahmen der Hospizstudie 2017 wurde eine Vielzahl an Handlungsbedarfen für die verschiedenen Settings der Hospiz- und Palliativversorgung herausgearbeitet. So wurde damals ein Handlungsbedarf in der Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung durch die **Aufnahme von Grundlagen der Hospiz- und Palliativversorgung in den Lehrplan für die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. zur Gesundheits- und Krankenpflegerin** identifiziert. Der Bedarf galt genauso für den neu zu erstellenden Rahmenlehrplan für den Bildungsgang zum Pflegefachmann bzw. zur Pflegefachfrau. Diesen konnte der Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. (LVHP) durch verschiedene Handlungsmaßnahmen umsetzen: So fand u. a. Mitarbeit an Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG über die Bildung einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin statt, ebenso erfolgte das Angebot des LVHP die Umsetzung in den sächsischen Lehrplan fachlich zu begleiten. Auch wirkt der LVHP durch aktive Mitarbeit in der Sektion Pflege der DGP zur Evaluierung der Umsetzung der Rahmenpläne mit. Erste Ergebnisse werden hier im IV. Quartal 2022 erwartet. Auch ist die Erhöhung der Motivation der Leistungserbringenden zur Kontaktaufnahme der Ausbildungseinrichtungen, um fachliche Expertise bzw. Praktikumsplätze im Bereich der Hospizarbeit und Palliativversorgung anzubieten, in der Umsetzung fortlaufend. Parallel dazu laufen Unterstützungen von Modellprojekten, z. B. mit dem Universitätsklinikum Dresden.

Ein weiterer Handlungsbedarf wurde 2017 im Bereich der **Entwicklung von Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für spezialisierte Versorgungsbereiche und Pflegeheime** beschrieben. Hierfür ist im Jahr 2023 die Durchführung eines Sächsischen Hospiz- und Palliativgespräches zum Thema „Qualitätssicherung in der Hospizarbeit und Palliativversorgung – was bedeutet das konkret“ durch den LHPV geplant. Noch in der Umsetzung befinden sich der „Arbeitskreis stationäre Hospize“ und der „Arbeitskreis Kinder und Jugendliche“, wobei bei ersterem die Erarbeitung eines gelebten Qualitätsmanagement-Systems auf der Grundlage des „Bundesrahmenhandbuches stationäre Hospize, Qualität sorgsam gestalten“ im Fokus steht. Dies geschieht in Absprache mit den Krankenkassen auf Landesebene. Der „Arbeitskreis Kinder und Jugendliche“ befasst sich mit der Erarbeitung eines gelebten Qualitätsmanagement-Systems für die Prozessqualität und fokussiert sich hierbei speziell auf die Ausbildung ehrenamtlicher Hospizbegleitender. In der Umsetzung bereits erfolgt ist die Durchführung des Sächsischen Hospiz- und Palliativgespräches zum Thema „Palliativdienste im Krankenhaus“.

Außerdem wurde als weitere Handlungsmaßnahme der **Ausbau des Nationalen Hospiz- und Palliativregisters** zur Erleichterung einrichtungsbezogener Qualitätssicherung und Information der Einrichtungen empfohlen. Das Nationale Hospiz- und Palliativregister wird durch eine Steuerungsgruppe, gemeinsam gegründet von der DGP und dem DVHP, geführt, beraten und begleitet. Die Inhalte dieses Registers wurden zuletzt 2019 geprüft, hierbei wurden kleinere Aktualisierungen vorgenommen.

Auch wurde 2017 als Handlungsmaßnahme die **Erarbeitung konsentierter Kriterien zur Steuerung des Versorgungsprozesses** (insb. welche Symptome bzw. gegebenenfalls Erkrankungen zu welchem Zeitpunkt welche Versorgungsform erfordern) formuliert. Um den Fachaus-tausch und die Vernetzung zu fördern, wurde u. a. das 10. Sächsische Hospiz- und Palliativgespräch mit dem Thema „Altes-Neues in der ambulanten Hospizarbeit und ambulanten

Palliativversorgung“ durchgeführt. Mit geplantem Abschluss Ende 2022 findet derzeit (Stand Mai 2022) noch die aktive Mitarbeit an den Verhandlungen der Bundesrahmenverträge zur SAPV statt. Zudem ist für das IV. Quartal 2022 ein Thementag rund um das Thema „Umsetzung Rahmenverträge SAPV in Sachsen“ angesetzt.

Handlungsbedarf wurde auch in der **Erarbeitung von Regelungen** identifiziert, bspw. wie **Patienten und Patientinnen, die im Kindes- oder Jugendalter lebenslimitierend erkranken, nach Erreichen des Erwachsenenalters bedarfsgerecht weiterversorgt werden können**. Hierfür erfolgt fortlaufend ein bundesweiter Austausch der „AG Kinder und Jugendliche“, ebenso wird ggf. ein Sächsisches Hospiz- und Palliativgespräch zu dieser Thematik im Jahr 2023 stattfinden.

Als weitere Maßnahme wurde die **Überarbeitung und regelmäßige Überprüfung von Empfehlungen der Fachgesellschaften zur bedarfsgerechten Versorgung** empfohlen. Um den Bedarf der Bevölkerung möglichst adäquat abzubilden, sollten die Empfehlungen mortalitätsadjustiert, der Bedarf für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche getrennt angegeben, der Bedarf für stationäre Hospiz- und Palliativbetten getrennt angegeben sowie regelmäßig entsprechend der Präferenzen der Bevölkerung aktualisiert werden. Hinsichtlich derartiger Adjustierungen erfolgte keine Überarbeitung der Richtwerte durch die Fachgesellschaften.

Die **Schaffung einer stets aktuellen Datenbasis der je Bundesland vorhandenen Hospiz- und Palliativangebote sowie die Ausweisung der Palliativbetten im Landeskrankenhausplan Sachsen** wurde 2017 als weiteres Handlungsfeld identifiziert. Hierfür erfolgte die Aufnahme der Palliativdienste im Krankenhaus im Sinne des OPS 8-98h, ebenso wie eine jährliche Überarbeitung des Sächsischen Hospiz- und Palliativführers.

Auch sahen die Auswertungen im Jahr 2017 Handlungsbedarfe bei der **Schaffung regionaler Hospiz- und Palliativbeauftragter** zur Koordination der Versorgungsangebote für Schwerstkranken und deren Angehörige und zum Ausbau der Vernetzung zwischen Leistungsanbietenden der allgemeinen und spezialisierten Versorgung vor. Hierfür setzt der LVHP auf eine fortlaufende bundesweite Mitarbeit im Rahmen der Träger der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ und die aktive Beteiligung an den Beratungsgesprächen zur Förderrichtlinie des § 39d SGB V auf Bundesebene. Zudem wurde das 14. Sächsische Hospiz- und Palliativgespräch zur Umsetzung des § 39d SGB V durchgeführt sowie ein Informationsaustausch im Landesarbeitskreis Hospiz (LAK) initiiert.

Im Hinblick auf die Finanzierungsgrundlagen der Hospiz- und Palliativversorgung durch Krankenkassen wurde eine stärkere qualitätsgesicherte **Überprüfung der Palliative-Care-Weiterbildung** als Handlungsmaßnahme empfohlen. Nach wie vor wird seitens der Krankenkassen keine Zertifizierung der Palliative-Care-Kurse durch die DGP gefordert, sondern alle Kurse anerkannt, die einen ausreichenden Stundenumfang haben. Eine Zertifizierung ist somit weiterhin nicht finanzierungsrelevant.

Als weitere Handlungsmaßnahme wurde 2017 der **Ausbau der regionalen Netzwerktreffen** unter Einbezug von Leistungserbringenden der allgemeinen Palliativversorgung gesehen. Hierfür regte der LVHP die Durchführung von Netzwerkkonferenzen in den Landkreisen Mittelsachsen, Erzgebirgskreis, Zwickau sowie in den Städten Dresden und Leipzig als Modellprojekte für die zukünftige Umsetzung durch Koordinatoren und Koordinatorinnen regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke an.

Ebenso wurde die **Erarbeitung von Konzepten zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit besonderen Bedarfen**, bspw. Menschen mit Demenz, gefor-

dert. Hierfür wurde eine fortlaufende Zusammenarbeit des LVHP mit der Landesinitiative Demenz Sachsen etabliert. Ebenso erfolgte die Durchführung des 9. Sächsischen Hospiz- und Palliativgespräches zum Thema „Hospizarbeit und Palliativversorgung bei Menschen mit Demenz“, wobei eine Neuauflage des Gespräches für das Jahr 2024 in Planung steht.

Als weitere Handlungsempfehlung wurde die **Stärkung der perinatalen Palliativversorgung** durch Schaffung regionaler Ansprechpartner und -partnerinnen für betroffene Familien, ebenso wie die Schaffung von Regelungen der Kostenübernahme ausgewiesen. Zur Umsetzung der Empfehlung wurde zum einen die Gründung des Sächsischen Kinderpalliativzentrums unterstützt und zum anderen ist der LVHP seither Beiratsmitglied für das Sächsische Kinderpalliativzentrum.

Im Setting der ambulanten Hospizarbeit wurde u. a. Handlungsbedarf in der zielgruppenorientierten Ansprache zur Gewinnung neuer ehrenamtlich Helfenden identifiziert, gegebenenfalls ergänzt um die Analyse der **Bedarfe ehrenamtlich Helfender zur Sicherung eines langfristigen Engagements**. Hierfür erfolgte zum einen die Planung und Durchführung des 12. Sächsischen Hospiz- und Palliativgespräches zum Thema „Ehrenamt – eine wichtige Säule in der Hospizarbeit und Palliativversorgung“, ebenso wie die 7. Fachtagung für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des DHPV e.V. mit dem Schwerpunkt „Ehrenamt gewinnt“. Ebenso wurde die Ehrung des jungen Ehrenamts durch das BMFSFJ im Juni 2019 durch den LVHP unterstützt. Des Weiteren ist ein Thementag für das Jahr 2023 in Planung. Diese Gewinnung neuer Ehrenamtlicher wurde auch im Rahmen der Experten- und Expertinneninterviews angesprochen. Diese erfolgt individuell durch die Leistungserbringenden, wobei ersichtlich wurde, dass sich mittlerweile vermehrt auch jüngere Menschen ehrenamtlich im hospizlichen Bereich engagieren. Die Gewinnung dieser erfolgt zum einen durch übliche Maßnahmen, wie z. B. Flyer oder Zeitungsannoncen, zum anderen erfolgt die Gewinnung nun auch zunehmend digital über Social Media und Ausschreibungen auf den Homepages.

In der ambulanten Hospizarbeit wurde außerdem ein Handlungsbedarf im **Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit**, insb. in Landkreisen mit unterdurchschnittlichem Anteil an sterbebegleiteten Verstorbenen, detektiert. Pressearbeit im Rahmen der Netzwerkkonferenzen konnte hierbei bereits erfolgen, wobei die Erarbeitung eines Öffentlichkeitskonzeptes noch in Arbeit ist, ebenso wie die fortlaufende Beteiligung an der Kampagne „#dasistpalliativ“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Auch durch eine SMS-Fortbildungsveranstaltung zum Thema "Öffentlichkeitsarbeit für ambulante Hospizdienste" im Jahr 2021 wurde diese Handlungsempfehlung umgesetzt.

In Bezug auf die Landesförderung im Bereich der ambulanten Hospizarbeit wurde eine Überarbeitung der **Förderung ambulanter Hospizdienste** nach FRL Hospiz mit einem Fokus auf u. a. der Förderung allgemeiner Trauerangebote von AHD empfohlen. Die FRL Hospiz ist inzwischen nicht mehr existent, jedoch wurden ihre Inhalte in die RL Gesundheit und Versorgung integriert. Gegenstände der Förderung sind hier u. a. die Beratung und Begleitung trauernder Angehöriger und Gestaltung sowie die Vermittlung von Trauerangeboten und anderen entsprechenden Hilfe- und Unterstützungsangeboten. Zudem wurde in der Hospizstudie 2017 die Beibehaltung der Förderung für AKHD empfohlen. Auch diese erfolgt weiterhin.

Auch wurde die Schaffung von **Trauerangeboten für verwaiste Großeltern, Jugendliche und junge Erwachsene** durch den LVHP unterstützt. Hierfür wurde z. B. das Projekt „Räume für Trauernde“ in den Arbeitskreisen des LVHP ausgewertet und bei der Fortbildungsveranstaltung des SMS für ambulante Hospizdienste am 19.11.2019 vorgestellt. Ebenso besteht eine aktive Mitarbeit in der Fachgruppe „Trauer“ des DHPV und am Rahmenkonzept für die Qualifizierung zur Trauerbegleitung und Trauerarbeit im Kontext von Hospizarbeit und Palliativversorgung. In

Planung ist zusätzlich die Gründung eines Arbeitskreises zum Thema Trauerberatung und -begleitung im III. Quartal 2022.

Hinsichtlich der **stationären Hospizversorgung** wurde als Handlungsmaßnahme die Inbetriebnahme geplanter Kapazitäten, insbesondere in der Region Dresden empfohlen. Zum Zeitpunkt der Erstellung der Hospizstudie 2017 befand sich ein Hospiz in Torgau im Bau sowie drei weitere Hospize in Bischofswerda, Dresden und Niesky in Planung. Alle vier Hospize wurden mittlerweile in Betrieb genommen. Zudem wurde die Standortsteuerung bei weiterem Kapazitätsausbau der stationären hospizlichen Versorgung empfohlen. Im Rahmen der Experten- und Expertinneninterviews wurde ersichtlich, dass der Standort neuer Hospize in großem Maße vom Träger der Einrichtung abhängt und die Landespolitik keine verbindliche oder gesetzliche Grundlage hat, hierbei eine Standortsteuerung vorzunehmen.

Im Bereich der **SAPV** wurden im Rahmen der Hospizstudie 2017 Handlungsbedarfe in der kapazitätsmäßigen Anpassung hinsichtlich eines weiteren SAPV-Teams im Landkreis Zwickau identifiziert und ggf. weiterer regionaler Anpassungsbedarf aufgrund schwieriger Erreichbarkeit sowie die Entwicklung von Indikatoren zur Sicherstellung einheitlicher Qualitätsstandards. Daraufhin erfolgte seitens des LVHP eine transparente Darstellung der Einzugsgebiete der SAPV-Teams in Sachsen, ebenso wie die aktive Mitarbeit bei den Verhandlungen der Bundesrahmenverträge SAPV (Erwachsene und Kinder & Jugendliche). Fortlaufend erfolgt eine bundesländerübergreifende Zusammenarbeit und die Mitarbeit in der Zertifizierungskommission der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Im Bereich der stationären Palliativversorgung wurde als Handlungsempfehlung die **Entwicklung von Indikatoren zur Sicherstellung einheitlicher Qualitätsstandards für Palliativstationen** formuliert. Hierfür steht der LVHP fortlaufend im Austausch mit dem Arbeitskreis (AK) stationäre Palliativversorgung. Auch erfolgt eine gemeinsame Überprüfung der OPS-Kriterien in Abstimmung mit dem Medizinischen Dienst Sachsen (MD Sachsen) sowie eine aktive Mitarbeit in der Zertifizierungskommission Palliativstation der DGP, wodurch wiederum der Wissenstransfer in den AK stationäre Palliativversorgung gewährleistet wird.

Zugleich wurde für die stationäre Palliativversorgung der weitere **Ausbau der allgemeinen palliativen Kompetenz und Stärkung der Vergütung allgemeiner stationärer palliativmedizinischer Leistungen** angeregt. Hierfür etablierte der LVHP zum einen die Mitarbeit in der AG stationäre Palliativversorgung der DGP, ebenso wie die Zusammenarbeit mit der Sächsischen Krankenhausgesellschaft, wobei hierbei die Aufarbeitung der Probleme während der Pandemie eine tragende Rolle spielt. Zudem wurde seitens des LVHP in Zusammenarbeit mit der Sächsischen Krankenhausgesellschaft eine Informationsveranstaltung zum Thema „Palliativdienste im Sinne des OPS 8-98h zur Unterstützung der allgemeinen stationären Palliativversorgung“ ausgetragen.

Des Weiteren wurde als Handlungsmaßnahme die **Bündelung spezialisierter stationärer Palliativstationen unter Berücksichtigung von Erreichbarkeiten in größeren Krankenhäusern, z. B. durch Knüpfung der Vergütung an Mindestmengen**, empfohlen. Der LVHP gibt hier jedoch an, dass eine strukturelle Bündelung der spezialisierten Palliativstationen aufgrund der Herausnahme der Palliativstationen aus dem Sächsischen Krankenhausplan nicht mehr möglich sei.

Ebenfalls wurde in der Hospizstudie 2017 für die stationäre Palliativversorgung die Integration der verschiedenen Leistungssektoren, z. B. durch die **Errichtung palliativmedizinischer Kompetenzzentren** empfohlen. Hierzu steht der LVHP bei der Unterstützung und der fachlichen Beratung der Gründung des Sächsischen Kinderpalliativzentrums zur Seite. Ebenso setzt sich

der LVHP unterstützend für die Implementierung eines Lehrstuhls für Palliative Care in Sachsen ein.

Im Versorgungsbereich der **stationären Pflegeeinrichtungen** wurden Handlungsbedarfe in der Stärkung der palliativen Kompetenzen i. V. m. Vergütungsanpassungen und der Entwicklung von geeigneten Qualitätsindikatoren (z. B. personelle Mindestanforderungen) und der Kontrolle dieser Qualitätsindikatoren identifiziert. Beide Bedarfe sind, laut eigenen Angaben, keine primären Themen des LVHP, die fachliche und strukturelle Beratung der Implementierung in den stationären Pflegeeinrichtungen erfolge jedoch regelmäßig.

Ein weiterer Handlungsbedarf wurde 2017 in der **Stärkung der Vernetzung spezialisierter Leistungserbringenden** (SAPV, AHD) gesehen. Die Umsetzung der Handlungsempfehlung erfolgte seitens des LVHP mithilfe der Durchführung des 10. Sächsischen Hospiz- und Palliativgespräches zum Thema „Altes-Neues in der ambulanten Hospizarbeit und ambulanten Palliativversorgung“ sowie durch regelmäßige Videokonferenzen der Arbeitskreise, bei welchen der LVHP die organisatorische Plattform und Vernetzung stellt. Hierdurch soll ein themenbezogener Austausch zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringenden gefördert werden.

## **7.2 Umsetzungsstand der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ im Freistaat Sachsen**

Im Zuge der gemeinsamen Unterzeichnung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ durch den Freistaat Sachsen gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden im Jahr 2021<sup>41</sup> wurde die Landes- und Kommunalpolitik Sachsens zu einer Vielzahl von Maßnahmen aufgerufen. Die in der Charta formulierten Ziele (vgl. auch Kapitel 3.3.2) hat der Freistaat Sachsen – in vielen Bereichen praktisch umgesetzt durch die Arbeit des LVHP – erfolgreich adressiert oder angestoßen. Zu nennen sind hierbei insbesondere die erfolgreiche Moderation und Koordinierung der verschiedenen Akteure und Akteurinnen sowie die Förderung der regionalen Vernetzung (vgl. auch Kapitel 3 sowie die Ergebnisse der Experten- und Expertinneninterviews). Mit Koordinierungsstellen und durch den LVHP initiierte Netzwerkkonferenzen sind geeignete und von den verschiedenen Akteuren und Akteurinnen rege genutzte Strukturen und Formate geschaffen worden, die die Vernetzung im hospizlich-palliativen Bereich wesentlich unterstützen. Auch Initiativen zur Förderung der nationalen, über den Freistaat Sachsen hinausgehenden Vernetzung von Akteuren und Akteurinnen der Hospiz- und Palliativversorgung wurden durch den LVHP initiiert. Zu nennen ist hier bspw. die kontinuierliche Mitarbeit im Rahmen der Träger der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ und die aktive Beteiligung an den Beratungsgesprächen zur Förderrichtlinie des § 39d SGB V auf Bundesebene. Das SMS organisiert überdies bundesweite Umfragen zu den Förderinitiativen, speziell im Bereich der Hospizversorgung.

Eine Unterstützung bei der Entwicklung von Hospiz- und Palliativkompetenz sowie Integration hospizlicher und palliativmedizinischer Grundsätze in die Curricula von Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens leistete der LVHP ebenfalls durch seine aktive Mitarbeit, bspw. bei der Erarbeitung von Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG über die Bildung einer Arbeitsgruppe der DGP und die fachliche Unterstützung von deren Umsetzung in den sächsischen Lehrplänen. Daneben unterstützt der LVHP den Ausbau des Angebots an Praktikumsplätzen in der Hospiz- und Palliativversorgung (vgl. auch Kapitel 3).

Langfristig soll die Charta dazu beitragen, in der Gesellschaft sowie auf allen administrativen und fachlichen Ebenen ein größeres Bewusstsein und Verständnis für die Themen Sterben, Tod

---

<sup>41</sup> Das Sozialministerium des Freistaates Sachsen unterzeichnete die Charta bereits im Jahr 2016.

und Gestaltung der letzten Lebensphase herzustellen. Hierfür sind die kontinuierliche Fortführung und der Ausbau wirksamer Öffentlichkeitsarbeit bei allen mit der Hospiz- und Palliativversorgung assoziierten Versorgungsbereichen, Leistungserbringenden und Berufsgruppen sowie bei Patienten und Patientinnen, Angehörigen und Bürgern und Bürgerinnen erforderlich. LVHP und SMS sind auch in diesen Kontexten aktiv und tragen bspw. mittels Kampagnen und Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Öffentlichkeitsarbeit zur Umsetzung der Ziele der Charta bei (vgl. auch Kapitel 3).

Auch im Rahmen der Experten- und Expertinneninterviews wurde die Charta und deren Umsetzungsstand im Freistaat Sachsen thematisiert. Wenngleich mit Unterzeichnung der Charta eine größere Präsenz der Hospiz- und Palliativversorgung in der politischen Wahrnehmung einherging, ist diese in der Gesamtgesellschaft nach Einschätzung der Experten und Expertinnen weiterhin wenig bekannt. Für die Leistungserbringenden in der Hospiz- und Palliativversorgung hat die Charta auf die tägliche Versorgung von Patienten und Patientinnen zudem noch immer wenig Einfluss. Eine detaillierte Beschäftigung mit der Charta und die Integration dieser in den Versorgungsalltag scheitert, insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen, an der Versorgungsrealität und den damit einhergehenden zu geringen zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen. Auch der Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen wird in der Charta zwar thematisiert, im Versorgungsalltag jedoch noch unzureichend umgesetzt. Gleichwohl wurde die „praktische“ Umsetzung der Charta in erheblichem Maße von den Auswirkungen der Corona-Pandemie ausgebremst.

Ein weiteres in der Charta formuliertes Ziel betrifft die Förderung eines gerechten Zugangs für besonders vulnerable Personengruppen (Menschen mit Migrationshintergrund, Demenzkranke, Kinder und Jugendliche, Menschen mit geistiger Behinderung, Wohnungslose und Menschen im Justizvollzug). In Bezug auf die besonderen Bedarfe, die bei der Sterbebegleitung dieser Menschen durch AHD entstehen, spielen von den in der Charta hervorgehobenen Personengruppen in Sachsen weiterhin an Demenz erkrankte Menschen in Sachsen eine wesentliche Rolle. Zur Unterstützung der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung dieser Personen mit besonderen Bedarfen wurde, ebenfalls vom LVHP, eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit der Landesinitiative Demenz in Sachsen etabliert. Das Thema „Hospizarbeit und Palliativversorgung bei Menschen mit Demenz“ war zudem Schwerpunkt des 9. Sächsischen Hospiz- und Palliativgesprächs. Im Vergleich zu 2017 hat sich laut den befragten sächsischen Leistungserbringenden der Anteil an Sterbebegleitungen bei Menschen mit Migrationshintergrund etwas erhöht. Diese Entwicklung und damit verbundene Anforderungen an die Versorgungsstrukturen sollten – im Sinne der Ziele der Charta – weiterhin evaluiert werden.

Der Ausbau von Kapazitäten im hospizlich-palliativen Bereich wurde seit der Umsetzung der ersten Hospizstudie 2013 kontinuierlich und unter Berücksichtigung der im Rahmen der darauffolgenden Hospizstudie 2017 ermittelten Bedarfe finanziell gefördert und angepasst. Die Kontinuität der wissenschaftlich unterstützten Berichterstattung im 4-Jahres Turnus wird überdies den Zielen einer regelmäßigen Überprüfung der Bedarfe im Freistaat sowie der Unterstützung von Forschungs- und Evaluationsprojekten zur Hospiz- und Palliativversorgung gerecht.

## **7.3 Ableitung aktualisierter Handlungsempfehlungen**

### **7.3.1 Versorgungsstrukturen-übergreifende Implikationen**

Die Qualitätssicherung in Bezug auf die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung allgemein, aber auch für die jeweils tätigen Einrichtungen und Dienste im Speziellen ist bedeutsam für die hospizliche-palliative Versorgung und deren Weiterentwicklung. Dies ist aktuell bspw.

durch das **Nationale Hospiz- und Palliativregister** möglich, in dem Patienten- und Patientinendaten der spezifischen Versorgungsstrukturen z. B. hinsichtlich der Morbidität oder der individuellen Versorgungssituation gesammelt und (aggregiert) verglichen werden können. Limitationen bestehen jedoch u. a. dahingehend, dass eine regionale Zuordnung der Einrichtungen und Dienste sowie der Patienten und Patientinnen (aktuell) nicht möglich ist und somit keine aggregierten Vergleiche auf Ebene der Landkreise oder Bundesländer erfolgen können. Zugleich ist die Teilnahme der Einrichtungen und Dienste freiwillig, mit zusätzlichen Kosten für diese verbunden und abhängig von dem Einverständnis der Patienten und Patientinnen. Entsprechend ist mit Selektionseffekten zu rechnen, die eine vergleichende Auswertung und damit Qualitätssicherungsmaßnahmen erheblich erschweren. Für eine fortlaufende Qualitätssicherung und für die Identifikation von Handlungsbedarfen auf Basis systematisch erhobener Registerdaten wäre eine verpflichtende Teilnahme zu forcieren. Darüber hinaus ist eine regionale Zuordnung der Daten erstrebenswert, da hierdurch potenzielle Problemfelder nicht nur in Hinblick auf die verschiedenen Versorgungsstrukturen, sondern zudem auch auf regionaler Ebene aufgezeigt werden können. Für die Minimierung von Selektionseffekten in Bezug auf die Patienten und Patientinnen kann die Generierung und entsprechende Verwendung von Gewichtsvariablen in Betracht gezogen werden.

Für bundeslandübergreifende vergleichende Analysen des Bestandes an hospizlich-palliativen Leistungserbringenden sowie als Informationsquelle für Patienten und Patientinnen und Angehörige bietet sich der **Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland** (DGP, 2022) an. Dieser liefert neben den Adress- und Kontaktdaten der Leistungserbringenden zudem relevante Strukturdaten, bspw. die Anzahl an Betten von stationären Einrichtungen. Einschränkend ist hierbei zu erwähnen, dass auch diese Aufnahme in das Register freiwillig ist und die hinterlegten Informationen auf Eigenangaben der Leistungserbringenden basieren. Somit kann ein vollständiges Bild der hospizlich-palliativen Leistungserbringenden nicht gewährleistet werden und bei Bestandsanalysen auf Grundlage dieses Registers sind potenzielle Selektionseffekte zu berücksichtigen. Eine bundesweit verpflichtende Teilnahme aller an der hospizlich-palliativen Versorgung beteiligten Dienste und Einrichtungen würde ein vollständiges Bild der Versorgungsstrukturen in Deutschland einen Informationsgewinn, vor allem für Patienten und Patientinnen und Angehörige, ermöglichen.

Die im Rahmen der Berichterstellung vorgenommenen Bedarfsanalysen (und -prognosen) für den Freistaat Sachsen basieren auf den **Empfehlungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften für eine bedarfsgerechte Hospiz- und Palliativversorgung**. Limitationen zeigen sich hierbei dahingehend, dass regionale Besonderheiten in Bezug auf die Bevölkerung, bspw. der Altersstruktur, Morbidität oder Mortalität, aber auch hinsichtlich struktureller Voraussetzungen (z. B. dem Ausbaugrad der Infrastruktur) und somit spezifische Versorgungsbedarfe, Präferenzen oder Netzwerkstrukturen nicht berücksichtigt werden. Zugleich werden auch Mitversorgungseffekte (regional und überregional) in den Empfehlungen nicht bedacht. In den für den Hospiz- und Palliativbericht Sachsen 2022 durchgeführten Analysen wurde aus diesem Grund eine Adjustierung der Richtwerte für die Anzahl Verstorbener in den Regionen sowie für den Anteil von Kindern und Jugendlichen vorgenommen. Vor diesem Hintergrund sollten die Empfehlungen der nationalen und internationalen Fachgesellschaften:

- mortalitätsadjustiert werden
- nach Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen getrennt ausgewiesen werden
- für die stationäre Versorgung nach dem spezifischen Bedarf für Hospiz- und Palliativbetten unterschieden werden
- infrastrukturelle Besonderheiten (ländlicher Raum/Verdichtungsraum) berücksichtigen (ggf. getrennt ausgeben)

- regelmäßig aktualisiert werden, um variierende Lebensumstände und demnach Bedarfe und Präferenzen (bspw. auf Grund von Migration und/oder Wanderungsbewegungen) adressieren zu können

Wie bereits im Rahmen der Hospizstudie 2017 adressiert, sahen die befragten Experten und Expertinnen weiterhin besondere Herausforderungen hinsichtlich der **Versorgung von Patienten und Patientinnen, die sich im Transitionsprozess vom Jugendlichen zum jungen Erwachsenen befinden**. Diese Herausforderungen ergeben sich, den Experten und Expertinnen zufolge, insbesondere durch die nicht in ausreichendem Maße vorhandene Expertise von SAPV-Teams zur Versorgung Erwachsener im Hinblick auf die Behandlung von bei Kindern und Jugendlichen diagnostizierten lebenslimitierenden, oftmals sehr seltenen Erkrankungen. Demnach schließt sich auch der vorliegende Bericht den Empfehlungen der Hospizstudie 2017 an, wonach Regelungen zu erarbeiten sind, wie im Kinder- oder Jugendalter lebenslimitierend erkrankte Patienten und Patientinnen nach dem Erreichen des Erwachsenenalters ihren Bedürfnissen entsprechend adäquat weiterversorgt werden können (Weinhold et al., 2018).

Im Rahmen der durchgeführten Experten- und Expertinneninterviews sowie der standardisierten Befragung der Leistungserbringenden wurden zudem besondere Herausforderungen und Entwicklungen im Rahmen der Corona-Pandemie thematisiert. Hierbei zeigten sich versorgungsstrukturübergreifend Tendenzen hinsichtlich hoher physischer und psychischer Belastungen des Personals, u. a. auch durch höhere Krankenstände, sowie allgemein eines Rückgangs des Personals im pflegerischen sowie ehrenamtlichen Bereich. Entsprechend haben sich Problemlagen im Bereich des Pflegepersonals, die z. T. bereits vor der Corona-Pandemie bestanden, verfestigt und/oder verstärkt. Gemäß vereinzelter Aussagen im Rahmen der Experten- und Expertinneninterviews werden diese Probleme perspektivisch eher zunehmen. Aus diesen Entwicklungen erwachsen grundsätzlich zwei zu adressierende Handlungserfordernisse: Die durch die Politik zunehmend in den Fokus des politischen Handels gestellte **Verbesserung der Pflegepersonalsituation** sollte in Verbindung mit der qualitativen Erfassung und Bewertung der Bedarfe von pflegenden Menschen weiterhin verstetigt und regelmäßig überprüft werden. Perspektivisch wäre es zur Verhinderung weiterer, durch Krisensituationen induzierter Fehlentwicklungen in der Pflege überdies empfehlenswert, **Austauschformate zur Identifizierung von dienst- bzw. einrichtungsbezogenen Best-practice-Beispielen** im Hinblick auf pandemieähnliche oder andere Krisensituationen zu etablieren.

Aus den mit der Hospizstudie 2017 an den LVHP gerichteten Empfehlungen initiierte dieser in Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren und Akteurinnen verschiedene Austauschformate (siehe Kapitel 3), deren Verstetigung hiermit empfohlen wird. Überdies sollte – unter Benennung **von verantwortlichen Ansprechpersonen** in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen – aus diesen die Aufstellung konkreter **kurz- und mittelfristiger Umsetzungspläne** erwachsen.

Die Hospizstudie 2017 empfahl vor dem Hintergrund der qualitativen Unterschiede in den **Palliative-Care-Kursen**, die GKV-Finanzierung an die Qualitätssicherung (bspw. anhand von Zertifizierungen) der Angebote zu knüpfen. Diese Empfehlung besteht weiterhin, da nach wie vor der Stundenumfang des Kurses und weniger die Qualität ausschlaggebend für die Finanzierung/Förderung ist. Zum 1. Januar 2020 gingen die drei Berufe der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und der Altenpflege durch das Pflegeberufegesetz in neu geschaffenen Berufsbild Pflegefachkraft auf, für den eine generalistische Ausbildung zu absolvieren ist. Die Gestaltung individueller Pflegeprozesse in Sterbephasen, die Kenntnis und Vermittlung palliativer Versorgungsangebote sowie die Begleitung der Trauerprozesse sind dabei expliziter Bestandteil des Curriculums. In diesem Zusammenhang sollten Evaluierungen durchgeführt werden, in welchem Umfang und welcher Tiefe Auszubildende hospizliche und palliativmedizinische Strukturen sowie die besonderen Bedarfe Sterbender im Rahmen ihrer



Ausbildung tatsächlich kennenlernen, um nach Abschluss als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann Sterbende bedarfsgerecht pflegen und begleiten zu können.

### 7.3.2 Implikationen für die Hospizversorgung Erwachsener

In Bezug auf die **ambulante Hospizversorgung** von Erwachsenen ist, gemessen an den verfügbaren ehrenamtlichen Kapazitäten, eine ausreichende Versorgung gegeben, da die 2.051 zur Verfügung stehenden Ehrenamtlichen einem errechneten Bedarf von 947–1.135 Ehrenamtlichen (Richtwert: 10–12 Ehrenamtliche je AHD) gegenüberstehen und zudem regional differenziert keine Region unter dem errechneten Sollwert liegt. Ein Großteil der Dienste, die an der standardisierten Befragung teilnahmen, weist keine Wartezeit für die Versorgung neuer Patienten und Patientinnen auf. Zudem gaben 81 % der teilnehmenden AHD an, ausschließlich Patienten und Patientinnen aus der eigenen Region zu versorgen. Eine niedrige Abdeckung im Rahmen der Zugangsbewertung (vgl. Kapitel 4.3.1) zeigt sich für den Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge. Der schlechtere Zugang zur Versorgung wird hierbei nur teilweise durch die Mitversorgung durch die Stadt Dresden aufgehoben. Weiter ist ein schlechterer Zugang zur Versorgung an den innerdeutschen Grenzen zu anderen Bundesländern festzustellen, z. B. im Süden des Vogtlandkreises und im nördlichen Nordsachsen, Meißen und Görlitz. Zu beachten ist jedoch, dass in die Berechnungen keine Standorte anderer Bundesländer einbezogen wurden. Es ist deshalb nicht auszuschließen, dass die Versorgung in diesen Regionen teilweise durch AHD in anderen Bundesländern aufgefangen werden kann.

Um die Tätigkeit der AHD sicherstellen zu können, wird aufgrund von vermehrten Renteneintritten von Koordinationskräften in den nächsten Jahren – in Abhängigkeit der Fortschreibung und Überarbeitung von § 39a SGB V hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen an hauptamtlich Beschäftigte in AHD – in den kommenden Jahren eine nachhaltige und strategische **Personalplanung** in Verbindung mit der Ableitung von **Personalrekrutierungsstrategien** ein wesentlicher Faktor sein. Die Einrichtung von geeigneten Budgets zur Finanzierung der hiermit in Verbindung stehenden Sach- und Personalkosten, z. B. im Rahmen einer neu aufzusetzenden Förderung durch den Freistaat Sachsen, würde den AHDs geeignete finanzielle Anreize und Handlungsspielräume zur Etablierung effektiver und frühzeitiger Übergabe- und Einarbeitungspläne eröffnen.

Wenngleich die „**Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland**“ durch den Freistaat Sachsen und die kommunalen Spitzenverbände unterzeichnet wurde, ist diese in der Öffentlichkeit weitestgehend unbekannt. Um die Hospiz- und Palliativversorgung in das Bewusstsein der Gesamtbevölkerung zu bringen, bedarf es nicht nur punktueller und lokaler bis regionaler Öffentlichkeitsarbeit, sondern einer Sichtbarmachung der Thematik Sterben, Tod und Trauer auf höherer Ebene, um die Bevölkerung über die Hospiz- und Palliativarbeit zu informieren und zu sensibilisieren, aber auch um ausreichend Spenden für die ambulante Hospizversorgung akquirieren zu können. Überdies könnte eine Verstetigung sowie punktuell ein weiterer Ausbau der **Öffentlichkeitsarbeit** von AHD dazu beitragen, eine bedarfsgerechtere Versorgung Sterbender insbesondere in Regionen mit unterdurchschnittlichem Anteil von sterbebegleiteten Verstorbenen zu fördern. Dies beinhaltet neben der Gewährleistung der Verfügbarkeit ehrenamtlicher Kapazitäten auch die – durch Information und Aufklärung gestützte – Generierung eines subjektiven Bedarfs und der Nachfrage nach diesen Leistungen und Angeboten.

Im Rahmen der Experten- und Expertinneninterviews wurde die aufgrund der Corona-Pandemie stark gestiegene Nachfrage nach Trauerbegleitungen ohne eine vorher stattgefundene Sterbebegleitung angesprochen, die nicht Bestandteil der Förderrichtlinie sind. Im Zuge dessen wurde die Notwendigkeit der Abgrenzung von Trauerbegleitungen im Rahmen von Sterbebegleitungen auf Fördergrundlage von § 39a SGB V betont. Erforderlich wäre demnach eine **Definition der**

**Trauerbegleitung** im Rahmen der Sterbebegleitung nach § 39a SGB V zur Abgrenzung von Trauerbegleitungen von AHDs außerhalb der durch § 39a geförderten Angebote. In Anbetracht der offenbaren, hohen Nachfrage nach diesen Leistungen sollte eine systematische Erfassung des Bedarfs für Trauerbegleitungen insbesondere von Angehörigen nicht sterbebegleiteter Verstorbener sowie eine Prüfung von Finanzierungsmöglichkeiten und Zuständigkeiten zur Deckung dieses Bedarfs erfolgen.

Für Sachsen stehen aktuell 167 Betten für die **stationäre Hospizversorgung** zur Verfügung, welche einem errechneten Bedarf von 121 Betten (Richtwert: 32 Betten je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen) bzw. 151 Betten (Richtwert: 40 Betten je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen) gegenüberstehen. Regionale Differenzen zeigen sich dahingehend, dass 2 Landkreise aktuell nicht über ein stationäres Angebot für die hospizliche Versorgung von Erwachsenen verfügen und der errechnete Mindestbedarf in 2 weiteren Landkreisen nicht gedeckt wird. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Anzahl an Betten in einigen Landkreisen den errechneten Bedarf deutlich übersteigt und somit Mitversorgungseffekte zu erwarten sind. Im Rahmen der standardisierten Befragung der Leistungserbringenden nannten die teilnehmenden Hospize eine durchschnittliche Wartezeit auf einen Hospizplatz (bzw. -bett) von 1,6 Wochen und gaben zudem an, dass neben Patienten und Patientinnen aus der eigenen Region auch Patienten und Patientinnen aus anderen Landkreisen sowie anderen Bundesländern versorgt werden. Regionale Differenzen zeigen sich zudem bei der Betrachtung des Zugangs zu den Einrichtungen (vgl. Kapitel 4.3.1). Hier zeigt sich eine niedrige Abdeckung für Gebiete in der Nähe zur tschechischen Grenze im Erzgebirgskreis, Mittelsachsen und Sächsische-Schweiz/Osterzgebirge. In Anbetracht der in der Gesamtbetrachtung ausreichenden Kapazitäten bei jedoch nicht optimaler regionaler Verteilung wäre zur Unterstützung einer bedarfsgerechten Versorgungssteuerung und Reduktion der – auch in den Experten- und Expertinneninterviews mitunter thematisierten – langen Wartezeiten für stationäre Hospizkapazitäten die Errichtung eines tagesaktuellen, digitalen Bettenregisters für alle im Freistaat Sachsen vorgehaltenen stationären Hospize ein sinnvolles Instrument zur effektiven und effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen.

Hinsichtlich der Erreichbarkeit von stationären Hospizen mittels öffentlichen Nahverkehrs wurden insbesondere in ländlichen Gebieten unzumutbare zeitliche Aufwendungen thematisiert. Diese könnten unter Umständen durch die Vernetzung weiterer regionaler Akteure und Akteurinnen, wie bspw. Fahrdienste durch gemeinnützige Vereine, aufgefangen werden. Demnach wird zunächst eine qualitative Ermittlung des Bedarfs von Sterbenden und ihren Angehörigen im Hinblick auf die durch Transportangebote zu organisierende Besuchs- und Begleitungsintensität im stationären Hospiz empfohlen, an die sich – insbesondere für Landkreise mit unterdurchschnittlichem Zugang – eine Erfassung von aktuell bereits bestehenden Vernetzungs- und Transportoptionen anschließen sollte, die ggf. für diesen Kontext angepasst oder erweitert werden könnten.

### **7.3.3 Implikationen für die Palliativversorgung Erwachsener**

Wenngleich die befragten Experten und Expertinnen der AAPV im Freistaat Sachsen in den letzten Jahren eine gute Entwicklung konstatieren, die lediglich durch die Corona-Pandemie ausgebremst worden sei, wurde im Rahmen der Interviews dennoch mehrheitlich die weiterhin bestehende Notwendigkeit einer Stärkung der AAPV angesprochen. Diese zeigt sich auch bei der Betrachtung des Anteils von Verstorbenen, für die im Jahr 2020 eine palliativmedizinische Ersterhebung (GOP 03370) abgerechnet wurde, an allen im Freistaat Sachsen in diesem Jahr verstorbenen Personen. Während dieser unadjustiert 18,6 % und bei Berücksichtigung der im Jahr 2020 aufgetretenen Übersterblichkeit 21,5 % beträgt, legen Empfehlungen der DGP nahe, dass bis zu 90 % der Versterbenden palliative Versorgung benötigen (Melching, 2015, S. 8). Demnach ist, wie bereits in der Hospizstudie 2017, weiterhin ein Ausbaubedarf im Bereich der hausärztlichen ambulanten Palliativversorgung zu konstatieren.

Pflegerische AAPV-Leistungen können seit dem Inkrafttreten der neuen HKP-Richtlinie im Jahr 2017 durch ambulante Pflegedienste erbracht werden. Den befragten Experten und Expertinnen zufolge konnten sich AAPV-Leistungen durch ambulante Pflegedienste nach HKP (Nr. 24a) jedoch bislang nicht etablieren, was auf die geringen personellen pflegerischen Ressourcen und geringe Anzahl an medizinischem Fachpersonal zurückzuführen sei. Für eine zunehmende Durchdringung dieser Leistungen wird daher eine vertiefende Analyse der dem Ausbau und der Umsetzung palliativmedizinischer Kompetenzen entgegenstehenden Barrieren von ambulanten Pflegediensten empfohlen, an die sich konkrete Handlungs- und Umsetzungskonzepte zum Ausbau dieser Kompetenzen anschließen sollten.

Hinsichtlich der SAPV wird der errechnete Bedarf an 15 Teams für Sachsen gedeckt; auch regional differenziert zeigt sich eine ausreichende Versorgung durch die jeweils aktiven SAPV-Teams. 6 der 7 an der Befragung teilnehmenden SAPV-Teams nannten keine Wartezeit für die Versorgung von neuen Patienten und Patientinnen, 1 Team nannte eine Wartezeit von 2 Wochen. 6 der teilnehmenden Teams versorgen ausschließlich Patienten und Patientinnen aus der eigenen Region, 1 Team versorgt Patienten und Patientinnen aus 3 weiteren Regionen in Sachsen und zugleich 23 Personen aus Thüringen. Unter Betrachtung des Zugangs ist eine niedrige SAPV-Abdeckung für Gebiete in der Nähe zur tschechischen Grenze im Erzgebirgskreis, in Mittelsachsen und im Landkreis Sächsische-Schweiz/Osterzgebirge, zusätzlich zudem in großen Teilen der Kreise Mittelsachsen, Meißen und Bautzen festzustellen.

Im Rahmen der Hospizstudie 2017 wurde zur Homogenisierung der Qualitätsstandards der SAPV-Teams die Entwicklung von Qualitätsindikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch die Gemeinsame Selbstverwaltung empfohlen, deren Einhaltung durch die Krankenkassen im Rahmen der Abrechnungsprüfung überwacht werden sollte. Wenngleich die Erarbeitung durch den LVHP bereits angestoßen wurde (vgl. Kapitel 3), ist der Entwicklungs- und Abstimmungsprozess zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Die Empfehlungen zu diesen Qualitätsindikatoren bleiben demnach auch im aktuellen Bericht bestehen.

Für die Versorgung auf Palliativstationen stehen in Sachsen 262 Betten zur Verfügung, womit sowohl in Bezug auf einen Richtwert von 48 Betten je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen als auch den erhöhten Richtwert von 60 Betten je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen eine gute Versorgungssituation besteht. Regional betrachtet zeigt sich ein Mehrbedarf für die Landkreise Mittelsachsen, Zwickau und Nordsachsen – da einige Landkreise jedoch deutlich über dem Sollwert liegen, besteht die Annahme, dass auf Grund von Mitversorgungseffekten potenzielle Versorgungslücken geschlossen werden können. Für einen Großteil der Palliativstationen, die an der Befragung teilnahmen, besteht keine Wartezeit auf ein Bett. Für die restlichen Einrichtungen liegt die Wartezeit zwischen 1–3 Wochen. Ein Großteil der befragten Einrichtungen versorgt zudem Patienten und Patientinnen aus anderen Landkreisen, 6 Einrichtungen überdies Patienten und Patientinnen aus anderen Bundesländern. Eine niedrige Abdeckung anhand der erreichbarkeitsgewichteten Verfügbarkeit<sup>42</sup> kann für Gebiete in der Nähe zur tschechischen Grenze im Erzgebirgskreis, Mittelsachsen und Sächsische-Schweiz/Osterzgebirge, Görlitz festgestellt werden. Zusätzlich zeigt sich eine niedrige Abdeckung im Landkreis Nordsachsen, wobei eine Mitversorgung durch Standorte in Sachsen-Anhalt zu prüfen wäre. Der Landeskrankenhausplan des Freistaates Sachsen wies ursprünglich die von den sächsischen Krankenhäusern vorgehaltenen Palliativstationen aus. Mit Verzicht auf die explizite Beplanung der Palliativbetten im aktuellen Landeskrankenhausplan wurde die Transparenz in Bezug auf die im Freistaat Sachsen vorgehaltenen stationären Palliativkapazitäten deutlich reduziert. Zur

---

<sup>42</sup> Die Angaben zur erreichbarkeitsgewichteten Verfügbarkeit von Diensten/Einrichtungen umfassen Angebote für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche und beziehen Mitversorgungen (innerhalb von Sachsen) mit ein.

transparenten Erfassung aller palliativmedizinischer Kapazitäten wird die explizite Bepflanzung der Palliativbetten und damit die Ausweisung dieser im Landeskrankenhausplan empfohlen.

Die stationäre Palliativversorgung auf den 34 Palliativstationen wird im Freistaat Sachsen von 25 palliativmedizinischen Konsiliardiensten ergänzt. Im Rahmen der für den vorliegenden Bericht durchgeführten Experten- und Expertinneninterviews zeigte sich zwischen den Experten und Expertinnen kein Konsens in Bezug auf die Angemessenheit der Vergütung stationärer palliativmedizinischer Ressourcen. Da eine nicht adäquate Vergütung mit Fehlanreizen im Hinblick auf eine in Bezug auf Dauer und/oder Qualität bedarfsgerechte Versorgung einhergehen kann, wird zunächst die Evaluierung der durch das Vergütungssystem für Palliativstationen und palliativmedizinischen Konsiliardiensten entstehenden finanziellen Anreize empfohlen, an die sich – im Falle von Fehlanreizen – eine Adaption des Finanzierungssystems anschließen sollte.

### **7.3.4 Implikationen für die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen**

In Sachsen existiert ein Hospiz zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen, welches über 10 Betten verfügt. Dahingehend ist für Sachsen bei einem Richtwert von 32–40 Betten je 1 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen, ein Mehrbedarf von 4–8 Betten festzustellen. Dabei ist zu beachten, dass das Hospiz in Markkleeberg (Westsachsen) verortet ist und dadurch die Anfahrtswege für Patienten und Patientinnen und Angehörige z. T. stark variieren können. Im Rahmen der Befragung des Hospizes wurde zudem zur Versorgung neuer Patienten und Patientinnen eine Wartezeit von 18 Wochen angegeben, wobei die Patienten und Patientinnen z. T. auch aus anderen Bundesländern kommen.

Für die ambulante hospizliche Versorgung in Sachsen wird mit 220 Ehrenamtlichen der errechnete Bedarf von 110–132 Ehrenamtlichen (Richtwert: 10–12 Ehrenamtliche je AKHD) gedeckt. Zu beachten ist hierbei, dass insgesamt nur 6 Landkreise/kreisfreie Städte über entsprechende Dienste verfügen. Da diese jedoch eine deutlich über dem Sollwert liegende Anzahl an Ehrenamtlichen aufweisen, kann eine Mitversorgung der Landkreise ohne eigene AKHD vermutet werden. Im Rahmen der standardisierten Befragung wurde für 2 der 3 teilnehmenden Dienste angegeben, dass keine Wartezeit hinsichtlich der Aufnahme neuer Patienten und Patientinnen besteht, 1 Dienst nannte eine Wartezeit von 4 Wochen. Darüber hinaus gaben 2 der 3 Dienste an, auch Patienten und Patientinnen aus anderen Landkreisen zu versorgen. Einigen der befragten Experten und Expertinnen zufolge sei die Finanzierung der AKHD nicht ausreichend, da die ihr zugrunde liegende Rahmenvereinbarung die besonderen Belange der Kinder- und Jugendhospizarbeit nicht in ausreichendem Maße berücksichtige, sodass AKHD vermehrt auf die ergänzende Landesförderung und Spenden angewiesen seien. Da die Arbeit von AKHD im Vergleich zur Hospizarbeit sterbender Erwachsener durch größere Einzugsgebiete, eine höhere Anzahl zu berücksichtigender Netzwerkpartner und -partnerinnen sowie aufgrund von Familienstrukturen zu begleitender Menschen geprägt ist, sollten aktuelle Bestrebungen zur Überarbeitung der Rahmenvereinbarung und damit zur Adaption der Finanzierung weiterhin verfolgt und umgesetzt werden.

Für die SAPPV in Sachsen existiert aktuell 1 Team, welches gemäß Bedarfsrechnung, mit Ausnahme des westlichen Vogtlandes, das ganze Bundesland versorgen kann. Für Gebiete, die durch dieses Team nicht abgedeckt sind, sind Mitversorgungseffekte durch Teams aus angrenzenden Bundesländern/Gebieten zu erwarten, da im Rahmen der SAPPV eine bundeslandübergreifende Versorgung vorgesehen ist. Gemäß den Ergebnissen der standardisierten Befragung weist das SAPPV-Team keine Wartezeit für neue Patienten und Patientinnen aus. Versorgt werden laut Eigenangabe Patienten und Patientinnen aus allen 13 Landkreisen/kreisfreien Städten in Sachsen und darüber hinaus 4 Patienten und Patientinnen aus Brandenburg.

### **7.3.5 Implikationen für die Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen**

Im Rahmen der Experten- und Expertinneninterviews wurde die Ansiedelung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen als nicht ideal und mit einem Stellenschlüssel von 1:400 Leistungsberechtigten als nicht ausreichend angesehen. Diese sollte vielmehr in einer früheren Lebensphase und als niedrigschwelliges Angebot erfolgen. Um dies sicherzustellen, sollte eine Ausweitung der gesundheitlichen Versorgungsplanung in weitere Bereiche (hausärztliche Versorgung; niedrigschwellige kommunale Beratungsstruktur) erwogen werden.

Gleichwohl spiegelten befragte Experten und Expertinnen grundsätzlich positive Entwicklungen im Hinblick auf den Grad der Vernetzung stationärer Einrichtungen mit spezialisierten hospizlichen und palliativmedizinischen Diensten und Einrichtungen sowie der Anzahl der in stationären Einrichtungen durchgeführten Sterbebegleitungen wider. Mitunter gebe es auf Trägerebene vereinzelt Vorbehalte, den Bewohner und Bewohnerinnen Sterbebegleitungen durch AHDs zu ermöglichen. Die direkte Ansprache der stationären Pflegeeinrichtungen durch die AHDs kann eine Chance bieten, diese Vorbehalte abzubauen und damit zunehmend Sterbebegleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen.

In Hinblick auf die hospizliche und palliativmedizinische Begleitung von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen gibt es zudem verbunden mit deren zugrundeliegender Morbidität eine unterschiedliche Durchdringung – so wird die Begleitung bspw. bei onkologisch erkrankten Patienten und Patientinnen bereits regelhaft umgesetzt, da entlassende onkologische Abteilungen in den Krankenhäusern für eine entsprechende Weiterbehandlung sorgen. Bei nicht onkologisch erkrankten Patienten und Patientinnen fehlt meist diese koordinierende Schnittstelle und die Versorgung ist noch immer vielfach nicht bedarfsgerecht organisiert und ausgestaltet. Dieses Problem wird durch die Tatsache, dass diese Leistungen zusätzlich personelle Ressourcen in Pflegeeinrichtungen binden, weiter verschärft. Grundsätzlich existieren zudem kaum Ansatzpunkte für die Bewertung des hospizlichen und palliativmedizinischen Bedarfs in den stationären Pflegeeinrichtungen; an dieser Stelle ist weitere Forschung notwendig.

## 8. Fazit

Die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung wurden im Freistaat Sachsen verglichen mit den im Jahr 2017 dokumentierten Strukturen weiter ausgebaut. Dies gilt insbesondere für die stationären Kapazitäten. Die Hospizversorgung wurde im Vergleich zu 2017 mit vier weiteren Hospizen und 44 zusätzlichen Betten zur Versorgung Erwachsener deutlich erweitert und umfasst nunmehr insgesamt 14 Einrichtungen zur Versorgung sterbender Erwachsener und eine Einrichtung zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Kinder und Jugendlicher. Es existieren damit insgesamt ausreichend Kapazitäten, wobei aufgrund der nicht ausgewogenen Verteilung der Standorte noch Optimierungsbedarf hinsichtlich des Zugangs besteht. Die Erreichbarkeit mindestens eines stationären Hospizes mit einem PKW ist innerhalb von 60 Minuten ausgehend von jedem Standort in Sachsen gegeben. Die ÖPNV-Abdeckung fällt hingegen deutlich schlechter aus: in einer 60-minütigen Anreisezeit ist nur für 51 % der sächsischen Bevölkerung ein stationäres Hospiz erreichbar. Auch die stationäre Palliativversorgung wurde im Zeitraum von 2017 zu 2021 von 30 auf 34 Palliativstationen (bei 19 zusätzlichen Betten) ausgebaut; nur 3 % der verstorbenen Erwachsenen verstarben auf einer Palliativstation. Die stationäre palliativmedizinische Versorgung wird in sächsischen Krankenhäusern überdies durch 25 palliativmedizinische Konsiliardienste unterstützt.

Im Bereich der AHD sind, bis auf die Erweiterung um einen Dienst in Mittelsachsen, nahezu gleiche Angebotsstrukturen wie im Jahr 2017 zu verzeichnen; auch die Anzahl der AKHD blieb konstant, wenngleich sich deren regionale Verteilung verändert hat. Die Anzahl der Ehrenamtlichen liegt mit 2.051 aktuell etwas höher als im Jahr 2017 (1.918 Ehrenamtliche) bei nahezu konstanter Anzahl der abgeschlossenen Sterbegleitungen. Die verfügbare Anzahl ehrenamtlich tätiger Personen ermöglicht eine bedarfsgerechte Begleitung Sterbender und deren Angehöriger. Wie auch im Bereich der stationären Hospizversorgung besteht indes noch Optimierungsbedarf in Hinblick auf einen gleichwertigen Zugang zu diesen Angeboten. Mit dem PKW erreichen die Dienste potenziell nahezu 100 % der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten; unter Nutzung des ÖPNV zeigt sich ein deutlich schlechterer Zugang (nur 39 % der Bevölkerung können innerhalb von 30 Minuten Fahrtzeit durch einen AHD erreicht werden) – insbesondere in dünn besiedelten Grenzregionen fehlt die Anbindung an den ÖPNV gänzlich. Diese regionale Variation spiegelt sich auch in den unterschiedlich langen, durch die AHD tatsächlich zurückgelegten Fahrtwege und damit assoziierten Fahrtkosten wider, die im Median im ländlichen Raum etwa 25 % höher ausfallen als in den verdichteten Regionen.

Die im Freistaat Sachsen tätige Anzahl an SAPV-Teams hat sich im Vergleich zum Jahr 2017 um ein Team reduziert, womit – bezogen auf den Standort gemäß Vertrag – nur noch 15 Teams bzw. – bezogen auf die Anzahl der durch diese Teams versorgten Landkreise und kreisfreien Städte – nur noch 17 zu verzeichnen sind. Es wird dennoch weiterhin jeder Landkreis/kreisfreie Stadt durch mindestens ein Team versorgt und der quantitative Bedarf an SAPV-Teams im Freistaat Sachsen ist weiterhin gedeckt. Ausgehend von den Standorten der Teams können 85 % der Bevölkerung mit dem PKW in einer Fahrtzeit von 30 Minuten erreicht werden, mittels ÖPNV ist SAPV nur in den städtischen Regionen und für etwa 20 % der sächsischen Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten Fahrtzeit erreichbar. Die palliativmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird durch ein in Dresden angesiedeltes SAPPV-Brückenteam gewährleistet.

Die Durchdringung mit durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen erbrachte AAPV-Leistungen variiert weiterhin regional sehr stark. Der Anteil Verstorbener mit abgerechneter GOP, die Zuschläge für die palliativmedizinische Betreuung in der Praxis umfassen, an allen Verstorbenen

liegt zwischen 24,9 %% im Landkreis Meißen und lediglich 6,2 % in der kreisfreien Stadt Chemnitz; überdies erhielten in 2020 11.524 Erwachsene und damit 21,5 % der Verstorbenen eine palliativmedizinische Ersterhebung; im Jahr 2015 wurde diese noch bei etwa 28 % der Verstorbenen abgerechnet.

In den im Rahmen des Hospiz- und Palliativberichts 2022 durchgeführten Experten- und Expertinneninterviews wurde dem Freistaat Sachsen – bis auf Erreichbarkeitsdefizite – eine gute Versorgungslage im ambulanten und stationären Hospizbereich bescheinigt, deren Finanzierung zudem überwiegend auskömmlich sei. Schwieriger gestaltet sich hingegen die finanzielle Situation der AKHD und die Organisation des lückenlosen Übergangs in an Erwachsene gerichtete Versorgungsstrukturen bei Erreichen der Volljährigkeit. Die AAPV sei in der jüngeren Vergangenheit gestärkt worden, es besteht jedoch nach wie vor die Notwendigkeit, die durch Hausärzte und -ärztinnen bzw. Fachärzte und -ärztinnen sowie ambulante Pflegedienste zu erbringenden Leistungen in der breiten Regelversorgung gleichmäßig zu verankern. In Hinblick auf die Vernetzung der Strukturen konnten in der jüngsten Vergangenheit wesentliche Verbesserungen verzeichnet werden, die nicht zuletzt der übergeordneten Koordination, der Etablierung vernetzender Formate und der Informationsbereitstellung durch den Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V zu verdanken sind. Kritisch betrachtet wird die Verfügbarkeit pflegerischer Ressourcen in der Hospiz- und Palliativversorgung; personelle Engpässe machen den Ausbau von praktischen palliativmedizinischen Kompetenzen in der Pflege nahezu unmöglich.

Im bundesweiten Vergleich liegt Sachsen im Bereich ambulanter palliativmedizinischer Strukturen eher im unteren Mittelfeld. Insgesamt waren im Freistaat Sachsen im Jahr 2020 571 Ärzte und Ärztinnen mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin registriert – normiert auf eine Million Einwohner ist dies ein leicht unterdurchschnittlicher Wert. Dies gilt gleichermaßen für die Quote an Ärzten und Ärztinnen mit BQKPMV-Zulassung in den Bundesländern als auch die Rate an SAPV-Verordnungen im Verhältnis zu den je Bundesland insgesamt Verstorbenen. Im hospizlichen Versorgungsbereich liegt der Freistaat indes über dem bundesweiten Durchschnitt – in Bezug auf die Anzahl der Einwohner und Einwohnerinnen sowie der Sterbefälle je AHD und hinsichtlich der Anzahl an Hospizbetten – normiert auf eine Million Einwohner – sogar an der Spitze. Auch die durch das SMS im Jahr 2021 erneut durchgeführte Länderumfrage zeigt, dass der Freistaat Sachsen in Bezug auf die Förderung der Hospiz- und Palliativarbeit weiterhin eine bundesweite Vorreiterrolle einnimmt. Neben dem Freistaat Bayern ist Sachsen das einzige Bundesland, das sowohl eine Direktförderung der AHD als auch eine investive Landesförderung für stationäre Hospize und eine Landesförderung zur allgemeinen Unterstützung des Hospizwesens und dabei insbesondere der Arbeit des Landesverbandes gewährt.

Mit der Unterzeichnung durch Gesundheitsministerin Petra Köpping gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden im Jahr 2021 hat sich der Freistaat Sachsen einmal mehr zu der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ bekannt. Hinsichtlich des Umsetzungsstandes der Charta kann zusammenfassend festgehalten werden, dass in den meisten Handlungsfeldern im Freistaat Sachsen die in der Charta formulierten konkreten Zielstellungen (finanzielle Unterstützung und Ausbau bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen, strukturenübergreifende Vernetzung, Sensibilisierung für Bedarfe vulnerabler Betroffenenengruppen, Unterstützung von Forschung und Evaluation, Öffentlichkeitsarbeit) – unterstützt durch die landespolitische Förderung sowie Initiativen und Engagement der Akteure und Akteurinnen, v.a. in und um den LVHP – erreicht bzw. deren Erreichen durch eine kontinuierliche Umsetzung geeigneter Maßnahmen weiter vorangetrieben oder durch neue Initiativen erfolgreich angestoßen wurden (vgl. die ausführlichen Beschreibungen in Kapitel 3 und 7.2.).

Die aus dem vorliegenden Hospiz- und Palliativbericht abgeleiteten Handlungserfordernisse und -empfehlungen (vgl. Kapitel 7.3 ff.) stellt Tabelle 52 zusammengefasst dar. Diese fallen in

Hinblick auf die Finanzierung, die Etablierung rechtlicher Rahmenbedingungen und die letzte Umsetzung in verschiedene Zuständigkeitsbereiche (Bundes- und/oder Landespolitik, Gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundes- und/oder Landesebene, Fallgesellschaften und -verbände, Leistungserbringende).



Tabelle 52: Zentrale, aus dem Bericht abgeleitete Handlungserfordernisse und -empfehlungen

Versorgungsbe- reich	Handlungsbedarf	Umsetzungsfrist	Zuständigkeitsbereich
Versorgungsstrukturen-übergreifend	<p><b>Ausweitung des Nationalen Hospiz- und Palliativregisters zur Förderung einrichtungsbezogener Qualitätssicherung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verpflichtende Teilnahme für auf die Hospiz- und Palliativversorgung spezialisierte Einrichtungen und Dienste</li> <li>- Etablierung regionaler Zuordnungsmöglichkeiten für Daten zur Identifikation von Handlungsbedarfen auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte</li> </ul>	kurz- bis mittelfristig	Rahmenbedingungen durch Bundespolitik, Umsetzung durch DGP
	<p><b>Verpflichtende Teilnahme</b> aller auf die Hospiz- und Palliativversorgung spezialisierter Dienste und Einrichtungen <b>am Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung</b> zur Förderung der Informationsmöglichkeiten der Bevölkerung im Hinblick auf hospizlich-palliativmedizinische Dienste und Einrichtungen</p>	kurz- bis mittelfristig	Rahmenbedingungen durch Bundespolitik, Umsetzung durch DGP
	<p><b>Überarbeitung und regelmäßige Überprüfung von Empfehlungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften</b> für eine bedarfsgerechte Hospiz- und Palliativversorgung mit Bezug auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sterbefälle (Erarbeitung mortalitätsadjustierter Empfehlungen)</li> <li>- nach Erwachsenen beziehungsweise Kindern und Jugendlichen unterschiedenen Bedarfen</li> <li>- für die stationäre Versorgung nach Hospiz- und Palliativbetten unterschiedenen Empfehlungen</li> <li>- infrastrukturelle Besonderheiten (bspw. ländlicher Raum/Verdichtungsraum)</li> <li>- Präferenzen oder Lebensumstände der Bevölkerung</li> </ul>	kurz- bis mittelfristig	Fachgesellschaften
	<p>Erarbeitung von <b>Regelungen</b>, wie Patienten und Patientinnen, die im Kindes- oder Jugendalter lebenslimitierend erkranken, <b>nach Erreichen des Erwachsenenalters bedarfsgerecht weiterversorgt</b> werden können</p>	kurzfristig	Gemeinsame Selbstverwaltung
	<p>Etablierung und Verstetigung der <b>qualitativen und quantitativen Erfassung und Bewertung der Bedarfe des Pflegepersonals</b> sowie <b>Priorisierung von Handlungserfordernissen zur Verbesserung der Pflegepersonalsituation</b> in allen allgemein und spezialisiert an der Hospiz- und Palliativversorgung teilnehmenden Dienste und Einrichtungen</p>	kurz- bis mittelfristig	Rahmenbedingungen durch Bundespolitik, Umsetzung durch Dienste und Einrichtungen

Versorgungsbe- reich	Handlungsbedarf	Umsetzungsfrist	Zuständigkeitsbereich
	Etablierung von <b>Austauschformaten zur Identifizierung von dienst- bzw. einrichtungsbezogenen Best-practice-Beispielen</b> im Hinblick auf pandemieähnliche oder andere Krisensituationen	mittelfristig	LVHP, Vertreter und Vertreterinnen der Leistungsbereiche
	<b>Verstetigung der</b> verschiedenen, zur Umsetzung der Handlungserfordernisse aus der Hospizstudie 2017 <b>etablierten Austauschformate</b> sowie <b>Aufstellung konkreter kurz- und mittelfristiger Umsetzungspläne</b> (inklusive der Benennung von Ansprechpersonen in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen)	kurzfristig	LVHP, Vertreter und Vertreterinnen der Leistungsbereiche
	Im Rahmen der Krankenkassenfinanzierung stärkere <b>qualitätsgesicherte Überprüfung der Palliative-Care-Weiterbildung</b> (z. B. Anerkennung von zertifizierten Kursen)	kurzfristig	Krankenkassen
	Evaluierung der Umsetzung der Integration der hospizlichen und palliativmedizinischen Inhalte im Rahmen der <b>generalistischen Ausbildung</b> zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann	mittelfristig	Landespolitik
Ambulante Hospizversorgung	Vor dem Hintergrund vermehrter kurz- und mittelfristiger Renteneintritte von Koordinationskräften der AHD <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Etablierung von strategischen Personalplanungen</b> in den AHD,</li> <li>- <b>Ableitung von Personalrekrutierungsstrategien</b> sowie frühzeitige Initiierung von Übergabe- und Einarbeitungsplänen</li> <li>- Einrichtung von Budgets zur Finanzierung der durch diese zusätzlichen Aufwendungen entstehenden Sachkosten und damit Schaffung von Anreizen für AHD, frühzeitige Nachfolgeregelungen zu etablieren</li> </ul>	kurz- bis mittelfristig	AHD, LVHP, SMS
	<b>Verstetigung und weiterer Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- für mehr Sichtbarkeit und Akzeptanz der Themen Sterben, Tod und Trauer (Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland)</li> <li>- zur Spendenakquise</li> <li>- zur <b>stärkeren Verbreitung von Angeboten der AHD</b> insbesondere in Landkreisen mit unterdurchschnittlichem Anteil von Verstorbenen mit Sterbegleitung</li> </ul>	kurzfristig	Kommunen, Landkreise, AHD, LVHP

Versorgungsbe- reich	Handlungsbedarf	Umsetzungsfrist	Zuständigkeitsbereich
	Erfassung des <b>Bedarfs für Trauerbegleitungen</b> (insbesondere von Angehörigen nicht-sterbebegleiteter Verstorbener) und <b>Prüfung von Finanzierungsmöglichkeiten</b> für AHD oder weitere Leistungserbringende	kurz- bis mittelfristig	DGP, Rahmenbedingungen durch Bundes- und Landespolitik
	<b>Evaluierung und ggf. Anpassung der Rahmenvereinbarung zur Förderung von ambulanten Hospizdiensten</b> unter besonderer Berücksichtigung der besonderen <b>Begleitungssituation von Kindern und Jugendlichen</b> sowie deren Familien	kurzfristig	Gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundes- ebene
Stationäre Hospizversorgung	<b>Etablierung eines digitalen Bettenregisters stationärer Hospize</b> im Freistaat Sachsen zur bedarfsgerechten Angebotssteuerung und damit Reduzierung von Wartezeiten	mittelfristig	LVHP, Landespolitik
	Zur Gewährleistung von bedarfsgerechter Erreichbarkeit stationärer Hospize durch Bewohner und Bewohnerinnen und Angehörige <ul style="list-style-type: none"> <li>- qualitative <b>Erfassung des Bedarfs</b> von Sterbenden und ihren Angehörigen <b>im Hinblick auf die Besuchs- und Begleitungsintensität</b> im stationären Hospiz</li> <li>- qualitative <b>Erfassung von aktuell bereits bestehenden erweiterten Vernetzungs- und Transportoptionen</b> (insbesondere in Landkreisen mit unterdurchschnittlicher erreichbarkeitsgewichteter Verfügbarkeit)</li> <li>- Ableitung von <b>Handlungserfordernissen und konkreten Umsetzungsplänen</b> im Falle von nicht bedarfsgerechter öffentlicher Transportmöglichkeiten</li> </ul>	kurz- bis mittelfristig	LVHP, Landkreise und kreisfreie Städte
AAPV	<b>Ausbaubedarf</b> im Bereich der <b>haus- und kinderärztlichen ambulanten Palliativversorgung</b> durch Abbau von Barrieren in der Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Ärztinnen	kurz- bis mittelfristig	Gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene
	Vertiefende Analyse der Barrieren im Hinblick auf <b>Ausbau und Umsetzung palliativer Kompetenzen von ambulanten Pflegediensten</b>	kurz- bis mittelfristig	Bundes- und Landespolitik, Gemeinsame Selbstverwaltung
SAPV	Entwicklung von <b>Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zur Sicherstellung einheitlicher Qualitätsstandards</b>	kurz- bis mittelfristig	Gemeinsame Selbstverwaltung, Fachgesellschaften
	<b>Überprüfung</b> der zu entwickelnden <b>Qualitätsstandards im Rahmen der Abrechnungsprüfung</b>	kurz- bis mittelfristig	Krankenkassen bzw. Medizinischer Dienst

Versorgungsbe- reich	Handlungsbedarf	Umsetzungsfrist	Zuständigkeitsbereich
Stationäre Palli- ativversorgung	Evaluierung der durch das Vergütungssystem entstehenden Anreize im Hin- blick auf Dauer und Qualität der stationären Palliativversorgung (Palliativstati- onen, Palliativdienste)	mittelfristig	Bundespolitik, Gemeinsame Selbstverwal- tung auf Bundesebene
	<b>(Wieder-)Aufnahme der Palliativstationen in den Landeskrankenhausplan</b>	kurz- bis mittelfristig	Landespolitik
Stationäre Pflegeein- richtungen	Ausweitung der <b>Gesundheitlichen Versorgungsplanung</b> für die letzte Lebens- phase nach § 132g SGB V durch Ansiedelung <b>in frühere Lebensphase</b> als nied- rigschwelliges Angebot	langfristig	Bundespolitik
	Abbau der Vorbehalte einiger Träger stationärer Pflegeeinrichtungen durch di- rekte Ansprache und Aufklärung von AHDs	kurz- bis mittelfristig	AHDs

## 9. Positionierung der sächsischen Staatsregierung

Die Staatsregierung dankt allen Beteiligten an der Berichtserstellung ausdrücklich für ihre Mitwirkung. Mit dem „Hospiz- und Palliativbericht Sachsen 2022“ liegt nicht nur eine Fortschreibung der Hospizstudie 2017 vor, sondern enthalten ist auch die nachfolgende Positionierung der Staatsregierung. Mittels umfangreicher Analysen und Handlungsempfehlungen liegt der Landespolitik und allen hospizlich-palliativen Akteuren sowie sonstigen Interessierten eine aktuelle und valide Datengrundlage für die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung vor. Diese gilt es zu nutzen: von der kommunalen Ebene über die Landesverwaltung bis hin zu den zahlreichen Engagierten in der Versorgungslandschaft. Es ist geplant, diese Berichterstattung einmal in jeder Legislaturperiode zu aktualisieren und damit zu verstetigen.

Über die aktualisierten Daten und Analysen der Versorgungsstrukturen in den Regionen in Sachsen hinaus haben sich die Schwerpunkte zum vorhergehenden Berichtszeitraum etwas verlagert. Die Evaluierung der Hospizstudie 2017 hat gezeigt, dass viele Handlungsempfehlungen bereits aufgegriffen wurden. Die Bestandsaufnahme hat sichtbar gemacht, dass der Freistaat Sachsen nach wie vor im Ländervergleich gut aufgestellt ist. Die hospizlich-palliativen Strukturen decken zum überwiegenden Teil die Bedarfe in den Regionen. Gleichwohl werden im aktuellen Bericht Verbesserungsbedarfe dargestellt. Auch wenn diese nicht umfassend und nicht kurzfristig gedeckt werden können, ergeben sich Handlungsempfehlungen, die sich an die Landkreise und Kreisfreien Städte sowie an die Landesebene richten.

Zu den zentralen Handlungsempfehlungen an die Landesebene (vgl. Tabelle 52) sowie zu den weiteren Anregungen an die Landespolitik positioniert sich die Staatsregierung im Einzelnen wie folgt:

### Versorgungsstrukturen-übergreifend

#### Handlungsempfehlungen

- a) Ausweitung der Vernetzung
- b) Verbesserung der Datenlage und der Öffentlichkeitsarbeit zur Hospiz- und Palliativarbeit
- c) Zusammenstellung einheitlicher Handlungskonzepte und Zuständigkeiten für pandemie-ähnliche oder andere Krisensituationen und Festlegung von Standards
- d) Evaluierung der Umsetzung der Integration der hospizlichen und palliativmedizinischen Inhalte im Rahmen der generalistischen Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann

#### Bewertung

- a) Ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit des Landesverbandes für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. (LVHP) ist der Vernetzungs- und Fortbildungsgedanke. Die Arbeit dieses Landesverbandes wird mit Landesmitteln seit 2003 gefördert und soll künftig durch eine institutionelle Förderung verstetigt werden.

Zur sachsenweiten Umsetzung von § 39d SGB V (Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch einen Netzwerkkoordinator) ist das SMS moderierend tätig.

Die vom Land geförderten kommunalen Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren wurden ebenfalls für die Thematik sensibilisiert.

- b) Die Herstellung einer bundesweit einheitlichen Datenlage ist nicht Aufgabe einer Landesregierung. Der Freistaat Sachsen hätte allenfalls die Möglichkeit, die Ausweitung der amtlichen Statistik auf Bundesebene oder eine verpflichtende Nutzung des bestehenden Nationalen Hospiz- und Palliativregisters im Rahmen einer Bundesratsinitiative anzuregen. Aktuell ist dies im Freistaat Sachsen keine Handlungsoption – auch vor dem Hintergrund, dass in Sachsen die Datenverfügbarkeit vergleichsweise gut aufgestellt ist. Für Betroffene bieten zudem auch Kranken- und Pflegekassen Online-Angebote in Form von bundesweiten Suchmaschinen an (z. B. AOK-Palliativwegweiser, vdek-Hospizlotse).

Allerdings ist eine geänderte Haltung bzw. Einschätzung für eine Bundesratsinitiative nicht ausgeschlossen, denn von der „Enquete-Kommission des Sächsischen Landtages zur Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“ (Pflege-Enquetekommission) wurde empfohlen, eine regelmäßige statistische Datengrundlage sowohl landes- als auch bundesweit zu schaffen („Eine Statistik nach Sterbeorten sowie Daten bezüglich der Hospiz- und Palliativversorgung könnte ein realistisches Abbild liefern sowie den tatsächlichen bzw. zukünftigen Bedarf widerspiegeln.“ vgl. Enquete-Bericht 2018, S. 143). Die Handlungsempfehlung 2.5.6, Punkt 12 wurde in der Unterarbeitsgruppe 4 der Interministeriellen Arbeitsgruppe zur Pflege-Enquetekommission (IMAG Pflege) behandelt. Die IMAG Pflege wurde durch Beschluss des Kabinetts vom 04.03.2021 gebildet, um die Handlungsempfehlungen des Enquete-Berichts, welche an den Freistaat bzw. die Staatsregierung gerichtet sind, zu bearbeiten. Der Abschlussbericht der IMAG Pflege ist für Ende 2022 zu erwarten.

Zu einer Verbesserung der Datenlage auf Landesebene wird auch die Verstetigung der Berichterstattung zur Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen einmal in jeder Legislaturperiode beitragen. Die Pflegedatenbank im PflegeNetz-Portal des SMS sowie der Hospiz- und Palliativführer des LVHP unterstützen durch die Kontaktdaten ebenfalls den Versorgungszugang. Beide werden fortgeführt.

Auch mit dem Ziel, die Öffentlichkeitsarbeit der ambulanten Hospizdienste (AHD) zu verbessern, hat der Freistaat Sachsen seit Jahren die Tätigkeit der AHD gefördert nach FRL Hospiz sowie seit 2018 gemäß Teil B Ziffer II Nr. 1 Buchstabe h RL Gesundheit und Versorgung. Im Rahmen der gemeinsamen Charta-Unterzeichnung im Juli 2021 bestand Einigkeit zwischen Freistaat und Kommunalen Spitzenverbänden, dass eine bessere Sichtbarkeit der hospizlich-palliativen Versorgungsmöglichkeiten ein Anliegen ist. Im November 2021 führte das SMS zudem eine Fortbildungsveranstaltung zur Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit für AHD durch. Regelmäßig finden sich Beiträge zur Thematik im SMS-Newsletter und im SMS-Foyer. Diese Maßnahmen könnten in die Entwicklung einer Landes-Strategie für mehr Sichtbarkeit der Themen „Sterben, Tod und Trauer“ einfließen.

- c) Konzepte zur Krisenbewältigung und Zuständigkeiten für einzelne Maßnahmen leiten sich aus den konkreten Handlungserfordernissen in der jeweiligen spezifischen Krisensituation ab.

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) gibt den Rahmen für den Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe vor (§ 35 IfSG) vor. Demnach unterliegen diese Einrichtungen und Unternehmen der infektionshygienischen

Überwachung durch das Gesundheitsamt und müssen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festlegen. Sie müssen die erforderlichen Maßnahmen treffen, um Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden. Dabei sind die veröffentlichten Empfehlungen der „Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe“ maßgeblich.

Für vollstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen hat das SMS gemäß § 35 Abs. 3 IfSG durch Rechtsverordnung die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über

1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
2. die erforderliche personelle Ausstattung mit hygienebeauftragten Pflegefachkräften oder Hygienefachkräften,
3. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen hygienebeauftragten Pflegefachkräfte oder Hygienefachkräfte,
4. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention,
5. die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten erforderlich sind.

Bei der Erarbeitung dieser Verordnung wird das SMS eventuelle besondere Bedarfe von stationären Hospizen berücksichtigen.

Darüber hinaus wird das SMS auch zukünftig darauf achten, dass der LVHP in spezifische Gremien zur Krisenbewältigung einbezogen wird, um in den Informationsfluss eingebunden zu sein sowie die Interessen und Anliegen der Einrichtungen und Dienste der Hospiz- und Palliativversorgung einbringen zu können. So hat sich beispielsweise die Mitwirkung des LVHP in der „AG Pflege“ im Rahmen der Corona-Pandemie bewährt. Die dort erarbeiteten Informationsmaterialien und Mustervorlagen standen somit den Einrichtungen und Diensten der Hospiz- und Palliativversorgung vollumfänglich zur Verfügung.

- d) Die generalistische Pflegeausbildung wird seit März 2020 an den sächsischen Berufsfachschulen für Pflege angeboten. Im Rahmen der Ausbildung sind Kompetenzen im Bereich der palliativen Versorgung zu vermitteln, diese werden in Anlage 2 der PflAPrV unter I.3 d) – f) aufgeführt. Der Bundesrahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 PflBG nimmt darauf Bezug. Und der sächsische Lehrplan verweist im Einzelnen auf diese Rahmenvorgaben. Die konkrete Umsetzung der Vorgaben plant jede Schule in einem eigenen Schulcurriculum, in welchem die theoretische mit der praktischen Ausbildung verknüpft wird und exemplarische berufliche Handlungssituationen und Lernaufgaben ausgewählt werden. Die praktische Ausbildung muss in allen Versorgungsbereichen absolviert werden. Das Hospiz als Einrichtung ist aufgrund seiner Definition nicht als Träger der Ausbildung geeignet, steht aber Pflegeschülern als Einrichtung für den Wahlpflichteinsatz zur Verfügung.

Grundsätzlich besteht demnach sowohl im theoretischen Unterricht als auch in der praktischen Ausbildung die Möglichkeit, in der palliativen Pflege sowie der Versorgung Sterbender Wissen zu erwerben, praktische Erfahrungen zu sammeln und Kompetenzen aufzubauen. Es wird dennoch nicht obligatorisch jeder bzw. jede Auszubildende während der praktischen Ausbildung z. B. auf einer Palliativstation eingesetzt oder anderweitig direkt mit entsprechenden Situationen konfrontiert. Der Kompetenzerwerb ist somit über die gesamte Kohorte eines Ausbildungsjahrgangs nur schwer zu messen und zu evaluieren.

Außerdem werden erst im Jahr 2023 die ersten Absolventen der neuen Ausbildung überhaupt in das Versorgungssystem einmünden. Derzeit sind alle Akteure der neuen Ausbildung noch mit der grundlegenden Umstellung und den ersten Abschlussprüfungen gefordert. Bereits im PflBG ist festgelegt, dass die Fachkommission, welche die Rahmenpläne erarbeitet hat, diese kontinuierlich, d. h. mindestens alle fünf Jahre auf ihre Aktualität prüft und gegebenenfalls anpasst (vgl. § 53 Abs. 2 PflBG). Wir gehen davon aus, dass dies auch die Revision fachlicher Inhalte umfasst. Eine eigenständige Evaluation seitens des Freistaates wird deshalb nicht als zielführend und erforderlich gesehen.

Dessen ungeachtet wird das SMS auch im Rahmen der anstehenden Novellierung von Weiterbildungen für die Gesundheitsfachberufe die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ berücksichtigen. In Auswertung von Rückmeldungen aus der Praxis werden wir den Bedarf an Aktualisierungen und Verbesserungen von landesrechtlich geregelten Weiterbildungen einfließen lassen, um damit zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgung beizutragen.

## **Ambulante Hospizversorgung**

### Handlungsempfehlungen

- a) Beibehaltung einer Landesfördermöglichkeit für ambulante Kinderhospizdienste (AKHD)
- b) Erfassung des Bedarfs für Trauerbegleitungen (insbesondere von Angehörigen nichtsterbebegleiteter Verstorbener) und Prüfung von Finanzierungsmöglichkeiten für AHD oder weitere Leistungserbringer
- c) Einrichtung von Budgets zur Finanzierung zusätzlicher Aufwendungen wegen vermehrt kurz- und mittelfristigen Renteneintritten von Koordinationskräften der AHD (Schaffung von Anreizen, um frühzeitige Nachfolgeregelungen zu etablieren)

### Bewertung

- a) bis c)

Für mehr als die Hälfte aller ambulanten Hospizdienste in Sachsen wurde jährlich eine ergänzende Landesförderung zu den Sachkosten gewährt nach der RL Gesundheit und Versorgung. Mit dieser bundesweit höchsten Direktförderung aus Landesmitteln konnten Finanzierungslücken bei Sterbe- bzw. Trauerbegleitungen, Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit sowie Fortbildungsbedarfen geschlossen werden. Ein Ausbau des Fördervolumens ist nicht vorgesehen. Bei einer Überarbeitung der RL Gesundheit und Versorgung werden die Anregungen geprüft.



## Stationäre Hospizversorgung

### Handlungsempfehlungen

- a) Erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit optimieren (bedarfsgerechte Versorgung mit voll- und teilstationären Hospizplätzen für Erwachsene und Kinder/Jugendliche)
- b) Der Landespolitik wird die Etablierung eines digitalen Bettenregisters stationärer Hospize zur bedarfsgerechten Angebotssteuerung und damit Reduzierung von Wartezeiten empfohlen.

### Bewertung

- a) Grundsätzlich ist die Gewährleistung einer angemessenen Versorgung eine Selbstverwaltungsaufgabe der Kranken- und Pflegekassen. Zur Verbesserung der Erreichbarkeit von bestehenden Hospizplätzen sind v.a. die Kommunen aufgerufen.

Der Bedarfsanalyse (auch im Hinblick auf Kinderhospizplätze und Tageshospize) ist das Land mit der Finanzierung dieser Berichterstattung nachgekommen.

Mit Hilfe von investiven Landesfördermitteln wurde der Ausbau der stationären Hospizversorgung für Erwachsene im Berichtszeitraum vorangetrieben, um eine langfristige Versorgungssicherheit auch in unterversorgten Gebieten vor dem demografischen Hintergrund zu gewährleisten. Die konkrete Verortung neuer Einrichtungen obliegt jedoch dem jeweiligen Träger bzw. es besteht eine Kontraktionspflicht für die Krankenkassen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen.

Es ist festzustellen, dass derzeit weiter stationäre Hospize über den seinerzeit angenommenen Bedarf hinaus entstehen – auch ohne Landesförderung. In Anbetracht von Aufnahmestopps wegen fehlendem Personal in Pflegeeinrichtungen sollte abgewogen werden, ob bzw. wo weitere Einrichtungen in Betrieb gehen sollten. Die ambulante Versorgung ist gleichberechtigt zu ermöglichen.

Eine investive Landesförderung für Kinderhospizplätze bzw. teilstationäre Plätze in Tageshospizen ist nach der RL Gesundheit und Versorgung nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Bisher erfolgten aber keine entsprechenden Förderanträge. Andererseits kann eine Art tageshospizliche Versorgung auch im Rahmen der Tätigkeit eines AHD angeboten werden.

- b) Die Einrichtung eines tagesaktuellen digitalen Bettenregisters für freie Hospizplätze ist derzeit nicht möglich. Allerdings könnte dies im Rahmen der Neukonzipierung der Pflegedatenbank geprüft werden, da auch im Rahmen des Enquete-Berichts Pflege eine Onlineplattform angeregt wurde, um freie Kapazitäten in Pflegeheimen darzustellen.

Sachsen hat eine Pflegedatenbank: [www.pflegenetz.sachsen.de/pflegedatenbank/](http://www.pflegenetz.sachsen.de/pflegedatenbank/), die vom SMS betrieben und durch Daten von Pflegekassen und weiteren Lieferanten gespeist wird, jedoch ohne Anzeige freier Plätze.

Über eine Anzeige zu freien Pflegeplätzen wurde bisher mehrfach diskutiert. Eine Notwendigkeit, v.a. bei den Trägern wurde bisher nicht gesehen. Zum einen haben die Einrichtungen meist Wartelisten, aufgrund der bisherigen hohen Nachfrage, die sie bei einem frei werdenden Platz nutzen (können). Somit kann der freie Platz wieder schnell

vergeben werden, noch bevor es zu einer Anzeige auf einem Portal kommen müsste. Falls Einrichtungen keine Wartelisten haben, können die freien Kapazitäten auf der eigenen Internetseite genannt werden. Zum anderen wurde der hohe Aufwand zur Eintragung freier Kapazitäten in einer zentralen Datenbank genannt. In diesem Zusammenhang müsste eine Anzeige freier Kapazitäten auch mit einer direkten Reservierung sowie im Weiteren mit der Buchung inkl. verbindlicher Zusage verbunden werden, um einen Vorteil gegenüber einer telefonischen Anfrage (von Angehörigen oder auch Sozialdiensten der Krankenhäuser – Entlassmanagement) generieren zu können.

Bisher würde die alleinige Anzeige freier Kapazitäten zu einem erhöhten telefonischen Anfrageaufkommen von Suchenden bei der ausgewählten Einrichtung führen. Diese müsste die Anfragen mit zusätzlichem Personal annehmen und bearbeiten. Dieses würde dann ggf. mitteilen, ob der Platz tatsächlich frei ist oder zwischenzeitlich schon vergeben wurde. Der Anfrage- und Antwortprozess müsste zur sinnvollen Entlastung weitestgehend automatisiert ablaufen können, um einen Mehrwert sowohl für die Suchenden als auch für die Einrichtungen zu generieren.

Aus Sicht des SMS müsste diese Art der Nutzung vor Etablierung in einer konsequenten Kosten-Nutzen-Analyse systematisch aufbereitet werden.

## **Ambulante Palliativversorgung**

### Handlungsempfehlungen

- a) Ausbaubedarf bei der haus- und kinderärztlichen ambulanten Palliativversorgung bzw. Palliativversorgung im Blick haben
- b) Vertiefende Analyse der Barrieren im Hinblick auf Ausbau und Umsetzung palliativer Kompetenzen von ambulanten Pflegediensten im Blick haben

### Anmerkung zu a) und b)

Grundsätzlich ist die Gewährleistung einer angemessenen Versorgung eine Selbstverwaltungsaufgabe der Kranken- und Pflegekassen.

Die genannten Vorschläge können fachlich nicht kommentiert werden, denn das SMS hat als Rechtsaufsicht über eine Krankenkasse keine eigenen Erkenntnisse dazu. Im gleichen Sinne kommt es auf unseren fachlichen Ratschlag nicht an, denn wegen des Fehlens der Fachaufsicht ginge auch dies ins Leere. Wir können die Selbstverwaltung wegen Fehlens der Fachaufsicht auch nicht begleiten, denn wir können nur aktiv werden, wenn das Recht verletzt wird.

## **Stationäre Palliativversorgung**

### Handlungsempfehlungen

- a) bessere Sicherstellung und Kontrolle der allgemeinen Palliativversorgung/Sterbebegleitung in Pflegeheimen
- b) Wiederaufnahme der Palliativstationen in den Landeskrankenhausplan

## Bewertung

- a) Die Sterbebegleitung in Pflegeheimen ist als immanenter Teil der Pflegeleistung/Sozialen Betreuung durch den Rahmenvertrag stationär normiert. Bisher existieren dazu keine Prüfvorgaben für die Heimaufsicht bzw. uns ist kein Kalkulationsmodell mit konkreten Vorgaben zu den dafür aufzuwendenden Personalressourcen bekannt. Das SMS hat keine Einflussnahmemöglichkeit, da es nicht an der Pflegesatzkommission beteiligt ist.
- b) Durch Impulse in der Krankenhausplanung, aber auch verstärkt durch Anreize im Vergütungssystem, wurden im Freistaat Sachsen sehr umfängliche Strukturen geschaffen. Der Freistaat Sachsen hat sich in den vergangenen Jahren sehr für die spezialisierte stationäre Palliativversorgung engagiert und schrittweise flächendeckend Palliativstationen im Krankenhausplan ausgewiesen.

Sachsen verfügt mittlerweile über eine Bettenziffer in der stationären Palliativversorgung, welche die Empfehlungen der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ und die Bedarfsschätzung der Freiburger Studie "Evidenz und Versorgung in der Palliativmedizin“ deutlich überschreitet und Palliativstationen sind gleichmäßig über den gesamten Freistaat Sachsen verteilt vorhanden. Der Aufbau der stationären Palliativversorgung an Krankenhäusern wird damit als gelungen aber auch abgeschlossen angesehen.

Palliativversorgung in Krankenhäusern ist als eine hochspezifische Akutbehandlung zu verstehen und Teil eines Netzwerkes, die durch andere Versorgungsangebote, z. B. SAPV, ergänzt wird. Es geht nicht um „Pflege bis zum Tod“, sondern um zeitweise - eher mit kürzerer Dauer - interdisziplinäre Akutbehandlungen mit den Mitteln der modernen Hochleistungsmedizin.

Sachsen setzt deshalb verstärkt auf die Entwicklung einer eher allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus, die einen patienten- und bedarfsgerechten und geregelten Zugang zur spezialisierten Palliativversorgung gewährleisten soll. Hierzu bedarf es nicht in jedem Krankenhaus einer spezialisierten Palliativstation, wohl aber eines „Palliativbeauftragten“ oder eines „Palliativberaters“, der den spezifischen Versorgungsbedarf der Patienten ermittelt und den Zugang zu den entsprechenden Strukturen sichert.

In Zukunft ist deshalb verstärkt auf eine noch bessere Vernetzung innerhalb des Krankenhauses sowie den Ausbau von Kooperationen mit den regionalen ambulanten und stationären Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung hinzuwirken.

## **Weiterbildung Palliativ- und Hospizpflege**

### Handlungsempfehlung

Zertifizierung der Palliativ Care Kurse

### Bewertung

Der Freistaat Sachsen hat speziell für Pflegefachkräfte im hospizlichen und palliativen Bereich die *Weiterbildung „Palliativ- und Hospizpflege“* in der Weiterbildungsverordnung Gesundheitsfachberufe (§§ 67 bis 70 SächsGfbWBVO) geregelt. Die Weiterbildungsteilnehmenden erwer-

ben die gesetzlich geschützte Weiterbildungsbezeichnung „Fachpflegeexpertin oder Fachpflegeexperte für Palliativ- und Hospizpflege“. Alle neun Einrichtungen, die o. g. Weiterbildung anbieten, haben ein staatliches Anerkennungsverfahren durchlaufen.

Mit der rechtlichen Regelung der o. g. Weiterbildung bestätigt die Staatsregierung die grundsätzliche Bedeutung einer Spezialisierung in diesem Bereich ausdrücklich. Mit den für diese Weiterbildung vorgegebenen Mindestanforderungen ermöglicht das SMS ein einheitliches Qualifikationsniveau für Pflegefachkräfte und damit vergleichbare Kenntnisse, Fähigkeiten sowie Fertigkeiten in diesem speziellen Bereich. Die im Bericht angesprochene fehlende Zertifizierung der *Palliativ Care Kurse* und der damit nicht gewährleistete Qualitätsstandard ist bei der o. g. Weiterbildung gesichert. Zudem ist für Pflegefachkräfte positiv, dass sie – wie auch Ärzte – nach erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung eine Zusatzbezeichnung erwerben.

Allerdings bleiben die Anforderungen im Leistungsrecht hinter denen der o. g. Weiterbildung zurück. Für die Abrechnung von Leistungen der Palliativ- und Hospizpflege mit den gesetzlichen Krankenkassen ist die Absolvierung eines Palliativ Care Kurses ausreichend. Die Inhalte dieses Kurses entsprechen etwa einem Modul der o. g. Weiterbildung. Da nach dem Leistungsrecht schon dieser Kurs für eine Tätigkeit im hospizlichen und palliativen Bereich ausreicht, wird die Weiterbildung nach SächsGfbWBVO praktisch nicht nachgefragt und deshalb aktuell auch nicht mehr angeboten. Gerade mit Blick darauf, dass im Bericht das Fehlen einheitlicher Qualitätsstandards kritisiert wird, wirbt die Staatsregierung für die staatlich geregelte Weiterbildung, die genau aus diesem Grund konzipiert worden war. Im Rahmen dieser Weiterbildung werden vertiefte praxisorientierte und fachspezifische Kenntnisse erworben, die in einem Palliativ Care Kurs nicht vermittelt werden. Zum einen sollte diese Weiterbildung daher künftig als Ganzes und nicht einzelne Module daraus angeboten werden.

Zum anderen regt die Staatsregierung gegenüber den Hospizen an, dass wenigstens einzelne, festangestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Teams in der Palliativ- und Hospizarbeit über den Weiterbildungsabschluss nach der SächsGfbWBVO verfügen sollten.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass der Staatsregierung bereits vor Längerem aus der Praxis der Vorschlag unterbreitet worden war, die Weiterbildung thematisch konzentrierter aufzubereiten und die Stunden zu reduzieren, um die Weiterbildung praxis- und zukunftsrelevanter zu gestalten. Dieses Vorhaben ist auch aus Sicht der Staatsregierung sinnvoll, wurde aber aufgrund der geringen Nachfrage nicht weiterverfolgt. Die Ergebnisse des Hospiz- und Palliativberichts werden zum Anlass genommen, dieses Anliegen wieder aufzugreifen, sofern dies von den Fachkreisen aus der Praxis gewünscht und fachlich unterstützt wird.

## 10. Literatur

### 10.1 Forschungsliteratur und Quellen

- Ammende, R., Arens, F., Darmann-Finck, I., Ertl-Schmuck, R., Germeten-Ortmann, B. von, Hundenborn, G., Knigge-Demal, B., Machleit, U., Maier, C., Muths, S. & Walter, A. (2019). *Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG*. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Pflegeberufegesetz/2019\\_pflgb\\_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegeberufegesetz/2019_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf)> (abgerufen am 29.06.2022).
- AOK PLUS (Hrsg.). (2022). *Anonymisierte und aggregierte Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten in Sachsen der Jahre 2019 und 2020*.
- AOK-Bundesverband (Hrsg.). (2021). *Lexikon: Palliativversorgung*. Online: <[https://www.aok-bv.de/lexikon/p/index\\_00150.html](https://www.aok-bv.de/lexikon/p/index_00150.html)> (abgerufen am 29.06.2022).
- Apolinarski, B., Burger, B., Stahmeyer, J. T., Röwer, H. A. A., Schneider, N., Stiel, S. & Herbst, F. A. (2022). Finanzierung von Tageshospizen und palliativmedizinischen Tageskliniken: Ergebnisse quantitativer Befragungen von Einrichtungsleitungen und Krankenkassen in Deutschland. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 27(02), S. 74–80. DOI: <<https://doi.org/10.1055/a-1640-2460>>.
- BÄK – Bundesärztekammer (Hrsg.). (2020). *Ärztstatistik zum 31. Dezember 2020*. Online: <[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik\\_2020/2020-Statistik.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf)> (abgerufen am 15.09.2022).
- Ballsieper, K., Lemm, U. & Reibnitz, C. von. (2012). *Überleitungsmanagement. Praxisleitfaden für stationäre Gesundheitseinrichtungen*. 1. Aufl. Berlin: Springer.
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.). (2021). *Aktuelle Zahlen. Ausgabe: Dezember 2021. Tabellen, Diagramme, Erläuterungen*. Online: <[https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2021.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2021.pdf?__blob=publicationFile&v=5)> (abgerufen am 14.09.2022).
- Baumann, K. & Büssing, A. (2022). Verlust und Trauer unter den Bedingungen der Corona-Pandemie – Was empfinden trauernde Angehörige/Zugehörige in Bezug auf ihren Bedarf an seelsorglicher bzw. psychologischer Unterstützung? *Spiritual Care*, 11(1), S. 2–9. DOI: <<https://doi.org/10.1515/spircare-2021-0088>>.
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.). (2021). *Inkar-Datenbank. Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung*. Online: <<https://www.inkar.de/>> (abgerufen am 14.09.2022).
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.). (2022). *Operationen- und Prozedurenschlüssel. Version 2022*. Online: <<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/index.htm>> (abgerufen am 14.09.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2018). *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals*. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/P/Pflegepersonalstaerkungsgesetz\\_RefE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Pflegepersonalstaerkungsgesetz_RefE.pdf)> (abgerufen am 09.09.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2019). *Fragen und Antworten zum Hospiz- und Palliativgesetz*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz-und-palliativgesetz/faq-hpg.htm>> (abgerufen am 27.06.2022).

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022). *Angebote für Sterbenskranke*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/medizinische-versorgung-und-leistungen-der-krankenversicherung/angebote-fuer-sterbenskranke.html>> (abgerufen am 27.06.2022).
- Christlicher Hospizdienst Dresden e.V. (Hrsg.). (2022). *Hospizdienst Dresden*. Online: <<http://hospizdienst-dresden.de/tageshospiz.html>> (abgerufen am 21.09.2022).
- DELFI e.V. (Hrsg.). (2022). *DELFI-Datensatz. Fahrplansolldaten aus den Landesauskunftssystemen*. Online: <<https://www.delfi.de/de/leistungen-produkte/daten-dienste/>> (abgerufen am 24.06.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2019). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Hauptvarianten 1 bis 9*. Online: <[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/bevoelkerung-deutschland-2060-5124202199014.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/bevoelkerung-deutschland-2060-5124202199014.pdf?__blob=publicationFile)> (abgerufen am 14.09.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2021). *Sterbetafel 2018/2020. Ergebnisse aus der laufenden Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland und die Bundesländer*. Online: <[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Publikationen/Downloads-Sterbefaelle/periodensterbetafel-erlaeuterung-5126203207004.pdf;jsessionid=141A59C403DB198A5C0D4AF3C96E69AE.live722?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Publikationen/Downloads-Sterbefaelle/periodensterbetafel-erlaeuterung-5126203207004.pdf;jsessionid=141A59C403DB198A5C0D4AF3C96E69AE.live722?__blob=publicationFile)> (abgerufen am 14.09.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022a). *Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Stichtag: 31.12.2020. GENESIS-Tabelle: 12411-02-03-4*. Online: <<https://www.regionalstatistik.de/genesis//online?operation=table&code=12411-02-03-4&bypass=true&levelindex=0&levelid=1656064665288#abreadcrumb>> (abgerufen am 15.06.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022b). *Statistik der Sterbefälle. GENESIS-Tabelle: 12613-93-01-4*. Online: <<https://www.regionalstatistik.de/genesis//online?operation=table&code=12613-93-01-4&bypass=true&levelindex=0&levelid=1656067753829#abreadcrumb>> (abgerufen am 09.06.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022c). *Experimentelle Daten. Experimentelle georeferenzierte Bevölkerungszahl auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung und Mobilfunkdaten*. Online: <<https://www.destatis.de/DE/Service/EXDAT/Datensaetze/bevoelkerung-geo-mobilfunkdaten.html>> (abgerufen am 24.06.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022d). *Sterbetafel (Periodensterbetafel): Deutschland, Jahre, Geschlecht, Vollendetes Alter. GENESIS-Tabelle: 12621-0001*. Online: <<https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12621-0001&bypass=true&levelindex=0&levelid=1661180262362#abreadcrumb>> (abgerufen am 14.09.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022e). *Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag. GENESIS-Tabelle: 12411-0010*. Online: <<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=0&step=0&titel=Tabelle%20aufbau&levelid=1663241549296&acceptscookies=false#abreadcrumb>> (abgerufen am 15.09.2022).

- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022f). *Gestorbene: Bundesländer, Jahre. GENESIS-Tabelle: 12613-0010*. Online: <[https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=1&step=1&titel=Tabelle aufbau&levelid=1663244794184&acceptscookies=false#abreadcrumb](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=1&step=1&titel=Tabelle%20aufbau&levelid=1663244794184&acceptscookies=false#abreadcrumb)> (abgerufen am 15.09.2022).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin & DHPV – Deutscher Hospiz- und Palliativverband (Hrsg.). (2009). *SAPV-Glossar*. Online: <[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/SAPV\\_Glossar\\_DGP\\_DHPV\\_15\\_01\\_2009.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/SAPV_Glossar_DGP_DHPV_15_01_2009.pdf)> (abgerufen am 29.06.2022).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.). (2009). *Hintergrund-Information / Palliativmedizin im stationären Sektor*. Online: <<https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/presse/HI%20Palliativmedizin%20ambulanz.pdf>> (abgerufen am 22.06.2022).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.). (2011). *Entwicklungsstand und Struktur der palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland*. Online: <[http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Artikel\\_HM\\_Palliativstrukturen\\_2011-11-28.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Artikel_HM_Palliativstrukturen_2011-11-28.pdf)> (abgerufen am 24.06.2022).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.). (2017). *Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. SAPV: Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung ist kein Wettbewerbsfeld!* Online: <[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP\\_Stellungnahme\\_SAPV\\_Vergaberecht\\_20170214.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Stellungnahme_SAPV_Vergaberecht_20170214.pdf)> (abgerufen am 28.06.2022).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.). (2022). *Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland. Stand: 31.12.2020*. Online: <<https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>> (abgerufen am 15.09.2022).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.) & DHPV – Deutscher Hospiz- und Palliativverband (Hrsg.). (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: <[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Stellungnahme\\_DGP\\_DHPV\\_HPG\\_02092015.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Stellungnahme_DGP_DHPV_HPG_02092015.pdf)> (abgerufen am 21.06.2022).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.) & DHPV – Deutscher Hospiz- und Palliativverband (Hrsg.). (o. J.). *Nationales Hospiz- und Palliativregister*. Online: <<https://www.hospiz-palliativ-register.de/>> (abgerufen am 21.09.2022).
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). (2021). *OPS 2022 Systematik*. Online: <<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/>> (abgerufen am 29.06.2022).
- Escobar Pinzon, L. C., Claus, M., Zepf, K. I., Letzel, S. & Weber, M. (2013). Sterben in Rheinland-Pfalz: Gewünschter und tatsächlicher Sterbeort. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 75(12), S. 853–858. (Originaltitel „Dying in Rhineland-Palatinate (Germany): preferred and actual place of death“). DOI: <<https://doi.org/10.1055/s-0033-1333740>>.
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.). (2009). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)*. Online: <[https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2778/HKP-RL\\_2021-11-19\\_iK-2022-03-26.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2778/HKP-RL_2021-11-19_iK-2022-03-26.pdf)> (abgerufen am 28.06.2022).

- GBE-Bund – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.). (2022a). *Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung, BÄK. Einschränkung auf ZWB Palliativmedizin; Darstellung nach Bundesländern*. Online: <[https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=40447427&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=612&p\\_indsp=&p\\_ityp=H&p\\_fid=>](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=40447427&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=612&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=>)> (abgerufen am 15.09.2022).
- GBE-Bund – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.). (2022b). *Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Einschränkung nach entsprechenden Operationen; Darstellung nach Regionen*. Online: <[https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=11871915&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=662&p\\_indsp=&p\\_ansnr=78989676&p\\_version=1](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=11871915&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=662&p_indsp=&p_ansnr=78989676&p_version=1)> (abgerufen am 15.09.2022).
- Geofabric GmbH (Hrsg.). (2018). *OpenStreetMap Data Extracts*. Online: <<https://download.geofabrik.de/>> (abgerufen am 29.06.2022).
- GitHub (Hrsg.). (2022). *Photon*. Online: <<https://github.com/komoot/photon>> (abgerufen am 16.05.2022).
- GKV Spitzenverband (Hrsg.). (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*. Online: <[https://www.vdek.com/LVen/HES/Vertragspartner/Pflege/palliativversorgung/\\_jcr\\_content/par/download\\_0/file.res/SAPV-Empfehlungen.pdf](https://www.vdek.com/LVen/HES/Vertragspartner/Pflege/palliativversorgung/_jcr_content/par/download_0/file.res/SAPV-Empfehlungen.pdf)> (abgerufen am 22.06.2022).
- GKV Spitzenverband (Hrsg.). (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, i. d. F. vom 14.03.2016*. Online: <[https://www.dhfv.de/files/public/themen/Rahmenvereinbarung\\_%C2%A7\\_39a\\_Abs%20\\_2\\_Satz\\_8\\_SGB%20V\\_2016\\_03\\_14\\_.pdf](https://www.dhfv.de/files/public/themen/Rahmenvereinbarung_%C2%A7_39a_Abs%20_2_Satz_8_SGB%20V_2016_03_14_.pdf)> (abgerufen am 23.06.2022).
- GKV Spitzenverband (Hrsg.). (2017a). *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*. Online: <[https://www.dhfv.de/files/public/themen/2017\\_Rahmenvereinbarung\\_nach\\_%C2%A7\\_39a\\_Abs\\_1\\_Satz\\_4\\_stationaere\\_Hospize.pdf](https://www.dhfv.de/files/public/themen/2017_Rahmenvereinbarung_nach_%C2%A7_39a_Abs_1_Satz_4_stationaere_Hospize.pdf)> (abgerufen am 23.06.2022).
- GKV Spitzenverband (Hrsg.). (2017b). *Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Kinderhospizversorgung vom 31.03.2017*. Online: <[https://www.vdek.com/LVen/BAW/Service/Pflegeversicherung/Hospize/\\_jcr\\_content/par/download\\_0/file.res/2017\\_05\\_70%20Rahmenvertrag%20station%c3%a4re%20Hospize%20Kinder.pdf](https://www.vdek.com/LVen/BAW/Service/Pflegeversicherung/Hospize/_jcr_content/par/download_0/file.res/2017_05_70%20Rahmenvertrag%20station%c3%a4re%20Hospize%20Kinder.pdf)> (abgerufen am 22.06.2022).
- GKV Spitzenverband (Hrsg.). (2022a). *Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Koordination der Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkoordinatorin oder einen Netzwerkkoordinator nach § 39d Absatz 3 SGB V (Förderrichtlinie)*. Online: <[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hospiz\\_palliativversorgung/2022-04-01\\_HP-Netzwerke\\_Foerderrichtlinie\\_39d\\_SGB\\_V.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/2022-04-01_HP-Netzwerke_Foerderrichtlinie_39d_SGB_V.pdf)> (abgerufen am 09.09.2022).
- GKV Spitzenverband (Hrsg.). (2022b). *Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen nach § 114 Absatz 2a SGB XI, i. d. F. vom 01.06.2022*. Online: <[https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV\\_Qualitaetspruefung/Reg\\_Durchfuehrb\\_QP\\_\\_nach\\_114\\_Abs\\_2a\\_SGB\\_XI\\_01\\_06\\_2022.PDF](https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/Reg_Durchfuehrb_QP__nach_114_Abs_2a_SGB_XI_01_06_2022.PDF)> (abgerufen am 09.09.2022).



- GKV Spitzenverband & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg.). (2019). *Begutachtungsanleitung. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und stationäre Hospizversorgung*. Online: <[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hospiz\\_palliativversorgung/20190213\\_BGA\\_SAPV\\_und\\_stationare\\_Hospizversorgung\\_final.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/20190213_BGA_SAPV_und_stationare_Hospizversorgung_final.pdf)> (abgerufen am 24.06.2022).
- GKV Spitzenverband, Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin & DHPV – Deutscher Hospiz- und Palliativverband (Hrsg.). (2013). *Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen*. Online: <[https://www.aok.de/gp/fileadmin/user\\_upload/Pflege/Hospiz-\\_und\\_Palliativversorgung/Allgemeine\\_und\\_spezialisierte\\_ambulante\\_Palliativversorgung/sapv\\_kinder\\_jugend\\_2013-06-12.pdf](https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Hospiz-_und_Palliativversorgung/Allgemeine_und_spezialisierte_ambulante_Palliativversorgung/sapv_kinder_jugend_2013-06-12.pdf)> (abgerufen am 24.06.2022).
- Graphhopper (Hrsg.). (o. J.). *Open Source*. Online: <<https://www.graphhopper.com/open-source/>> (abgerufen am 16.05.2022).
- Gräske, J. & Forbrig, T. A. (2022). *Mögliche Folgen der Einrichtungsbezogenen Impfpflicht nach § 20a Infektionsschutzverordnung. Eine Querschnittserhebung von Einrichtungen nach SGB V und SGB X*. Online: <[https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/Bachelor-Studiengaenge/Pflege/Abschlussbericht\\_Impfpflicht.pdf](https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/Bachelor-Studiengaenge/Pflege/Abschlussbericht_Impfpflicht.pdf)> (abgerufen am 12.09.2022).
- Grote-Westrick, M. & Volbracht, E. (2015). *SPOTLIGHT Gesundheit: Palliativversorgung. Leistungsangebot entspricht (noch) nicht dem Bedarf – Ausbau erfordert klare ordnungspolitische Strategie*. Bertelsmann Stiftung. Online: <[https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes\\_VV\\_Palliativversorgung\\_2015.pdf](https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf)> (abgerufen am 27.06.2022).
- Husebø, S. & Klaschik, E. (2009). *Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis*. 5. Aufl. Berlin (u. a.): Springer. Online: <<http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1623056>>.
- Ihme, D., Kopitzsch, F., Kränzle, S., Müller-Busch, H. C., Voltz, R. & Wehrauch, B. (2016). *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer nationalen Strategie*. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV) & Bundesärztekammer (BÄK) (Hrsg.). Online: <[https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/220207\\_Handlungsempfehlung\\_online.pdf](https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/220207_Handlungsempfehlung_online.pdf)> (abgerufen am 22.06.2022).
- InEK GmbH (Hrsg.). (2022). *Fallpauschalenkatalog*. Online: <[https://www.g-drg.de/aG-DRG-System\\_2022/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog\\_20222](https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2022/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_20222)> (abgerufen am 22.06.2022).
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.). (2022). *Pflege-Report 2022. Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege*. Springer-Verlag. (Pflege-Report, 2022). Berlin: Springer.
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Schwinger, A. & Klauber, J. (Hrsg.). (2017). *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer GmbH. Stuttgart: Schattauer.
- 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*. Online: <<https://d-nb.info/1069040460/34>> (abgerufen am 24.06.2022).
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2021). *Qualitätsbericht 2021. Berichtsjahr 2020*. Online: <[https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Qualitätsbericht\\_2021.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Qualitätsbericht_2021.pdf)> (abgerufen am 15.09.2022).

- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2022). *Gesundheitsdaten Kassenärztliche Bundesvereinigung*. Online: <<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17067.php>> (abgerufen am 15.09.2022).
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) & GKV Spitzenverband (Hrsg.). (2016). *Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung*. Online: <[https://www.kbv.de/media/sp/Anlage\\_30\\_Palliativversorgung.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf)> (abgerufen am 23.06.2022).
- Koordinierungsstelle für Hospiz- u. Palliativversorgung in Deutschland (Hrsg.). (2022). *Charta Unterstützer. Institutionen und Organisationen Sachsen*. Online: <[https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/Unterstuetzer\\_Institutionen\\_Sachsen.pdf](https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/Unterstuetzer_Institutionen_Sachsen.pdf)> (abgerufen am 21.06.2022).
- Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger, C. (2011). *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*. 4., überarb. u. erw. Aufl. (Springer E-book Collection). Berlin (u. a.): Springer.
- Leipziger Diakonie Hospiz gGmbH (Hrsg.). (o. J.). *Stationäres Leipziger Diakonie Hospiz*. Online: <<https://www.leipziger-diakonie-hospiz.de/startseite>> (abgerufen am 04.11.2022).
- Luo, W. & Wang, F. (2003). Spatial Accessibility to Primary Care and Physician Shortage Area Designation: A Case Study in Illinois with GIS Approaches. In: O. A. Khan & R. Skinner (Hrsg.). *Geographic Information Systems and Health Applications*. Hershey, Pa.: IGI Global, S. 261–279. DOI: <<https://doi.org/10.4018/978-1-59140-042-4.ch015>>.
- LVHP – Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. (Hrsg.). (2020). *Hospiz- und Palliativführer für das Land Sachsen*. Online: <[https://hospiz-palliativ-sachsen.de/2018/wp-content/uploads/Hospizfuehrer-2022\\_WEB.pdf](https://hospiz-palliativ-sachsen.de/2018/wp-content/uploads/Hospizfuehrer-2022_WEB.pdf)> (abgerufen am 03.11.2022).
- LVHP – Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. (Hrsg.). (o. J.). *Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)*. Online: <<https://hospiz-palliativ-sachsen.de/hospizarbeit-palliativmedizin/ambulante-palliativversorgung/adressen/>> (abgerufen am 14.09.2022).
- Melching, H. (2015). *Faktencheck Palliativversorgung – Modul 2. Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung*. Bertelsmann Stiftung. Online: <[https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie\\_VV\\_FCG\\_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf)> (abgerufen am 22.06.2022).
- Payne, S., Harding, A., Williams, T., Ling, J. & Ostgathe, C. (2022). Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliative medicine*, 36(4), S. 680–697. DOI: <<https://doi.org/10.1177/02692163221074547>>.
- Pfeiffersche Stiftungen (Hrsg.). (o. J.). *Nächstenliebe in Zeiten von Corona*. Online: <<https://www.pfeiffersche-stiftungen.de/corona-alltagsheldinnen-und-helden/ehrenamtliche-sterbebegleiter.html>> (abgerufen am 21.09.2022).
- Radbruch, L. & Payne, S. (2011). Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 12(06), S. 260. DOI: <<https://doi.org/10.1055/s-0031-1276957>>.
- Sachsen-Thüringen Mustervertrag. Vertrag gem. § 132 d SGB V über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung zwischen SAPV-Leistungserbringern und Krankenkassen*. (2009). Online: <[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Sachsen-Thueringen\\_Mustervertrag\\_SAPV\\_2009.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Sachsen-Thueringen_Mustervertrag_SAPV_2009.pdf)> (abgerufen am 29.06.2022).
- Sächsische Staatsregierung (Hrsg.). (o. J.). *Archiv der abgelaufenen amtlichen Bekanntmachungen*. Online: <<https://www.coronavirus.sachsen.de/archiv-der-abgelaufenen-amtlichen-bekanntmachungen-7295.html>> (abgerufen am 20.09.2022).

- SLÄK – Sächsische Landesärztekammer (Hrsg.). (2022). *Anzahl an Ärzt:innen mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin*. [E-Mail]. An: WIG2 Institut.
- SMS – Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (Hrsg.). (2007). *Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales zur Förderung von ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen vom 17. April 2007 (FRL Hospiz)*. Online: <[https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift\\_gesamt/9349/37208.pdf](https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift_gesamt/9349/37208.pdf)> (abgerufen am 28.06.2022).
- SMS – Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (Hrsg.). (2019). *Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur Förderung der Gesundheit, Prävention, Beratung sowie Hospiz- und Palliativversorgung (RL Gesundheit und Versorgung)*. Online: <[https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift\\_gesamt/18540/43137.pdf](https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift_gesamt/18540/43137.pdf)> (abgerufen am 21.06.2022).
- SMS – Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (Hrsg.). (2021). *Übersicht AHD, SH, SAPV*. [Excel-Datei; Unveröffentlichte Daten]. An: WIG2 Institut.
- SMS – Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (Hrsg.). (2022a). *Datensammlung AHD-Statistik 2020 und 2021*. [Excel-Datei; Unveröffentlichte Daten]. An: WIG2 Institut.
- SMS – Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (Hrsg.). (2022b). *Bestandsübersicht Palliativmedizin plausibilisiert*. [Excel-Datei; Unveröffentlichte Daten]. An: WIG2 Institut.
- SMS – Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (Hrsg.). (2022c). *SAPV-Teams Vertragsbeginn & Versorgungsregion*. [Excel-Datei; Unveröffentlichte Daten]. An: WIG2 Institut.
- SMS – Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (Hrsg.). (2022d). *Länderumfrage zur Landesförderung der Hospizarbeit*.
- SMS – Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (Hrsg.). (o. J.). *Pflegedatenbank*. Online: <<https://www.pflegenetz.sachsen.de/pflegedatenbank/>> (abgerufen am 14.09.2022).
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.). (2020). *7. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen 2019 bis 2035*. Online: <[https://www.demografie-portal.de/DE/Service/Publikationen/2020/sachsen-siebte-regionalisierte-bevoelkerungsvorausberechnung.pdf;jsessionid=8FC8A03523D2D89A55594866FF3DAC3F.intranet242?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.demografie-portal.de/DE/Service/Publikationen/2020/sachsen-siebte-regionalisierte-bevoelkerungsvorausberechnung.pdf;jsessionid=8FC8A03523D2D89A55594866FF3DAC3F.intranet242?__blob=publicationFile&v=1)> (abgerufen am 23.06.2022).
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.). (2021a). *Entwicklung der Sterblichkeit zur Zeit der Corona-Pandemie. Tabellen*. Online: <[https://www.statistik.sachsen.de/download/sonderseite-corona/statistik-sachsen\\_sterblichkeit-corona.xlsx](https://www.statistik.sachsen.de/download/sonderseite-corona/statistik-sachsen_sterblichkeit-corona.xlsx)> (abgerufen am 20.10.2022).
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.). (2021b). *Bevölkerungsstand, Einwohnerzahlen. Eckdaten für Sachsen*. Online: <[https://www.statistik.sachsen.de/html/bevoelkerungsstand-einwohner.html?\\_cp=%7B%22accordion-content-7184%22%3A%7B%220%22%3Atrue%7D%2C%22previousOpen%22%3A%7B%22group%22%3A%22accordion-content-7184%22%2C%22idx%22%3A0%7D%7D](https://www.statistik.sachsen.de/html/bevoelkerungsstand-einwohner.html?_cp=%7B%22accordion-content-7184%22%3A%7B%220%22%3Atrue%7D%2C%22previousOpen%22%3A%7B%22group%22%3A%22accordion-content-7184%22%2C%22idx%22%3A0%7D%7D)> (abgerufen am 03.11.2022).

- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.). (2022a). *Corona Spezial: Sterblichkeit in Sachsen*. Online: <<https://www.statistik.sachsen.de/html/statistischbetrachtet-corona-sterblichkeit.html#a-28811>> (abgerufen am 20.10.2022).
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.). (2022b). *Berufe des Gesundheitswesens: Niedergel. Ärzte mit Unterglied., Niedergel. Zahnärzte, Öffentl. Apotheken, Apotheker - Kreise. Gebietsstand: 31.12.2020. GENESIS-Tabelle: 23511-002Z*. Online: <<https://www.statistik.sachsen.de/genonline//online?operation=table&code=23511-002Z&bypass=true&levelindex=0&levelid=1666619012137#abreadcrumb>> (abgerufen am 24.10.2022).
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.). (2022c). *Berufe des Gesundheitswesens: Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Öffentl. Apotheken absolut und je 100000 Einw. 1) - Kreise. Gebietsstand: 31.12.2020. GENESIS-Tabelle: 23511-021Z*. Online: <<https://www.statistik.sachsen.de/genonline//online?operation=table&code=23511-021Z&bypass=true&levelindex=0&levelid=1666619289769#abreadcrumb>> (abgerufen am 24.10.2022).
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.). (2022d). *Fortschreibung zum 31.12. nach Geschlecht und Alter auf Kreise zum 31.12.2020. GENESIS-Tabelle: 12410-030Z*. Online: <<https://www.statistik.sachsen.de/genonline//online?operation=table&code=12410-030Z&bypass=true&levelindex=0&levelid=1667552464968#abreadcrumb>> (abgerufen am 04.11.2022).
- Villa Auguste (Hrsg.). (2018). *Hospiz Villa Auguste*. Online: <<https://www.hospiz-villa-auguste.de/tageshospiz.html>> (abgerufen am 21.09.2022).
- Watson, M., Lucas, C., Hoy, A. & Wells, J. (2009). *Oxford Handbook of Palliative Care (Oxford Handbooks)*. 2. Aufl. Oxford University Press. DOI: <<https://doi.org/10.1093/med/9780199234356.001.0001>>.
- Weinhold, I., Claus, F., Karmann, A., Kliemt, R., Wende, D. & Plaul, C. (2018). *Hospizstudie 2017. Standorte und demografische Rahmenbedingungen zur Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen. Gutachten im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz*.

## 10.2 Rechtsquellen

- GVWG – Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vom 11.07.2021. *BGBl.* (44), S. 2754. Online: <[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&start=%2F%2F%2A%5B%40attr\\_id=%27bgbl121s2754.pdf%27%5D#\\_\\_bgbl\\_\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl121s2754.pdf%27%5D\\_\\_1662723061972](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=%2F%2F%2A%5B%40attr_id=%27bgbl121s2754.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl121s2754.pdf%27%5D__1662723061972)> (abgerufen am 09.09.2022).
- HPG – Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland vom 01.12.2015. *BGBl.*, 2015(48), S. 2114. Online: <[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&start=//%255B@attr\\_id=%27bgbl115s2114.pdf%27%5D#\\_\\_bgbl\\_\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl115s2114.pdf%27%5D\\_\\_1663670766360](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%255B@attr_id=%27bgbl115s2114.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2114.pdf%27%5D__1663670766360)> (abgerufen am 20.09.2022).
- IfSG – Infektionsschutzgesetz vom 28.06.2022. Online: <<https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/BJNR104510000.html>> (abgerufen am 20.09.2022).
- PfIBG – Gesetz über die Pflegeberufe vom 24.07.2017. *BGBl.*, 2017(49), S. 2581. Online: <<https://www.gesetze-im-internet.de/pfibr/BJNR258110017.html>> (abgerufen am 20.09.2022).

- PpSG – Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals vom 11.12.2018. *BGBI.*, 2018(45), S. 2394. Online:  
 <[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&start=%2F%2F%2A%5B%40attr\\_id=%27bgbl118s2394.pdf%27%5D#\\_\\_bgbl\\_\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl118s2394.pdf%27%5D\\_\\_1663671198012](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=%2F%2F%2A%5B%40attr_id=%27bgbl118s2394.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s2394.pdf%27%5D__1663671198012)> (abgerufen am 20.09.2022).
- SächsCoronaSchVO vom 10.06.2021 – Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zum Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 vom 10.06.2021. Online:  
 <<https://www.coronavirus.sachsen.de/download/SMS-Saechsische-Corona-Schutz-Verordnung-2021-06-10.pdf>> (abgerufen am 09.09.2022).
- SächsCoronaSchVO vom 11.12.2020 – Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zum Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 vom 11.12.2020. Online:  
 <<https://www.coronavirus.sachsen.de/download/Loeschen/SMS-Saechsische-Corona-Schutz-Verordnung-2020-12-11.pdf>> (abgerufen am 22.09.2022).
- SächsCoronaSchVO vom 12.01.2021 – Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zum Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 vom 08.01.2021 in der Lesefassung vom 12.01.2021. Online:  
 <<https://www.coronavirus.sachsen.de/download/SMS-Saechsische-Corona-Schutz-Verordnung-2021-01-08-konsol-Lesefassung-2021-01-12.pdf>> (abgerufen am 09.09.2022).
- SächsCoronaSchVO vom 17.04.2020 – Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zum Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 vom 17.04.2020. *SächsGVBl.* Online:  
 <<https://www.mdr.de/nachrichten/corona-verordnung-sachsen-102.html>> (abgerufen am 09.09.2022).
- SächsCoronaSchVO vom 17.10.2020 – Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zum Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 vom 29.09.2020 in der konsolidierten Lesefassung vom 17.10.2020. Online:  
 <[https://www.coronavirus.sachsen.de/download/Loeschen/SMS\\_Saechsische\\_Corona-Schutzverordnung\\_konsolidierte\\_Lesefassung-2020-10-17.pdf](https://www.coronavirus.sachsen.de/download/Loeschen/SMS_Saechsische_Corona-Schutzverordnung_konsolidierte_Lesefassung-2020-10-17.pdf)> (abgerufen am 09.09.2022).
- SächsCoronaSchVO vom 21.10.2020 – Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zum Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 vom 21.10.2020. Online:  
 <<https://www.coronavirus.sachsen.de/download/SMS-Saechsische-Corona-SchutzVO.pdf>> (abgerufen am 09.09.2022).
- SächsCoronaSchVO vom 23.03.2021 – Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zum Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 vom 05.03.2021 in der Lesefassung vom 23.03.2021. Online:  
 <<https://www.coronavirus.sachsen.de/download/SMS-Saechsische-Corona-Schutz-Verordnung-2021-03-05-Lesefassung-2021-03-23.pdf>> (abgerufen am 09.09.2022).
- SächsCoronaSchVO vom 23.03.2021 – Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zum Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 vom 05.03.2021 in der Lesefassung vom 23.03.2021. Online:  
 <<https://www.coronavirus.sachsen.de/download/SMS-Saechsische-Corona-Schutz-Verordnung-2021-03-05-Lesefassung-2021-03-23.pdf>> (abgerufen am 22.09.2022).

SächsCoronaSchVO vom 24.08.2021 – Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zum Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 vom 24.08.2021. Online:

<<https://www.coronavirus.sachsen.de/download/SMS-Saechsische-Corona-Schutz-Verordnung-2021-08-24.pdf>> (abgerufen am 09.09.2021).

SächsCoronaSchVO vom 30.10.2020 – Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zum Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 vom 30.10.2020. Online:

<[https://www.coronavirus.sachsen.de/download/Loeschen/2020\\_10\\_30\\_SaechsCoronaSchutzVO.pdf](https://www.coronavirus.sachsen.de/download/Loeschen/2020_10_30_SaechsCoronaSchutzVO.pdf)> (abgerufen am 09.09.2022).

SächsCoronaSchVO vom 31.03.2022 – Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zum Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 vom 31.03.2022. Online:

<<https://www.coronavirus.sachsen.de/download/SMS-Saechsische-Corona-Schutz-Verordnung-2022-03-31.pdf>> (abgerufen am 09.09.2022).

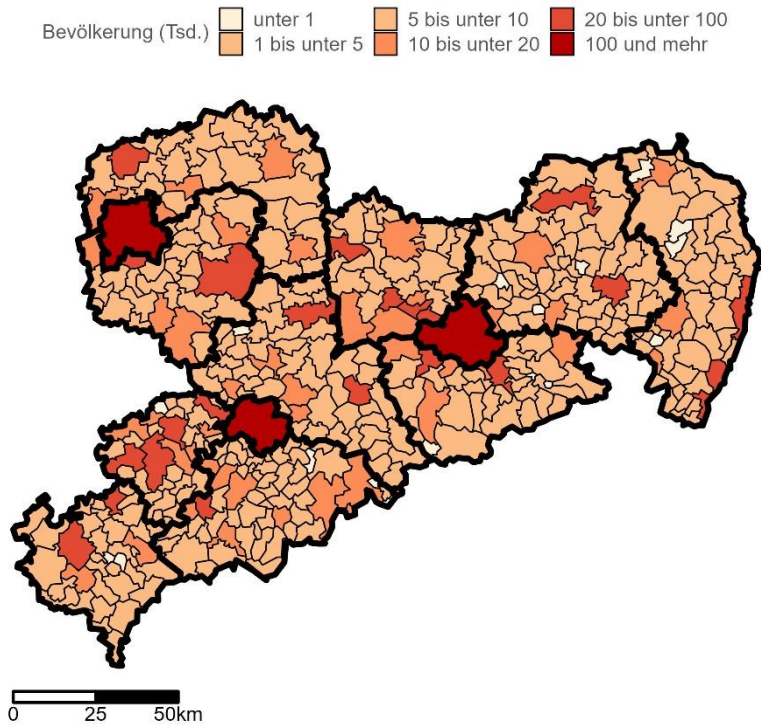
SächsCoronaSchVO vom 31.03.2022 – Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zum Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 vom 31.03.2022. Online:

<<https://www.coronavirus.sachsen.de/download/SMS-Saechsische-Corona-Schutz-Verordnung-2022-03-31.pdf>> (abgerufen am 09.09.2022).

SGB V – Sozialgesetzbuch Fünftes Buch vom 28.06.2022.

# 11. Anhang

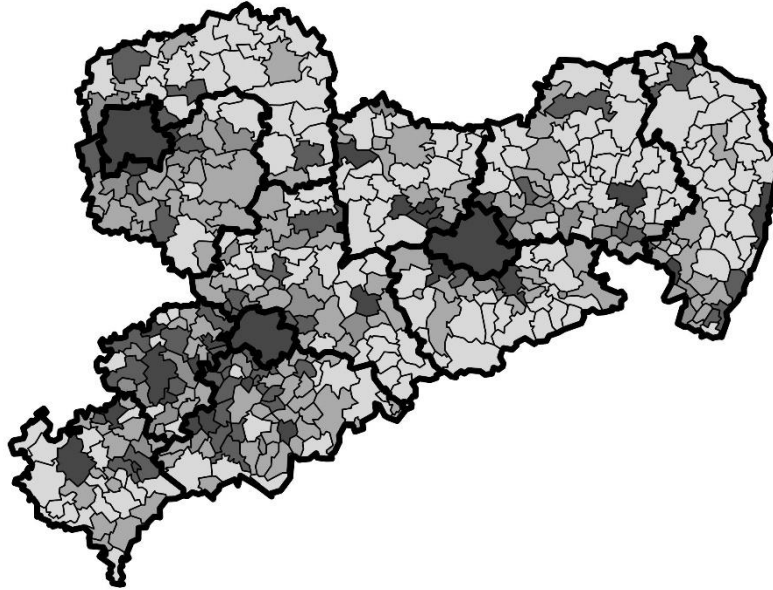
## 11.1 Bevölkerung



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

**Karte 18: Bevölkerung in den Gemeinden Sachsens 2020**

Einwohner je km<sup>2</sup> □ unter 100 □ 100 bis unter 250 □ 250 bis unter 500 □ 500 bis unter 1000 □ 1000 und mehr

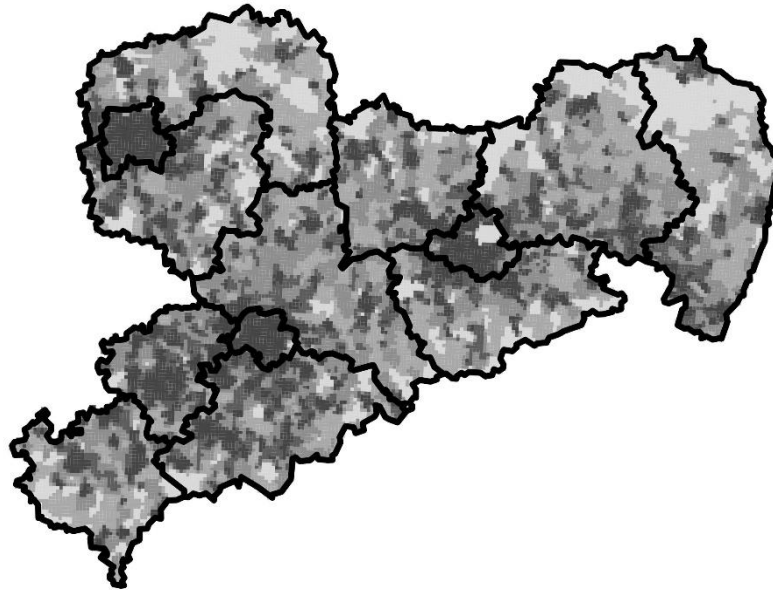


0 25 50km

Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: BBSR

### Karte 19: Einwohner- und Einwohnerinnendichte in den Gemeinden Sachsens 2019

Einwohner je km<sup>2</sup> □ unter 25 □ 25 bis unter 50 □ 50 bis unter 100 □ 100 bis unter 200 □ 200 und mehr



0 25 50km

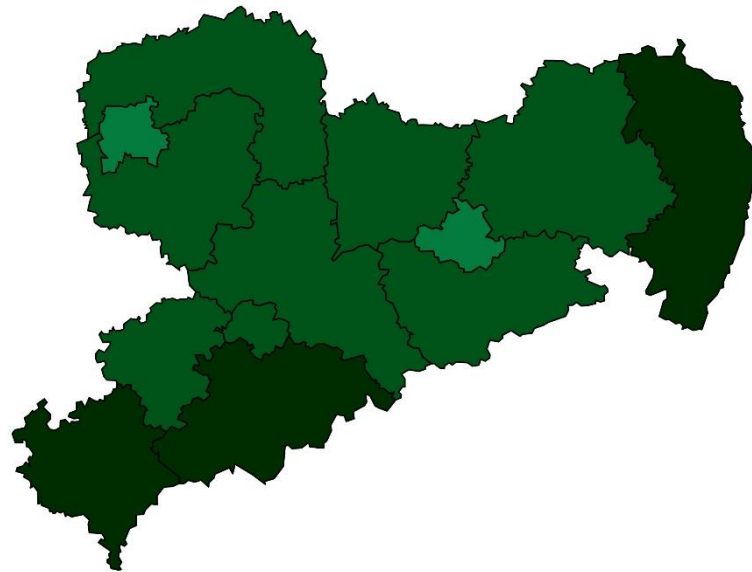
Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: Statistisches Bundesamt (Destatis)

### Karte 20: Einwohner und Einwohnerinnen in Sachsen mit Rasterzellen 2019



Anteil 65 Jahre und älter (%), 2020

■ bis unter 10	■ 15 bis unter 20	■ 25 bis unter 30
■ 10 bis unter 15	■ 20 bis unter 25	■ 30 und mehr

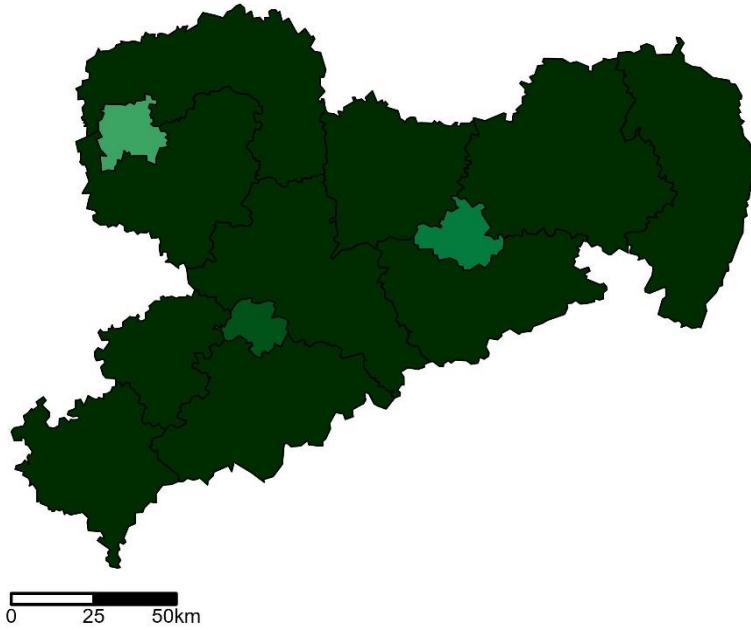


Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
 Daten: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

**Karte 21: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2020**

Anteil 65 Jahre und älter (%), 2030

bis unter 10	15 bis unter 20	25 bis unter 30
10 bis unter 15	20 bis unter 25	30 und mehr

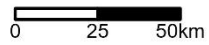
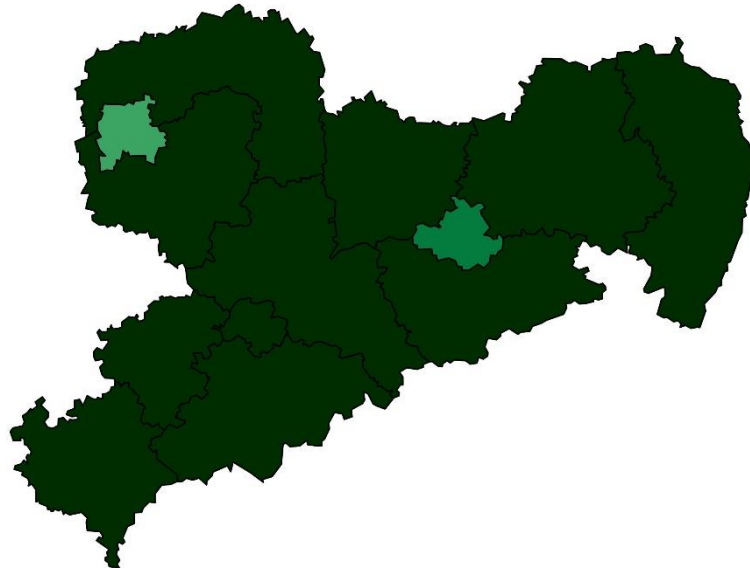


Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

**Karte 22: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2030**

Anteil 65 Jahre und älter (%), 2050

bis unter 10	15 bis unter 20	25 bis unter 30
10 bis unter 15	20 bis unter 25	30 und mehr

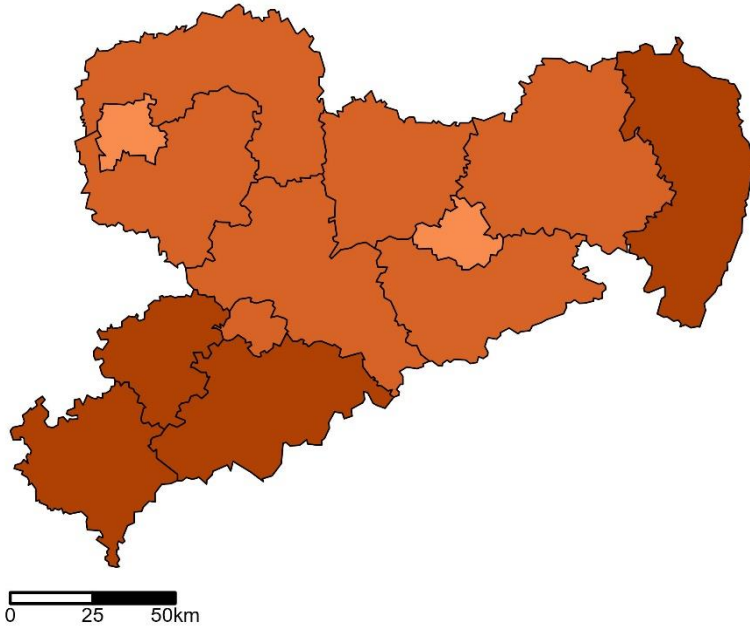


Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: Eigene Berechnungen

**Karte 23: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2050**

Anteil 65 bis unter 80 Jahre (%), 2020

bis unter 10	15 bis unter 20	25 bis unter 30
10 bis unter 15	20 bis unter 25	30 und mehr

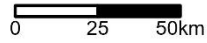
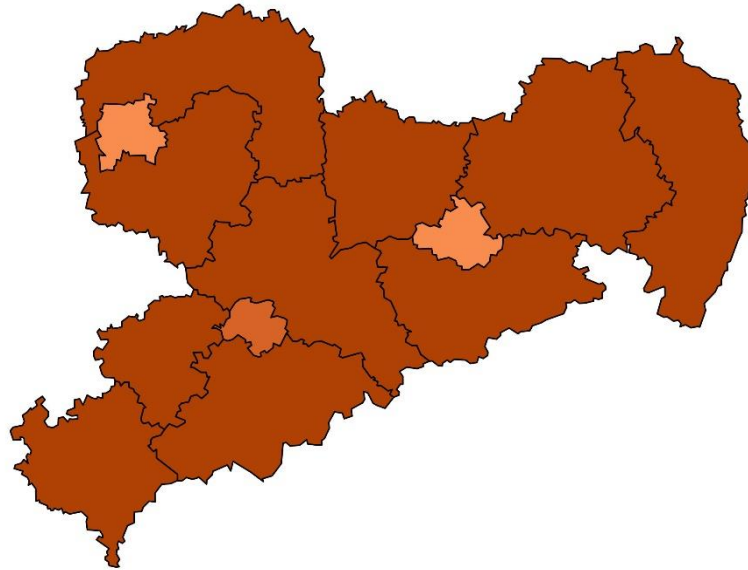


Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
 Daten: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

**Karte 24: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80-Jährige in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2020**

Anteil 65 bis unter 80 Jahre (%), 2030

bis unter 10	15 bis unter 20	25 bis unter 30
10 bis unter 15	20 bis unter 25	30 und mehr

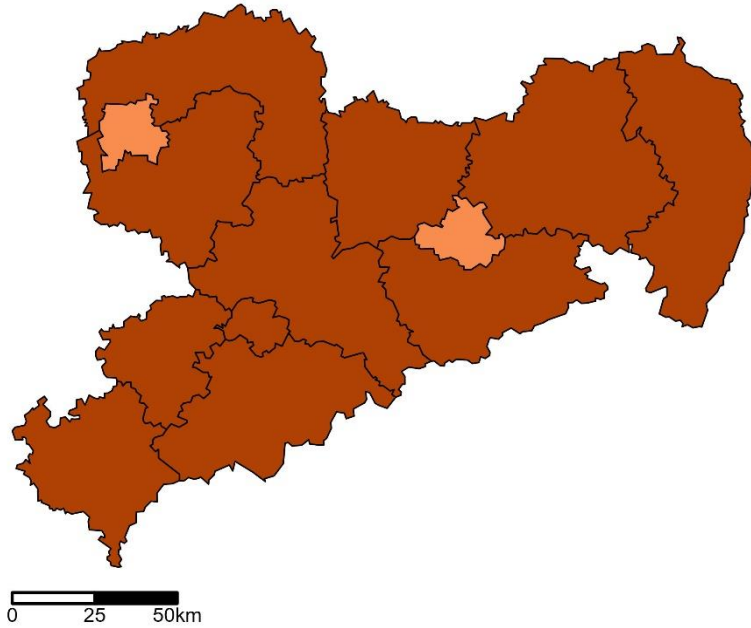


Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
 Daten: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

**Karte 25: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80-Jährige in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2030**

Anteil 65 bis unter 80 Jahre (%), 2050

bis unter 10	15 bis unter 20	25 bis unter 30
10 bis unter 15	20 bis unter 25	30 und mehr

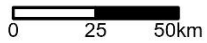
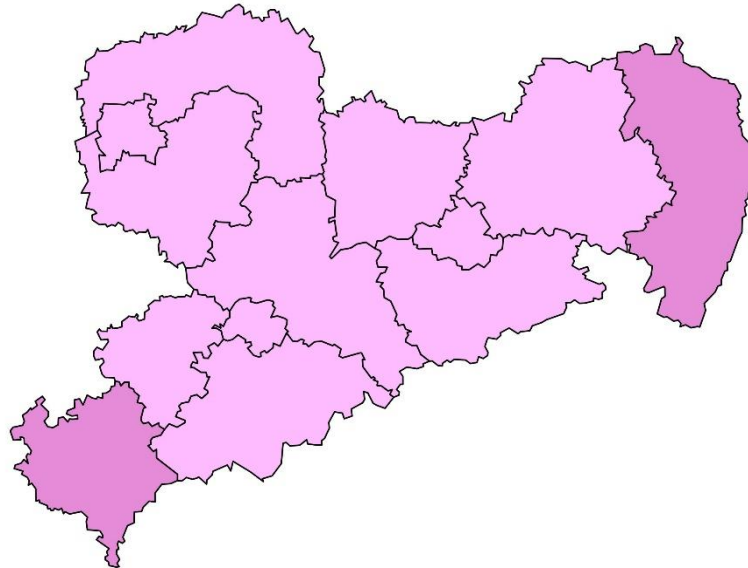


Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: Eigene Berechnungen

**Karte 26: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80-Jährige in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2050**

Anteil 80 Jahre und älter (%), 2020

bis unter 10	15 bis unter 20	25 bis unter 30
10 bis unter 15	20 bis unter 25	30 und mehr

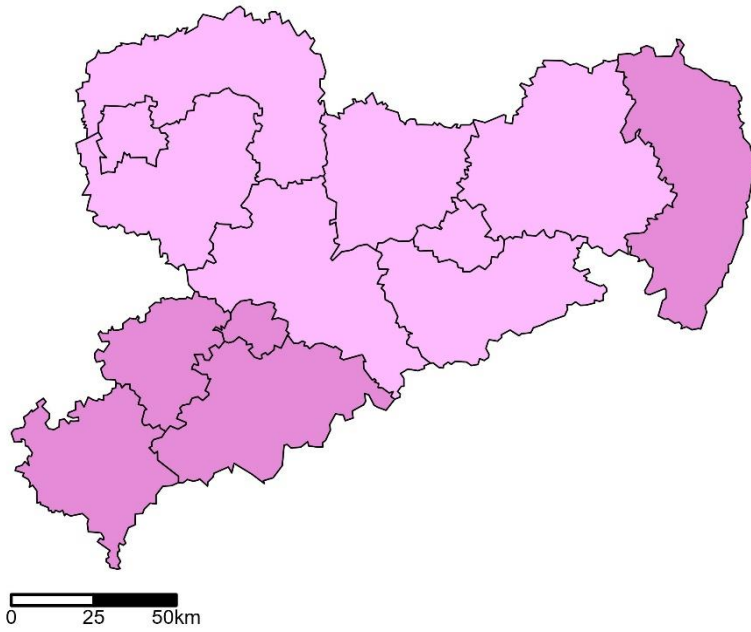


Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
 Daten: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

**Karte 27: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2020**

Anteil 80 Jahre und älter (%), 2030

bis unter 10	15 bis unter 20	25 bis unter 30
10 bis unter 15	20 bis unter 25	30 und mehr



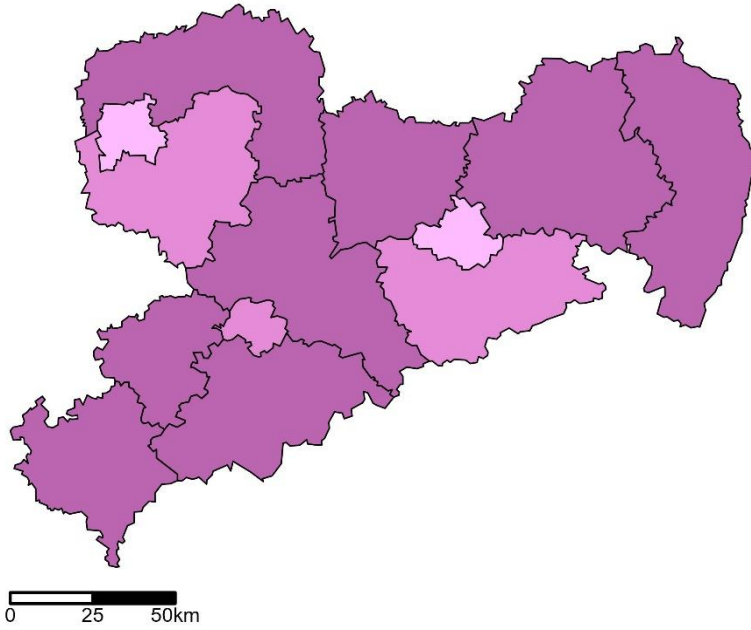
Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

**Karte 28: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2030**



Anteil 80 Jahre und älter (%), 2050

bis unter 10	15 bis unter 20	25 bis unter 30
10 bis unter 15	20 bis unter 25	30 und mehr

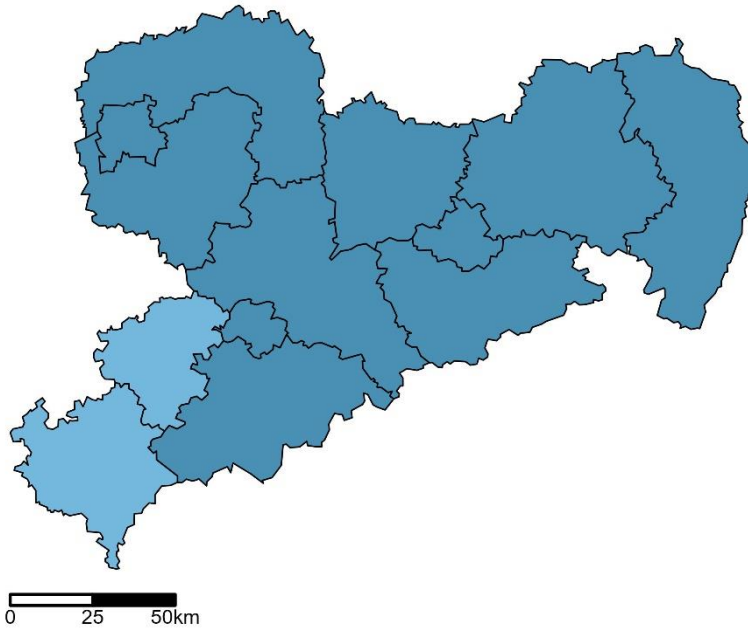


Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: Eigene Berechnungen

**Karte 29: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2050**

Anteil unter 18 Jahre (%), 2020

bis unter 10	15 bis unter 20	25 bis unter 30
10 bis unter 15	20 bis unter 25	30 und mehr

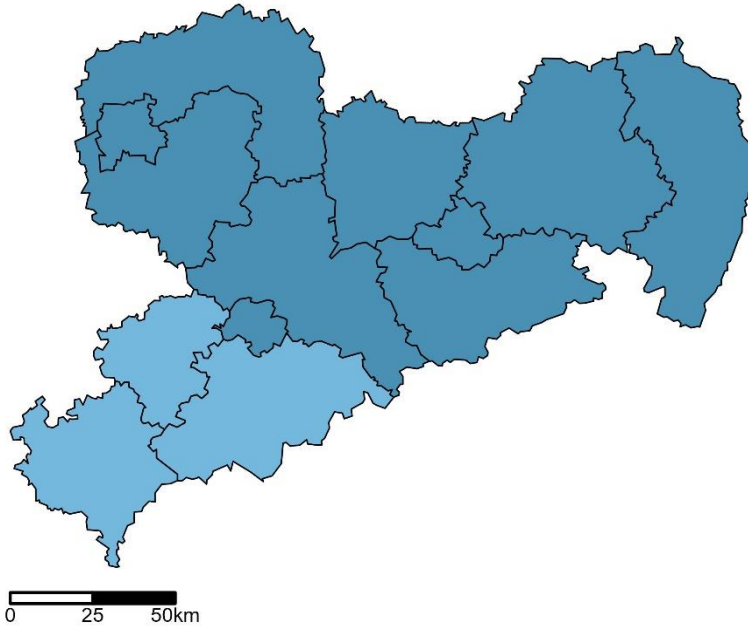


Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

**Karte 30: Bevölkerungsanteil unter 18 Jahre in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2020**

Anteil unter 18 Jahre (%), 2030

bis unter 10	15 bis unter 20	25 bis unter 30
10 bis unter 15	20 bis unter 25	30 und mehr

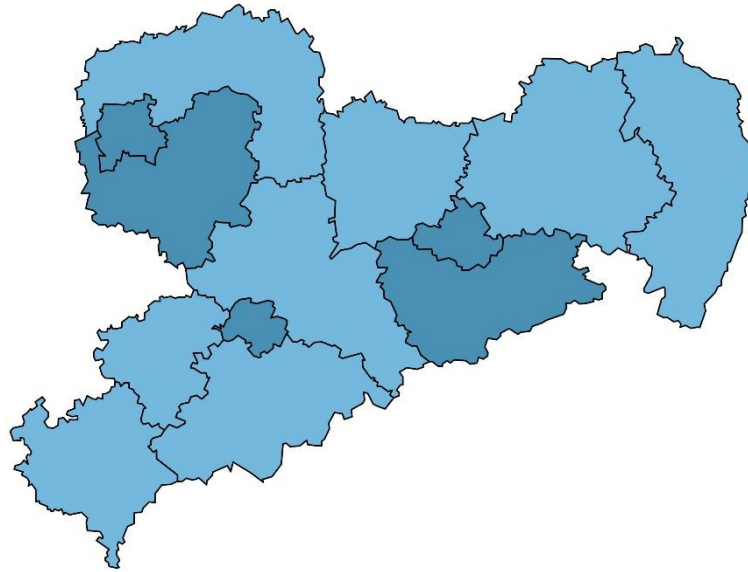


Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

**Karte 31: Bevölkerungsanteil unter 18 Jahre in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2030**

Anteil unter 18 Jahre (%), 2050

bis unter 10	15 bis unter 20	25 bis unter 30
10 bis unter 15	20 bis unter 25	30 und mehr

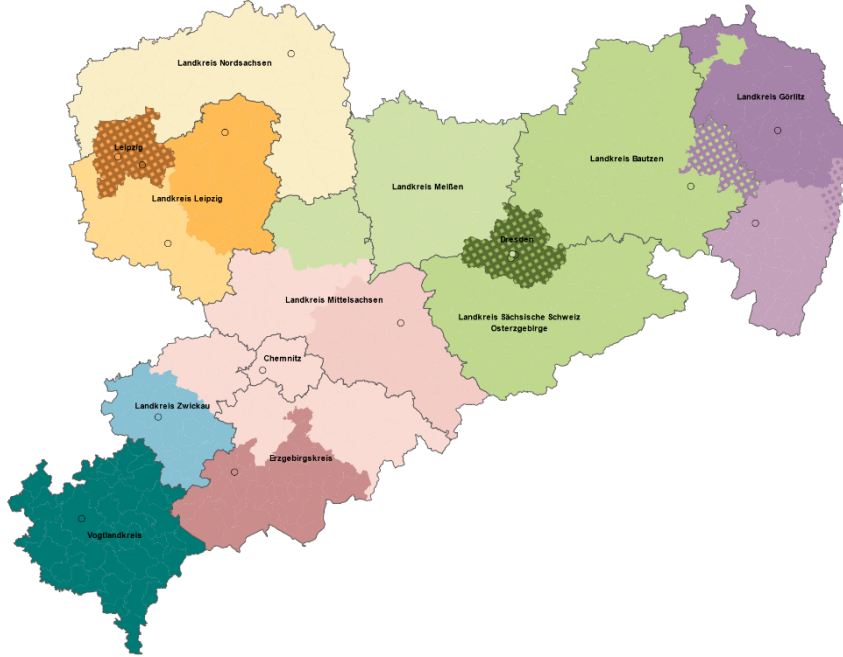


Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: Eigene Berechnungen

**Karte 32: Bevölkerungsanteil unter 18 Jahre in den kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens 2050**

## 11.2 Aktuelle Standorte der Hospiz- und Palliativeinrichtungen

- Drückenteam am Hospiz Villa Auguste
- Palliativdienst Leipzig Palliativgesellschaft mbH
- SAPV-Team Muldenal der Muldenal Kliniken GmbH
- SAPV-Team Südram Leipzig
- Drückenteam Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“
- Drückenteam am Krankenhaus St. Joseph-St. Dresden
- Palliativ-Drückenteam DRK Aue-Schwarzenberg
- SAPV Team 1 SAPV Plus gGmbH
- Palliativdienst Nordsachsen Leipziger Palliativgesellschaft mbH
- SAPV Team Elbland der SAPV Plus gGmbH
- Palliativz. Freiberg GR
- Palliativprojekt Chemnitz GmbH
- SAPV Team Oberlausitz gGmbH
- SAPV Team Niesky
- Drückenteam mit/Anbindung an die Palliativstation Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH
- Palliativmedizinischer Notdienst Drückenteam Vogtlandkreis



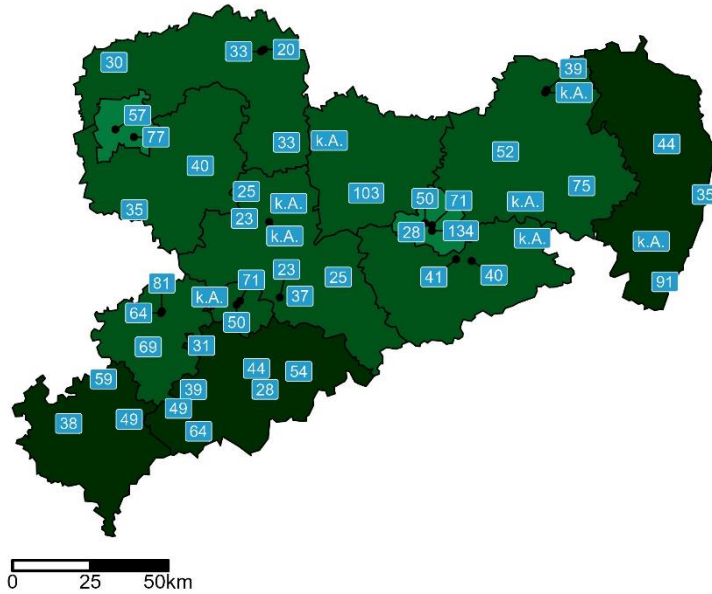
Karte: CC-BY-NC, Autor: WISZ GmbH, Geoforme: @GeoBasis-DE / BKG 2022, Daten: LVHP

**Karte 33: Standorte und Versorgungsgebiete<sup>43</sup> der SAPV**

<sup>43</sup> Abweichend von der angegebenen Quelle hat das Palliativteam Lausitz e.V zum 1. Februar 2022 die Arbeit eingestellt. Das ehemals versorgte Gebiet, der Altlandkreis Hoyerswerda, wird nun vom SAPV Plus Team 1 versorgt. Dieser Sachverhalt ist in der Karte beachtet.

Anteil 65 Jahre und älter (%), 2020

a Anzahl der Ehrenamtlichen (AHD)    bis unter 10    10 bis unter 15    15 bis unter 20  
 20 bis unter 25    25 bis unter 30    30 und mehr



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
 Daten: Statistisches Landesamt Sachsen, SMS

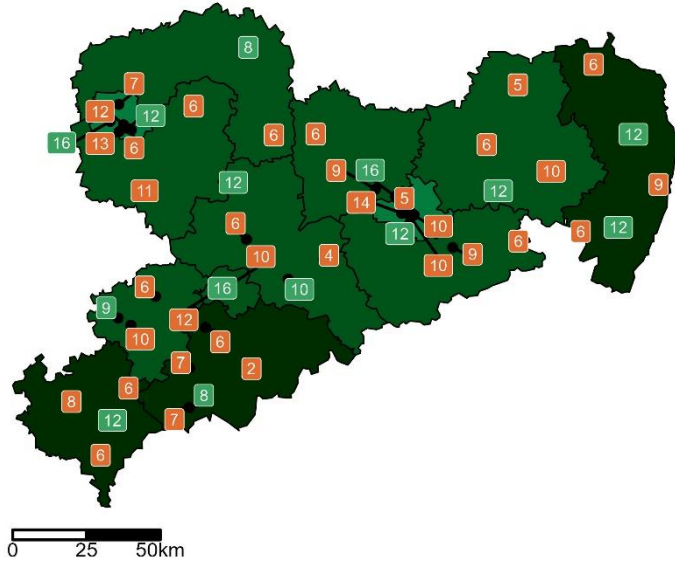
**Karte 34: Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen 2020 (exklusive AAPV-Leistungen)**

Betten- / Platzanzahl und Standorte 2020

Anteil 65 Jahre und älter (%), 2020

■ Palliativstationen  
■ Stationäre Hospize

■ bis unter 10    ■ 10 bis unter 15    ■ 15 bis unter 20  
■ 20 bis unter 25    ■ 25 bis unter 30    ■ 30 und mehr



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
 Daten: Statistisches Landesamt Sachsen, SMS

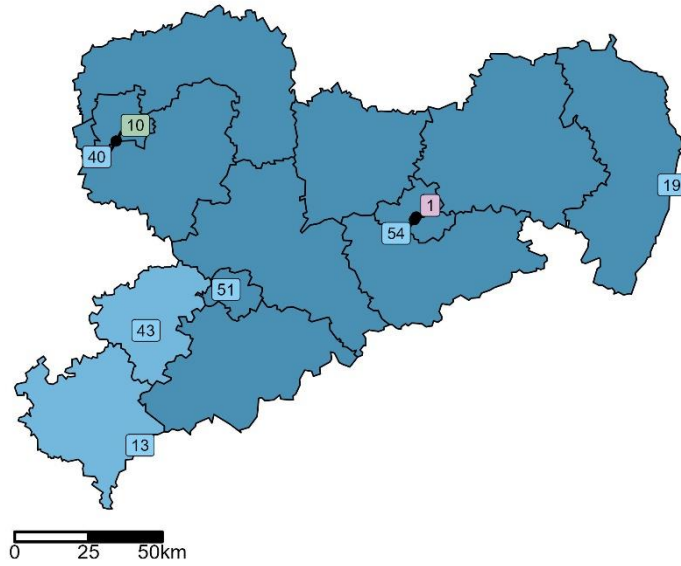
**Karte 35: Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen 2020**

Platzanzahl (Kinderhospiz), Anzahl der Ehrenamtlichen (AKHD) und Standorte (SAPV)

- Ambulante Kinderhospizdienste
- Stationäre Kinderhospize
- SAPV Kinder- und Jugendliche

Anteil unter 18 Jahre (%), 2020

- bis unter 10
- 10 bis unter 15
- 15 bis unter 20
- 20 bis unter 25
- 25 bis unter 30
- 30 und mehr



Karte: CC-BY-NC; Autor: WIG2 GmbH; Geometrie: @GeoBasis-DE / BKG 2022;  
Daten: Statistisches Landesamt Sachsen, SMS, LVHP

**Karte 36: Kinderhospiz- und -palliativversorgung in Sachsen 2020**



Tabelle 53: Standorte der 49 ambulanten Hospizdienste in Sachsen

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Ort	Name	Adresse	PLZ
<b>Chemnitz, Stadt</b>	Chemnitz	Ambulanter Hospizdienst DOMUS e. V.	Leipziger Str. 137 a	09113
	Chemnitz	Hospiz- und Palliativdienst Chemnitz e.V.	Am Karbel 61 a	09116
<b>Erzgebirgskreis</b>	Annaberg-Buchholz	Ambulanter Malteser Hospizdienst Annaberg	Büttnerplatz 1	09456
	Aue	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst Zion	Schneeberger Str. 98	08280
	Breitenbrunn	Ambulanter Hospizverein Er-labrunn 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 der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.	Pflockenstr. 44	09376
	Zschorlau	Ambulanter Hospizdienst der HERR-BERGE	An der HERR-BERGE 1-3	08321
<b>Mittelsachsen</b>	Döbeln	Ökumenischer Hospiz- und Palliativberatungsdienst Riesa (AST Döbeln)	Otto-Johnsen-Str. 4	04720
	Flöha	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst der Diakonie Flöha	Bahnhofstraße 8 b	09557
	Freiberg	Freiberger Hospizgruppe	Petersstr. 46	09599
	Geringswalde	Ambulanter Hospizdienst der Diakonie Sozialdienst GmbH	Dresdener Str. 27 c	09326
	Leisnig	Ambulanter Hospizdienst Lebenszeit in Leisnig	Chemnitzer Str. 3	04703
	Mittweida	DOMUS Palliativmedizin und Hospiz für Chemnitz und Umgebung	Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 17	09648
	Oederan	Hospiz- und Palliativdienst "Begleitende Hände" e.V.	Kleine Kirchgasse 3	09569
<b>Vogtlandkreis</b>	Auerbach	Ambulanter Hospiz- und Beratungsdienst "Nächstenliebe" e. V.	Am Graben 12	08209
	Plauen	Ambulanter Malteser Hospizdienst Plauen	Thomas-Mann-Straße 12	08523
	Reichenbach im Vogtland	Hospizverein Vogtland e.V.	Nordhorner Platz 1	08468
<b>Zwickau</b>	Glauchau	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst im freien Hospizverein Erzgebirgsvorland e. V.	Ulmenstr. 4	08371

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Ort	Name	Adresse	PLZ
<b>Dresden, Stadt</b>	Glauchau	Christlicher Hospizdienst "Lebensspur", Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst im Diakoniewerk Westsachsen	Wettiner Str. 11	08371
	Limbach-Oberfrohna	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst Glauchau, Zweigstelle Limbach-Oberfrohna	Johannisplatz 4	09212
	Zwickau	"ELISA" Ökumenischer Hospizdienst für Zwickau und Umgebung	Reichenbacher Str. 36	08056
	Dresden	Ambulanter Hospizdienst Christlicher Hospizdienst Dresden e. V.	Canalettostr. 13	01307
	Dresden	Ambulanter Malteser Hospizdienst Dresden	Leipziger Straße 33	01097
	Dresden	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst des Ev.-Luth. Diakonissenanstalt Dresden e. V.	Holzhofgasse 29	01099
	Dresden	Ambulanter Hospizdienst der Volkssolidarität Dresden e.V.	Altgorbitzer Ring 58	01169
<b>Bautzen</b>	Bautzen	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst Bautzen	Karl-Lieb-knecht-Straße 16	02625
	Bischofswerda	Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Bautzen, Zweigstelle Bischofswerda	Bautzener Str. 37	01877
	Hoyerswerda	Ambulanter Hospizdienst im Landkreis Kamenz und Hoyerswerda, Außenstelle Hoyerswerda	Beethoven-Str. 26	02977
	Hoyerswerda	Ambulanter Malteser Hospizdienst	Merzdorfer Str. 49	02977
<b>Görlitz</b>	Kamenz	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst im Landkreis Kamenz und Hoyerswerda	Weststr. 22	01917
	Görlitz	Christlicher Hospizdienst Görlitz	Mühlweg 3	02826
	Herrnhut	Ambulanter Hospizdienst der Christliche Hospiz Ostsachsen gGmbH ZwSt. Herrnhut	Comeniusstr. 12	02747
	Niesky	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst der Diakonissenanstalt EMMAUS	Bautzener Straße 21	02906
	Zittau	Ambulanter Hospizdienst der Christliche Hospiz Ostsachsen gGmbH	Lessingstr. 16	02763
<b>Meißen</b>	Meißen	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst Meißen	Wettinstr. 15	01662

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Ort	Name	Adresse	PLZ
<b>Sächs. Schweiz/Osterzgebirge</b>	Riesa	Ökumenischer Hospiz- und Palliativberatungsdienst, Wirkungsbereich Riesa-Großenhain	Lessingstr. 9	01587
	Heidenau	Ambulanter Hospizdienst Dohna/Heidenau/Osterzgebirge	Sedlitzer Str. 2	01809
	Neustadt	Hospizdienst Pirna, Zweigstelle Neustadt/Sa.	Dresdner Str. 3	01844
<b>Leipzig, Stadt</b>	Pirna	Ambulanter Malteser Hospizdienst Pirna	Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 1 b	01796
	Leipzig	Ambulanter Hospizdienst AD-VENA	Birkenstr. 16	04177
<b>Landkreis Leipzig</b>	Leipzig	Hospiz Verein Leipzig e.V.	Kommandant-Prendel-Allee 97	04299
	Grimma	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst Diakonie Leipziger Land	Leipziger Str. 42	04668
	Neukieritzsch OT Deutzen	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst Landkreis Leipzig des Caritasverband Leipzig e. V.	Am Wasserturm 7	04575
<b>Nordsachsen</b>	Delitzsch	Ökumenischer Ambulanter Hospizdienst Nordsachsen (Region Delitzsch, Eilenburg, Schkeuditz)	Schlossstr. 4	04509
	Oschatz	Ökumenischer Ambulanter Hospizdienst Nordsachsen Region Oschatz	Kirchplatz 2	04758
	Torgau	Ökumenischer Ambulanter Hospizdienst des Caritasverbandes für das Dekanat Torgau	Röhrweg 19	04860
	Torgau	Ambulanter Hospizdienst	Pfarrstr. 1	04860

Quelle: LVHP, o. J.; SMS, 2022a

**Tabelle 54: Standorte der 6 ambulanten Kinderhospizdienste in Sachsen**

<b>Landkreis/ kreisfreie Stadt</b>	<b>Ort</b>	<b>Name</b>	<b>Adresse</b>	<b>PLZ</b>
<b>Chemnitz, Stadt</b>	Chemnitz	Ambulanter Kinderhospizdienst "Schmetterling"	Rudolf-Krahl-Straße 30	09116
<b>Vogtlandkreis</b>	Klingenthal	Ambulanter Hospiz- und Beratungsdienst "Nächstenliebe" e. V. Kinderhospizdienst	Auerbacher Straße 78	08248
<b>Zwickau</b>	Zwickau	Ambulanter Kinderhospizdienst "Westsachsen"	Amalienstraße 4	08056
<b>Dresden, Stadt</b>	Dresden	Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst Dresden	Nicolaistraße 28	01307
<b>Görlitz</b>	Görlitz	Oberlausitzer Kinder- und Jugendhospizdienst	Mühlweg 3	02826
<b>Landkreis Leipzig</b>	Markkleeberg	Ambulanter Kinderhospizdienst Bärenherz	Kees'scher Park 3	04416

Quelle: LVHP, o. J.; SMS, 2022a.

**Tabelle 55: Standorte der 14 stationären Hospize für Erwachsene in Sachsen**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Ort	Name	Adresse	PLZ	Betten
<b>Chemnitz, Stadt</b>	Chemnitz	Stationäres Hospiz Chemnitz	Am Karbel 61 a	09116	16
<b>Erzgebirgskreis</b>	Breitenbrunn	Erzgebirgs Hospiz Erlabrunn	Am Märzenberg 1	98359	8
<b>Mittelsachsen</b>	Oederan	Stationäres Hospiz Ellen Gorlow	Richard-Wagner-Straße 1	09569	10
	Leisnig	Hospiz Lebenszeit gGmbH	Am Hasenberg 9	04703	12
<b>Vogtlandkreis</b>	Falkenstein	Vogtland-Hospiz	Bahnhofstr. 14	08223	12
<b>Zwickau</b>	Werdau	SRH Hospiz Werdau	Crimmitschauer Str. 34 c	08412	9
<b>Dresden, Stadt</b>	Dresden	Marien-Hospiz Dresden	Canalettostraße 10	01307	12
<b>Bautzen</b>	Bischofswerda	Hospiz Siloah	Dresdener Str. 17	01877	12
<b>Görlitz</b>	Herrnhut	Stationäres Hospiz Siloah	Comeniusstraße 12	02747	12
	Niesky	Stationäres Hospiz "Haus am Wege"	Bautzener Str. 21	02906	12
<b>Meißen</b>	Radebeul	Hospiz Radebeul	Augustusweg 101 f	01445	16
<b>Leipzig, Stadt</b>	Leipzig	Hospiz ADVENA	Birkenstr. 11	04177	16
	Leipzig	Villa Auguste Hospiz Leipzig gGmbH	Kommandant-Prendel-Allee 106	04299	12
<b>Nordsachsen</b>	Torgau	Hospiz St. Josef	Röhrweg 19	04860	8

Quelle: LVHP, o. J.; SMS, 2021.

**Tabelle 56: Standort des stationären Kinderhospizes in Sachsen**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Ort	Name	Adresse	PLZ	Betten
<b>Landkreis Leipzig</b>	Markkleeberg	Kinderhospiz Bärenherz	Kees'scher Park 3	04416	10

Quelle: LVHP, o. J.; SMS, 2021.

Tabelle 57: Standorte der 34 Palliativstationen in Sachsen

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Ort	Name	Adresse	PLZ	Betten
<b>Chemnitz, Stadt</b>	Chemnitz	Klinikum Chemnitz gGmbH	Bürgerstraße 2	09113	10
	Chemnitz	DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein	Unritzstraße 23	09117	12
<b>Erzgebirgskreis</b>	Annaberg-Buchholz	EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg gGmbH	Chemnitzer Str. 15	09456	2
	Aue	Helios Klinikum Aue	Gartenstraße 6	08280	7
	Breitenbrunn	Kliniken Erlabrunn gGmbH	Am Märzenberg 1 a	08359	7
<b>Mittelsachsen</b>	Stollberg	Kreiskrankenhaus Stollberg	Jahnsdorfer Straße 7	09366	6
	Freiberg	Kreiskrankenhaus Freiberg gGmbH	Donatsring 20	09599	4
	Mittweida	Landkreis Mittweida gGmbH	Hainichener Straße 4 - 6	09648	6
<b>Vogtlandkreis</b>	Plauen	Helios Vogtland - Klinikum Plauen	Röntgenstraße 2	08529	8
	Rodewisch	Klinikum Obergöltzsch Rodewisch	Stiftstraße 10	08228	6
<b>Zwickau</b>	Adorf	Paracelsus Klinik Adorf/Schöneck	Sorger Straße 51	08626	6
	Zwickau	Heinrich-Braun-Klinikum gGmbH	Karl-Keil-Straße 35	08060	10
<b>Dresden, Stadt</b>	Glauchau	Rudolf Virchow Klinikum Glauchau	Virchowstraße 18	08371	6
	Dresden	Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden	Fetscherstraße 74	01307	10
<b>Bautzen</b>	Dresden	Städtisches Klinikum Dresden, Standort Friedrichstadt	Friedrichstraße 41	01067	14
	Dresden	Diakonissenkrankenhaus Dresden	Holzhofgasse 29	01099	5
	Dresden	Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden	Wintergartenstraße 15 - 17	01307	10
	Bautzen	Oberlausitz-Kliniken gGmbH, Krankenhaus Bautzen	Am Stadtwall 3	02625	10
	Hoyerswerda	Lausitzer Seenland Klinikum GmbH	Maria-Grollmuß-Straße 10	02977	5
<b>Görlitz</b>	Kamenz	Malteser Krankenhaus St. Johannes	Nebelschützer Straße 40	01917	6
	Görlitz	Malteser Krankenhaus St. Carolus	Carolusstraße 212	02827	9

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Ort	Name	Adresse	PLZ	Betten
<b>Meißen</b>	Ebersbach-Neugersdorf	Klinikum Oberlausitzer Bergland gemeinnützige GmbH	Röntgenstraße 23	02730	6
	Weißwasser	Kreiskrankenhaus Weißwasser gemeinnützige GmbH	Karl-Liebknecht-Straße 1	02943	6
	Coswig	Fachkrankenhaus Coswig	Neucoswiger Straße 21	01640	9
	Riesa	Elblandklinikum Riesa	Weinbergstraße 8	01589	6
<b>Sächs. Schweiz/Ostereergebirge</b>	Pirna	Helios Klinikum Pirna	Struppener Straße 13	01796	9
	Sebnitz	Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz	Dr.-Steudner-Straße 75 b	01855	6
<b>Leipzig, Stadt</b>	Leipzig	Universitätsklinik Leipzig AöR	Semmelweisstraße 14	04103	12
	Leipzig	Klinikum St. Georg Leipzig	Delitzscher Straße 141	04129	7
	Leipzig	Helios Park-Klinikum Leipzig	Strümpelstraße 41	04289	6
	Leipzig	St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig	Biedermannstraße 84	04277	13
<b>Landkreis Leipzig</b>	Borna	Sana Kliniken Leipziger Land	Rudolf-Virchow-Straße 2	04552	11
	Wurzen	Muldentalkliniken GmbH - Gemeinnützige Gesellschaft, Krankenhaus Wurzen	Kutusowstraße 70	04808	6
<b>Nordsachsen</b>	Oschatz	Collm Klinik Oschatz GmbH	Parkstraße 1	04758	6

Quelle: LVHP, o. J.; SMS, 2022b.

**Tabelle 58: Standorte der 15 SAPV-Teams in Sachsen (Anzahl nach kassenübergreifenden Verträgen für SAPV-Teams in Sachsen)**

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Ort	Name	Adresse	PLZ
<b>Chemnitz, Stadt</b>	Chemnitz	Palliativprojekt Chemnitz GmbH	Unritzstraße 21 c	09117
<b>Erzgebirgskreis</b>	Aue-Bad Schlema	Palliatives Brückenteam Aue/Schwarzenberg-Annaberg	Schwarzenberger Straße 7	08280
<b>Mittelsachsen</b>	Freiberg	Palliativnetz Freiberg	Dörnerzaunstr.1	09599
<b>Vogtlandkreis</b>	Plauen	Brückenteam Vogtlandkreis	Straßberger Straße 9-11 a	08523
<b>Zwickau</b>	Zwickau	Brückenteam Zwickau	Karl-Keil-Str. 35	08060
<b>Dresden, Stadt</b>	Dresden	Brückenteam am Krankenhaus St. Josef-Stift	Wintergartenstr. 15-17	01307
	Dresden	UPC-SAPV	Fetscherstr. 74	01307
	Dresden	SAPV-Team Elbland	Arnoldstraße 18 c	01307
<b>Bautzen</b>	Bautzen	Team 1 der SAPV Plus gGmbH	Muskauer Straße 20 c	02625
<b>Görlitz</b>	Löbau	SAPV-Team Oberlausitz	Äußere Zittauer Straße 47 a	02708
	Niesky / OT See	SAPV-Team Niesky	Martin-Voß-Str. 42	02906
<b>Leipzig, Stadt</b>	Leipzig	Brückenteam am Hospiz Villa Auguste	Kommandand-Prendel-Allee 106	04299
	Leipzig	Palliativnotdienst	Franz-Flemmingstr. 39	04179
<b>Landkreis Leipzig</b>	Borna	SAPV-Team Südraum Leipzig	Rudolf-Virchow-Str. 2	04552
	Wurzen	SAPV-Team Muldentäl	Kutusowstraße 70	04808

Quelle: LVHP, o. J.

**Tabelle 59: Standort des SAPPV-Teams in Sachsen**

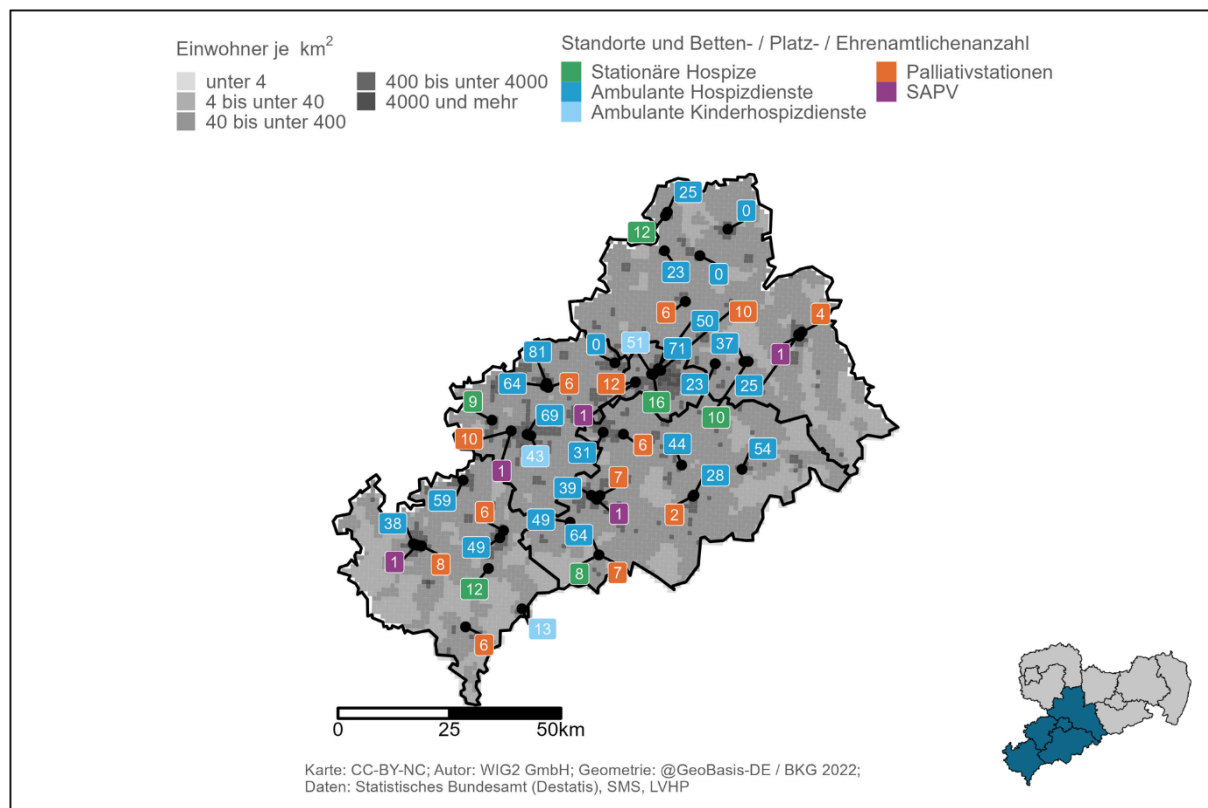
Landkreis, kreisfreie Stadt	Ort	Name	Adresse	PLZ
<b>Dresden, Stadt</b>	Dresden	Brückenprojekt am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden	Fetscherstr. 74	01307

Quelle: LVHP, o. J.



## 11.3 Kartografische Steckbriefe

### 11.3.1 Steckbriefe der Regionen Chemnitz, Dresden und Leipzig



Karte 37: Steckbrief der Region Chemnitz

Tabelle 60: Einrichtungen in der Region Chemnitz

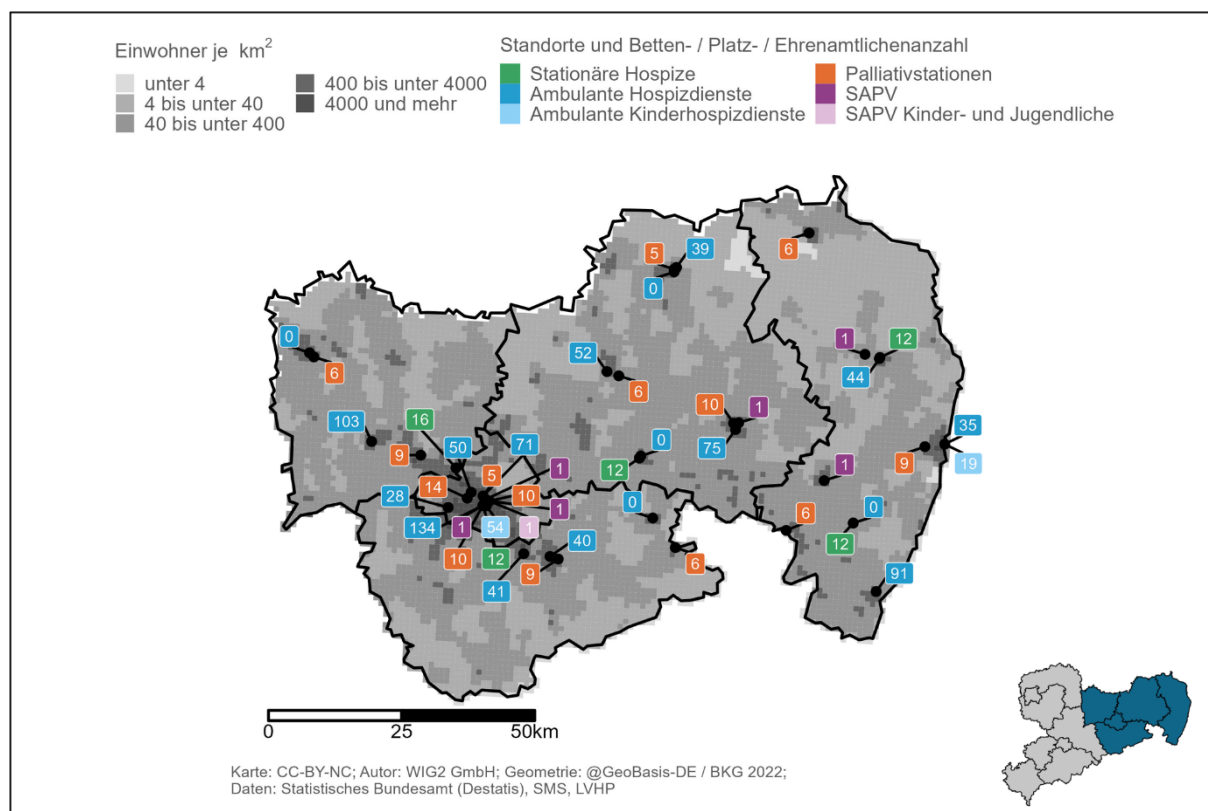
Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	23	--
AKHD	3	--
Hospiz (stationär)	6	67
Kinderhospiz (stationär)	0	0
Palliativstation	13	90
SAPV	5	--
SAPPV	0	--

Quelle: LVHP, o. J.; SMS, 2021, 2022a, 2022b.

**Tabelle 61: Merkmale der Region Chemnitz**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	6.528
Bevölkerung (Einwohner)	1.426.380
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	219
Altersanteil (65 Jahre und älter)	29,3 %
Altendichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	64

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.



**Karte 38: Steckbrief der Region Dresden**

**Tabelle 62: Einrichtungen in der Region Dresden**

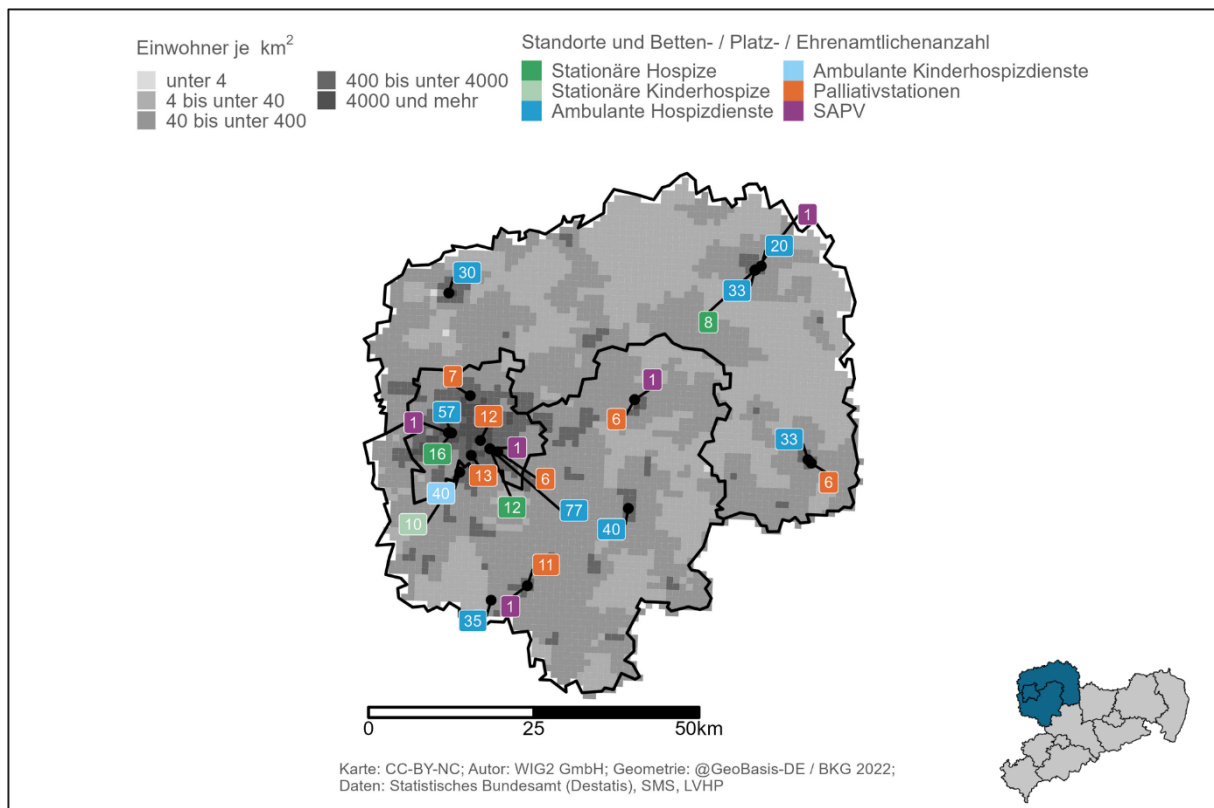
Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	18	--
AKHD	2	--
Hospiz (stationär)	5	64
Kinderhospiz (stationär)	0	0
Palliativstation	14	111
SAPV	6	--
SAPPV	1	--

Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 63: Merkmale der Region Dresden**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	7.944
Bevölkerung (Einwohner)	1.596.566
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	201
Altersanteil (65 Jahre und älter)	26,1 %
Altendichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	53

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.



**Karte 39: Steckbrief der Region Leipzig**

**Tabelle 64: Einrichtungen in der Region Leipzig**

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	8	--
AKHD	1	--
Hospiz (stationär)	3	36
Kinderhospiz (stationär)	1	10
Palliativstation	7	61
SAPV	5	--
SAPPV	0	--

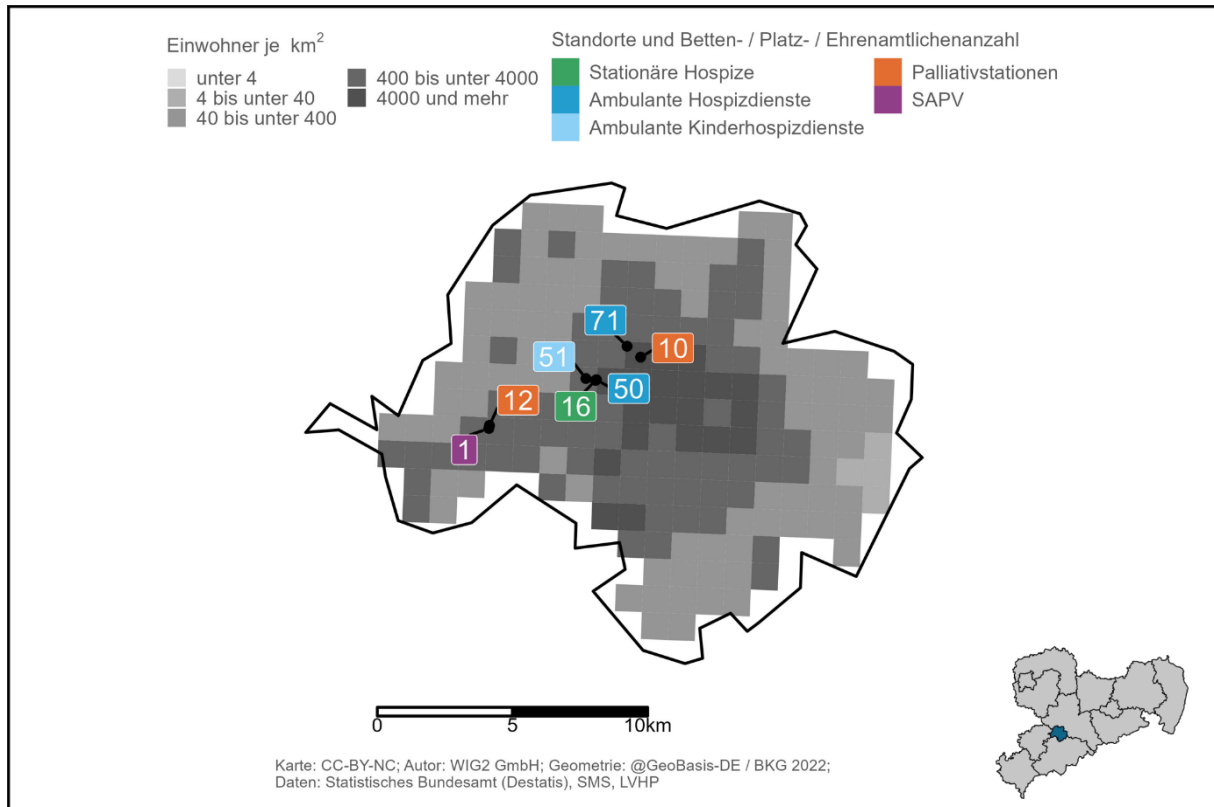
Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 65: Merkmale der Region Leipzig**

<b>Merkmal</b>	<b>Wert</b>
Fläche (km <sup>2</sup> )	3.978
Bevölkerung (Einwohner)	1.049.025
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	264
Altersanteil (65 Jahre und älter)	23 %
Altendichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	61

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.

## 11.3.2 Steckbriefe der Landkreise und kreisfreien Städte Sachsens



**Karte 40: Steckbrief der kreisfreien Stadt Chemnitz**

**Tabelle 66: Einrichtungen in der kreisfreien Stadt Chemnitz**

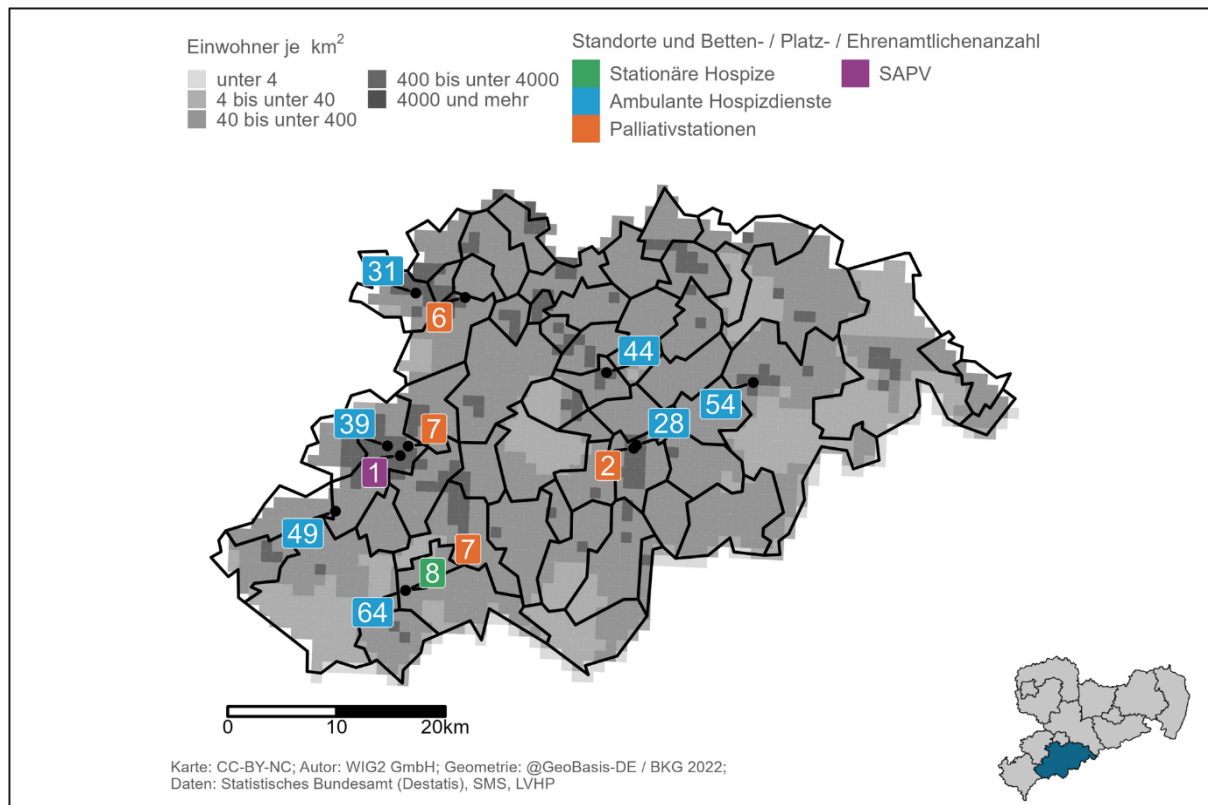
Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	2	--
AKHD	1	--
Hospiz (stationär)	1	16
Kinderhospiz (stationär)	0	0
Palliativstation	2	22
SAPV	1	--
SAPPV	0	--

Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 67: Merkmale der kreisfreien Stadt Chemnitz**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	221
Bevölkerung (Einwohner)	246.334
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	1.115
Altersanteil (65 Jahre und älter)	28,1 %
Altendichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	313

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.



**Karte 41: Steckbrief des Landkreises Erzgebirgskreis**

**Tabelle 68: Einrichtungen im Landkreis Erzgebirgskreis**

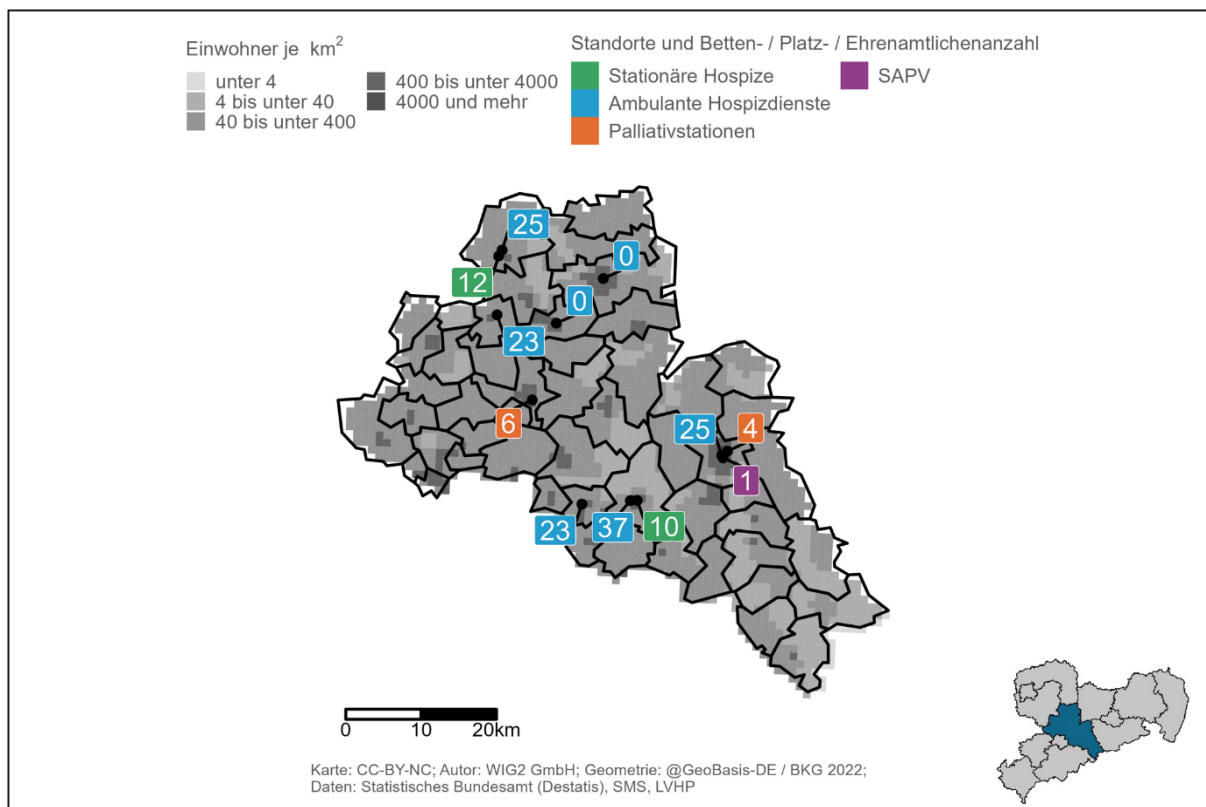
Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	7	--
AKHD	0	--
Hospiz (stationär)	1	8
Kinderhospiz (stationär)	0	0
Palliativstation	4	22
SAPV	1	--
SAPPV	0	--

Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 69: Merkmale des Landkreises Erzgebirgskreis**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	1.828
Bevölkerung (Einwohner)	334.948
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	183
Altersanteil (65 Jahre und älter)	30 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	55

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.



**Karte 42: Steckbrief des Landkreises Mittelsachsen**

**Tabelle 70: Einrichtungen im Landkreis Mittelsachsen**

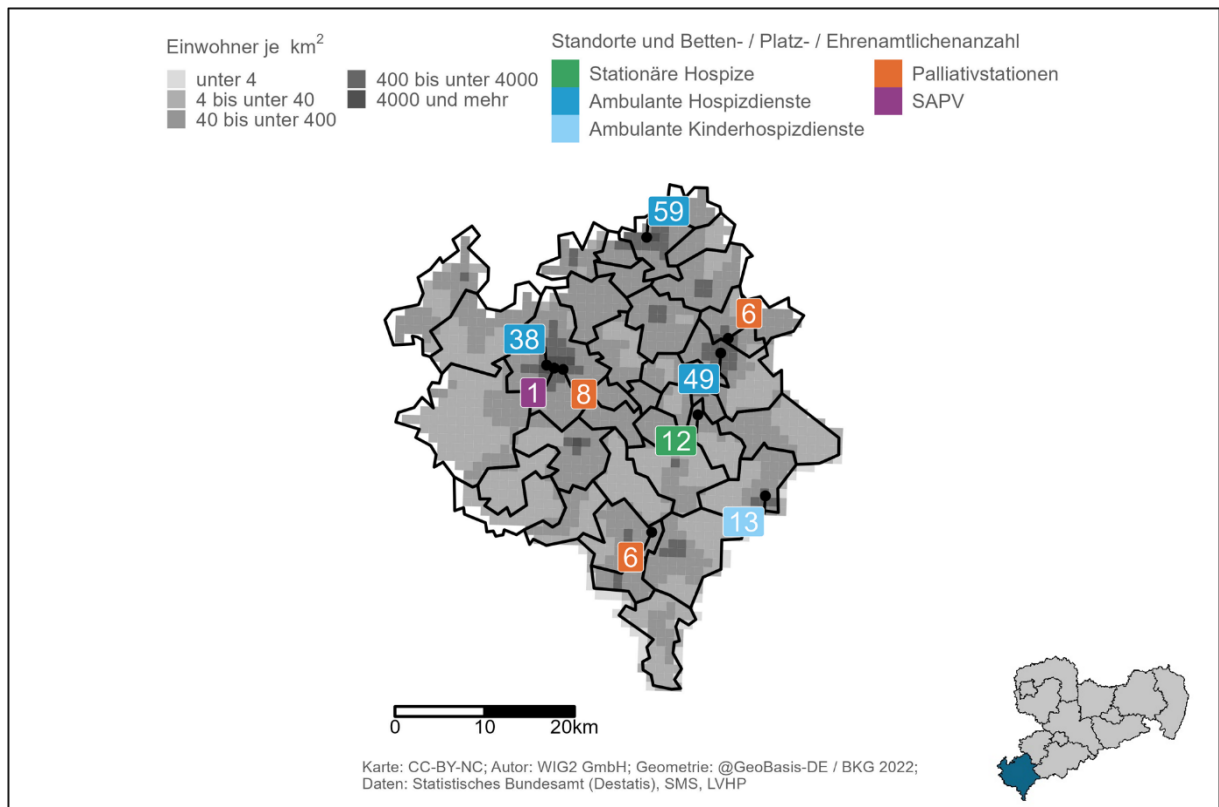
Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	7	--
AKHD	0	--
Hospiz (stationär)	2	22
Kinderhospiz (stationär)	0	0
Palliativstation	2	10
SAPV	1	--
SAPPV	0	--

SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 71: Merkmale des Landkreises Mittelsachsen**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	2.117
Bevölkerung (Einwohner)	304.099
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	144
Altersanteil (65 Jahre und älter)	28,5 %
Altendichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	41

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.



**Karte 43: Steckbrief des Landkreises Vogtlandkreis**

**Tabelle 72: Einrichtungen im Landkreis Vogtlandkreis**

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	3	--
AKHD	1	--
Hospiz (stationär)	1	12
Kinderhospiz (stationär)	0	0
Palliativstation	3	20
SAPV	1	--
SAPPV	0	--

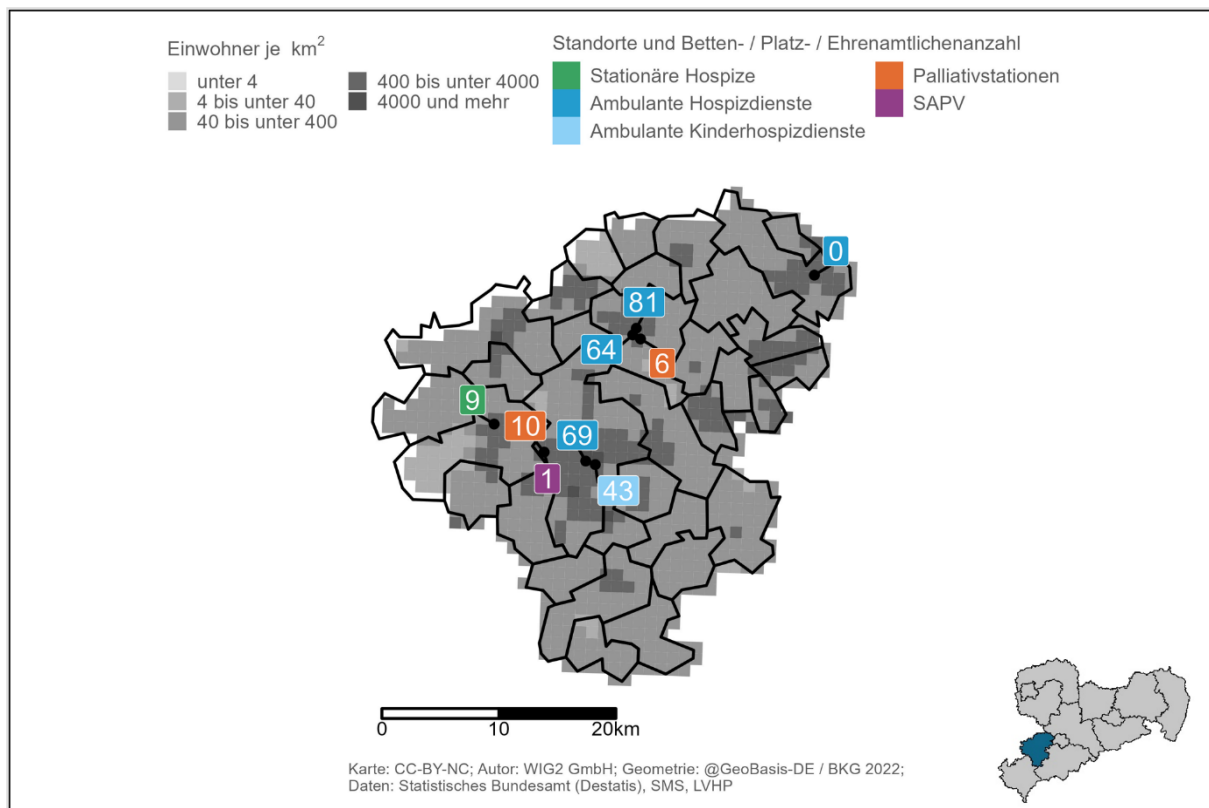
Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 73: Merkmale des Landkreises Vogtlandkreis**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	1.412
Bevölkerung (Einwohner)	225.997
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	160
Altersanteil (65 Jahre und älter)	30,4 %
Altendichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	49

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.





**Karte 44: Steckbrief des Landkreises Zwickau**

**Tabelle 74: Einrichtungen im Landkreis Zwickau**

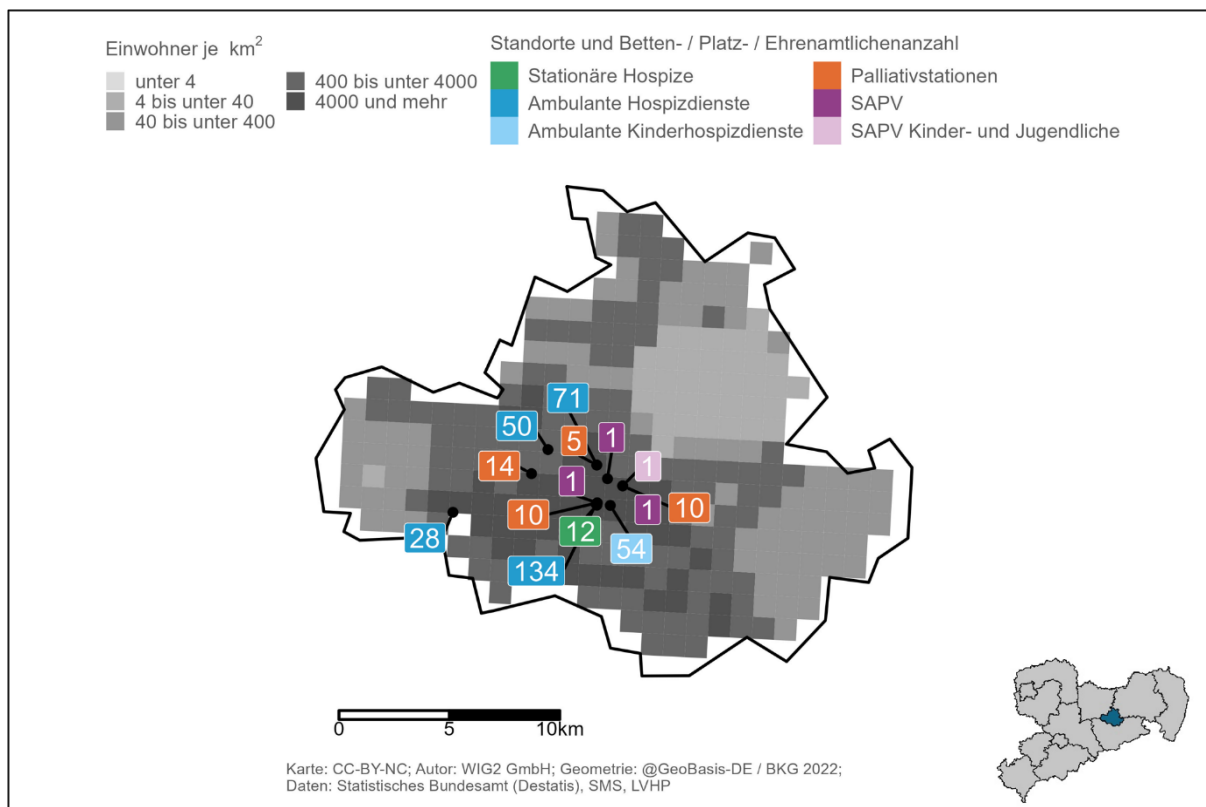
Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	4	--
AKHD	1	--
Hospiz (stationär)	1	9
Kinderhospiz (stationär)	0	0
Palliativstation	2	16
SAPV	1	--
SAPPV	0	--

Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 75: Merkmale des Landkreises Zwickau**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	950
Bevölkerung (Einwohner)	315.002
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	332
Altersanteil (65 Jahre und älter)	29,6 %
Altendichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	98

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.



**Karte 45: Steckbrief der kreisfreien Stadt Dresden**

**Tabelle 76: Einrichtungen in der kreisfreien Stadt Dresden**

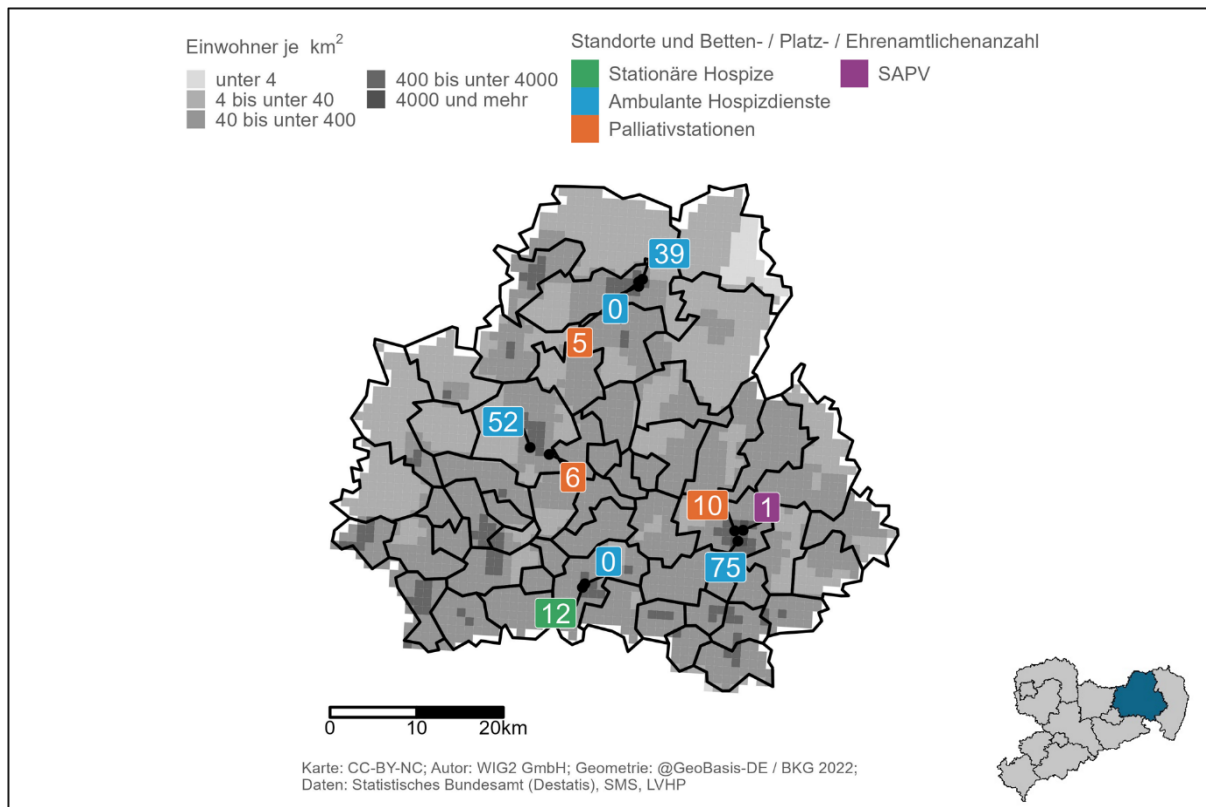
Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	4	--
AKHD	1	--
Hospiz (stationär)	1	12
Kinderhospiz (stationär)	0	0
Palliativstation	4	39
SAPV	3	--
SAPPV	1	--

Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 77: Merkmale der kreisfreien Stadt Dresden**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	328
Bevölkerung (Einwohner)	556.780
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	1.698
Altersanteil (65 Jahre und älter)	22 %
Altendichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	373

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.



**Karte 46: Steckbrief des Landkreises Bautzen**

**Tabelle 78: Einrichtungen im Landkreis Bautzen**

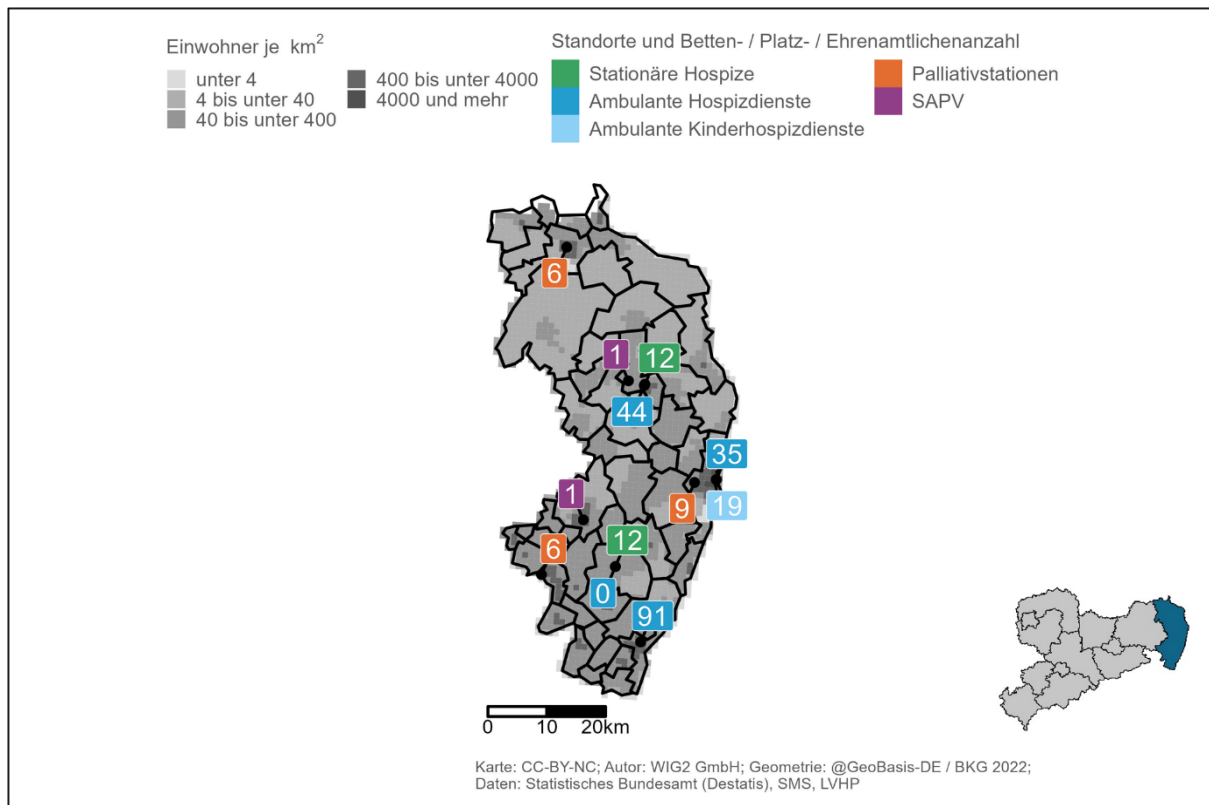
Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	5	--
AKHD	0	--
Hospiz (stationär)	1	12
Kinderhospiz (stationär)	0	0
Palliativstation	3	21
SAPV	1	--
SAPPV	0	--

Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 79: Merkmale des Landkreises Bautzen**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	2.396
Bevölkerung (Einwohner)	299.758
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	125
Altersanteil (65 Jahre und älter)	27,8 %
Altendichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	35

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.



**Karte 47: Steckbrief des Landkreises Görlitz**

**Tabelle 80: Einrichtungen im Landkreis Görlitz**

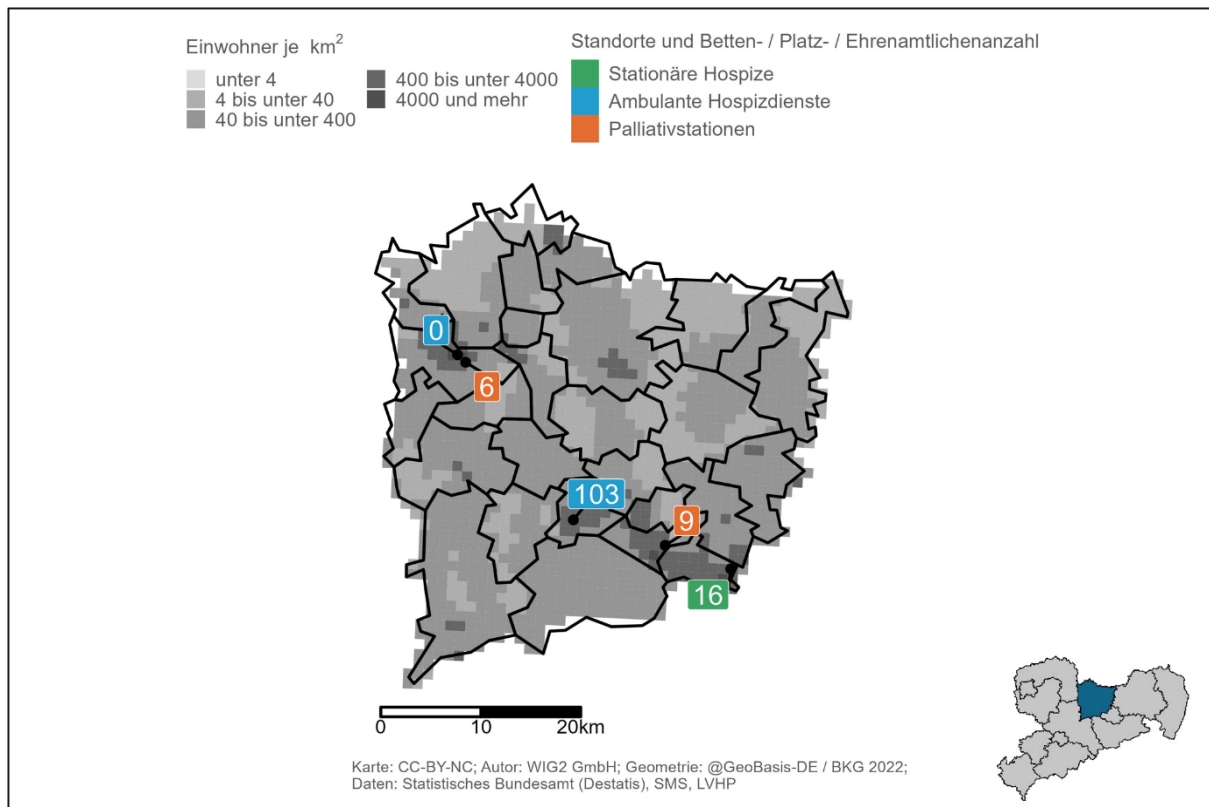
Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	4	--
AKHD	1	--
Hospiz (stationär)	2	24
Kinderhospiz (stationär)	0	0
Palliativstation	3	21
SAPV	2	--
SAPPV	0	--

Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 81: Merkmale des Landkreises Görlitz**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	2.111
Bevölkerung (Einwohner)	252.725
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	120
Altersanteil (65 Jahre und älter)	30,1 %
Altendichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	36

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.



**Karte 48: Steckbrief des Landkreises Meißen**

**Tabelle 82: Einrichtungen im Landkreis Meißen**

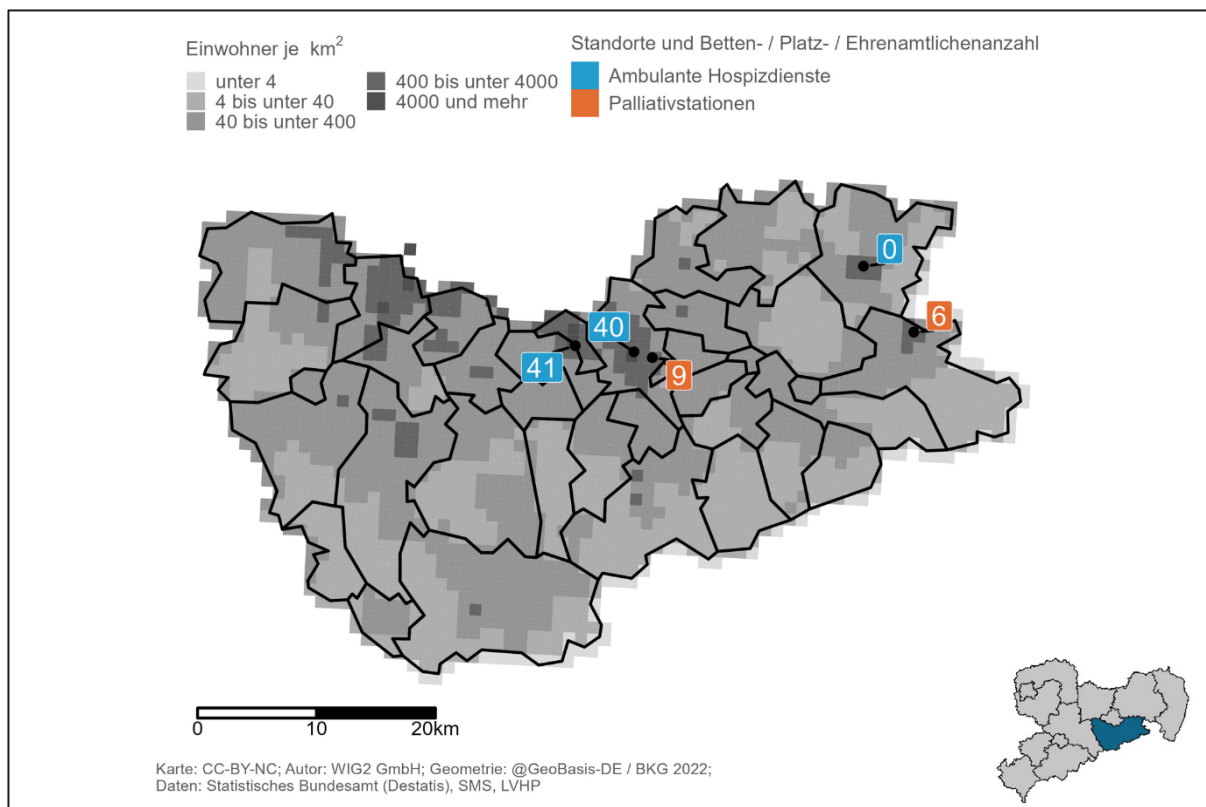
Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	2	--
AKHD	0	--
Hospiz (stationär)	1	16
Kinderhospiz (stationär)	0	0
Palliativstation	2	15
SAPV	0	--
SAPPV	0	--

Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 83: Merkmale des Landkreises Meißen**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	1.455
Bevölkerung (Einwohner)	241.717
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	166
Altersanteil (65 Jahre und älter)	27,9 %
Altendichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	46

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.



**Karte 49: Steckbrief des Landkreises Sächsische Schweiz-Osterzgebirge**

**Tabelle 84: Einrichtungen im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge**

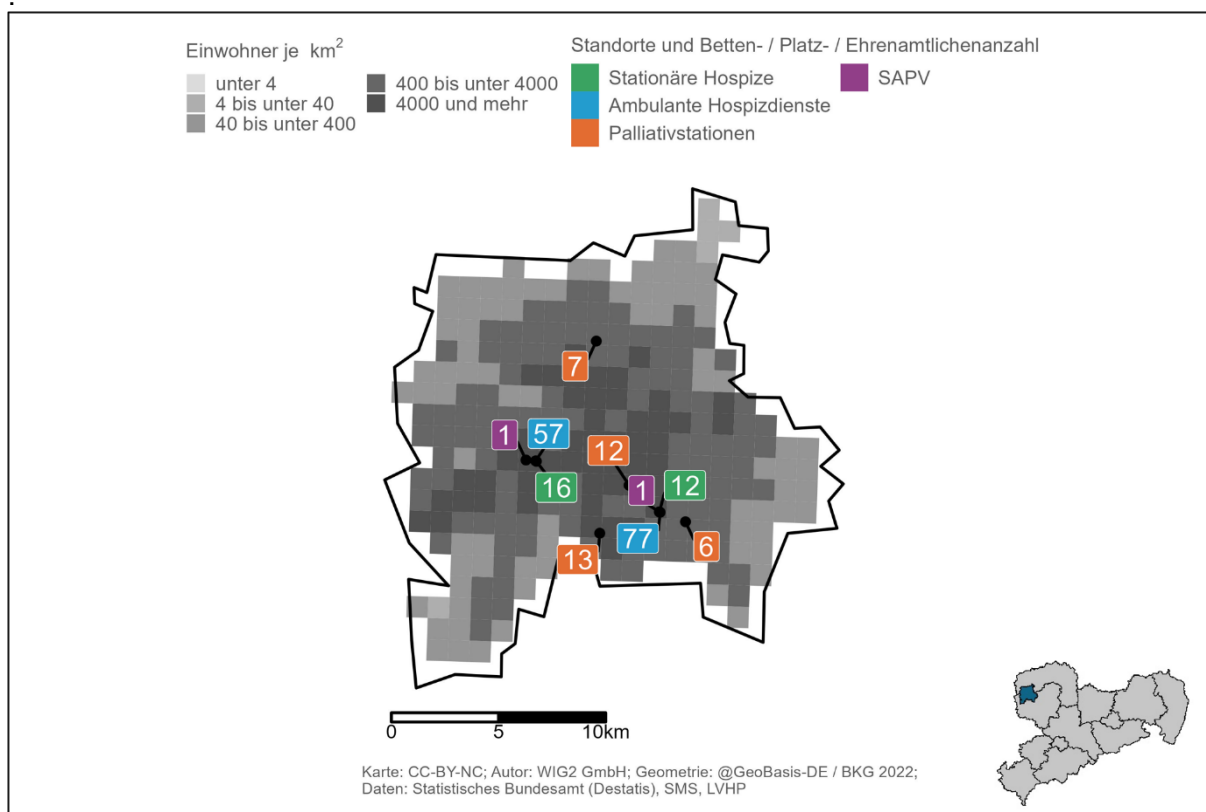
Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	3	--
AKHD	0	--
Hospiz (stationär)	0	0
Kinderhospiz (stationär)	0	0
Palliativstation	2	15
SAPV	0	--
SAPPV	0	--

Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 85: Merkmale des Landkreises Sächsische Schweiz-Osterzgebirge**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	1.654
Bevölkerung (Einwohner)	245.586
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	148
Altersanteil (65 Jahre und älter)	27,8 %
Altendichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	41

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.



**Karte 50: Steckbrief der kreisfreien Stadt Leipzig**

**Tabelle 86: Einrichtungen in der kreisfreien Stadt Leipzig**

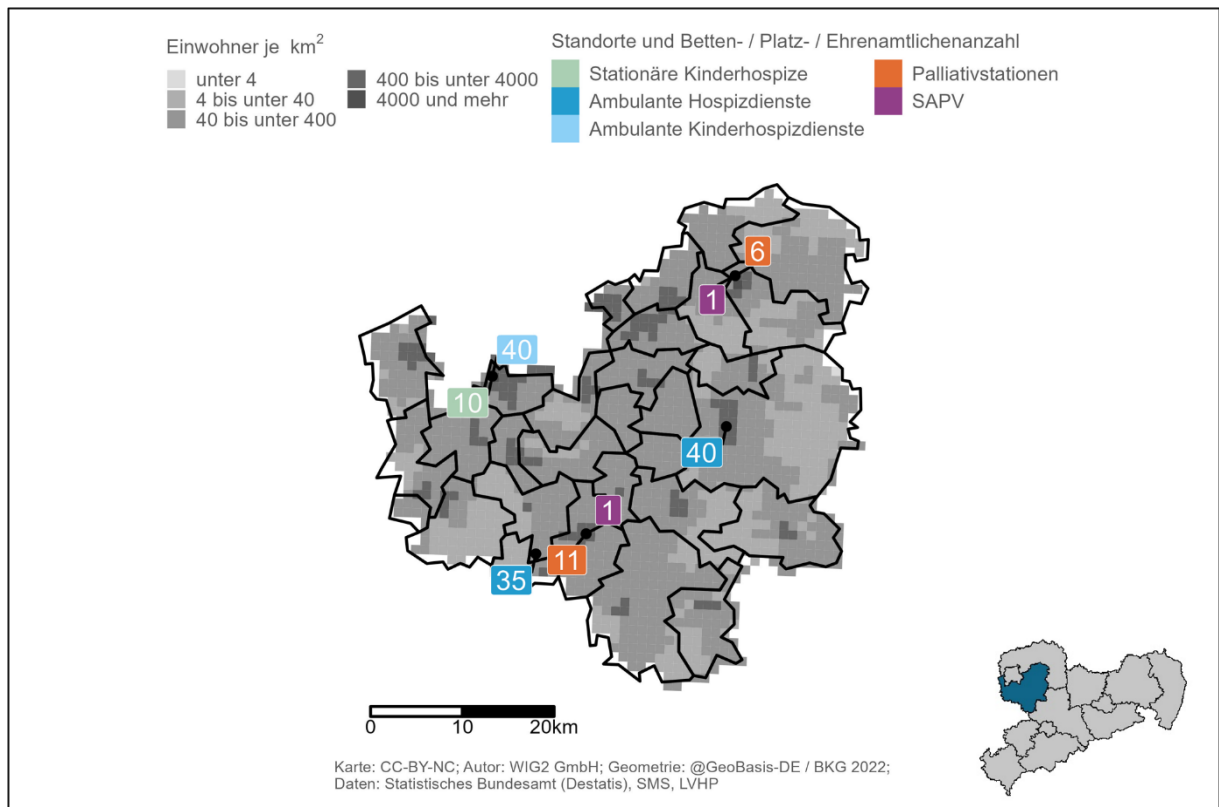
Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	2	--
AKHD	0	--
Hospiz (stationär)	2	28
Kinderhospiz (stationär)	0	0
Palliativstation	4	38
SAPV	2	--
SAPPV	0	--

Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 87: Merkmale der kreisfreien Stadt Leipzig**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	298
Bevölkerung (Einwohner)	593.145
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	1.990
Altersanteil (65 Jahre und älter)	20,4 %
Altendichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	406

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.



**Karte 51: Steckbrief des Landkreises Leipzig**

**Tabelle 88: Einrichtungen im Landkreis Leipzig**

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	2	--
AKHD	1	--
Hospiz (stationär)	0	0
Kinderhospiz (stationär)	1	10
Palliativstation	2	17
SAPV	2	--
SAPPV	0	--

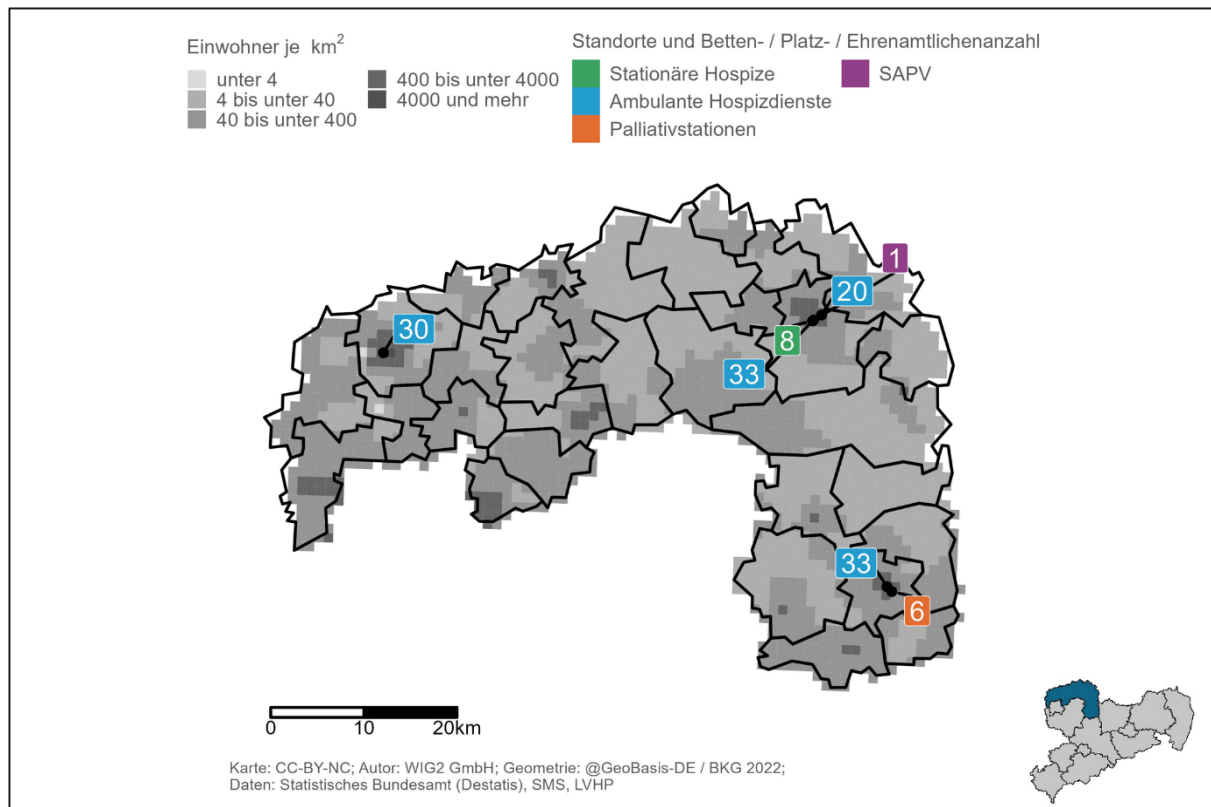
Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 89: Merkmale des Landkreises Leipzig**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	1.651
Bevölkerung (Einwohner)	258.139
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	156
Altersanteil (65 Jahre und älter)	26,8 %
Altendichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	42

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.





**Karte 52: Steckbrief des Landkreises Nordsachsen**

**Tabelle 90: Einrichtungen im Landkreis Nordsachsen**

Einrichtungen	Summe Einrichtungen	Summe Betten
AHD	4	--
AKHD	0	--
Hospiz (stationär)	1	8
Kinderhospiz (stationär)	0	0
Palliativstation	1	6
SAPV	1	--
SAPPV	0	--

Quelle: SMS, 2021, 2022a, 2022b, 2022c.

**Tabelle 91: Merkmale des Landkreises Nordsachsen**

Merkmal	Wert
Fläche (km <sup>2</sup> )	2.029
Bevölkerung (Einwohner)	197.741
Bevölkerungsdichte (EW/ km <sup>2</sup> )	97
Altersanteil (65 Jahre und älter)	26 %
Altdichte (65 Jahre und älter je km <sup>2</sup> )	25

Quelle: BBSR, 2021. Anmerkung: Der Zeitbezug der Kennzahlen ist das Jahr 2019.

**Tabelle 92: Kartenquellen**

<b>Kartenummer</b>	<b>Karteninhalt</b>	<b>Quellen</b>
1, 3, 5, 7	Erreichbarkeit PKW	LVHP, o. J.; SMS, 2021, 2022a, 2022b
2, 4, 6, 8	Erreichbarkeit ÖPNV	Destatis, 2022c; LVHP, o. J.; SMS, 2021, 2022a, 2022b
9, 10, 11, 12	Potenzielle Verfügbarkeit	LVHP, o. J.; SMS, 2021, 2022a, 2022b
13, 14, 15, 16	Erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit	LVHP, o. J.; SMS, 2021, 2022a, 2022b
17	Einzugsbereiche SAPPV-Teams	DGP, 2022; LVHP, o. J.
18	Bevölkerung absolut	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021b
19	Bevölkerungsdichte Gemeinde	BBSR, 2021
20	Einwohner- und Einwohnerinnendichte 1 km-Raster	Destatis, 2022c
21, 24, 27, 30	Bevölkerungsanteile Altersgruppen 2020	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2022d
22, 25, 28, 31	Bevölkerungsanteile Altersgruppen 2030	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2020
23, 26, 29, 32	Bevölkerungsanteile Altersgruppen 2050	Eigene Berechnungen aus Bevölkerungsprognose
33	Versorgungsregionen SAPV-Teams	LVHP, 2020
34	Standorte Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung	SMS, 2022a; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2022d, falls SAPV vorhanden, dann LVHP, o. J.
35	Standorte Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung	SMS, 2021, 2022b; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2022d
36	Standorte Kinderhospiz- und Palliativversorgung	SMS, 2022b; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2022d, falls SAPPV vorhanden, dann LVHP, o. J.
37–52	Steckbriefe	Destatis, 2022c; LVHP, o. J.; SMS, 2021, 2022a, 2022b

Quelle: Eigene Darstellung.

## **12. Elektronischer Anhang**

A1: Interviewleitfäden


A2: Fragebögen

**Herausgeber:**

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt  
Albertstraße 10, 01097 Dresden  
E-Mail: [redaktion@sms.sachsen.de](mailto:redaktion@sms.sachsen.de)  
[www.sms.sachsen.de](http://www.sms.sachsen.de)

 [facebook.com/SozialministeriumSachsen](https://facebook.com/SozialministeriumSachsen)

 [twitter.com/sms\\_sachsen](https://twitter.com/sms_sachsen)

 [instagram.com/sms\\_sachsen](https://instagram.com/sms_sachsen)

**Redaktion:**

Referat 33

**Redaktionsschluss:**

04. November 2022

Diese Druckschrift kann kostenfrei heruntergeladen werden unter:

[www.publikationen.sachsen.de](http://www.publikationen.sachsen.de)

**Verteilerhinweis**

Diese Informationsschrift wird von der Sächsischen Staatsregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Information der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung.

Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist. Erlaubt ist jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

**Copyright**

Diese Veröffentlichung ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch die des Nachdruckes von Auszügen und der fotomechanischen Wiedergabe, sind dem Herausgeber vorbehalten.