



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN

GÖZ 
GESUNDHEITSÖKONOMISCHES ZENTRUM

BASYS

Alexander Karmann | Markus Schneider |
Andreas Werblow | Uwe Hofmann

Hospizstudie
Standorte und demographische Rahmenbedingungen
von Hospizangeboten in Sachsen

Gutachten im Auftrag des
Sächsischen Staatsministeriums
für Soziales und Verbraucherschutz

Dresden/Augsburg, August 2014

Die Studie wurde vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) finanziert, die fachliche Betreuung lag in den Händen von Frau Dr. Judith Oexle und Frau Kathrin Eichler (beide SMS). Die Organisation lag in den Händen des GÖZ und wurde von Frau Daniela Wolf besorgt. Die Kartenteil wurde von Herrn Dr. Peter Biene (BASYS) ausgearbeitet.

Die Studie wurde im August 2013 abgeschlossen.

Das Gutachten ist unter folgender Adresse kostenfrei abrufbar:

<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:14-qucosa-150582>

© 2014 Gesundheitsökonomisches Zentrum der TU Dresden (GÖZ), Dresden

www.goez.tu-dresden.de

goez@mailbox.tu-dresden.de

Zusammenfassung

Ziel dieser Studie ist, einen aktuellen Statusbericht zu Standortdichte, räumlicher Bedarfsabdeckung und demografischen Rahmenbedingungen für die ambulante und stationäre hospizliche und palliative Versorgung in Sachsen zu erstellen. Dabei sollen aktuelle Versorgungslücken identifiziert und der künftige Bedarf (2020–2030–2050) an Angeboten auf Ebene der Landkreise und Kreisfreien Städte herausgearbeitet werden. Basis für die Bedarfsmodellierungen bilden die ARG-Studie und die Empfehlungen von Fachgesellschaften und Selbstverwaltung. Die wesentliche Neuerung in diesem Gutachten besteht darin, dass der zukünftige Versorgungsbedarf konsequent auf Basis der zu erwartenden Sterbefälle berechnet wird und in *mortalitäts-adjustierten Empfehlungen* mündet. Gegenwärtige Richtlinien beziehen ihre Empfehlungen heute ausschließlich auf die Größe der zu versorgenden Bevölkerung und können somit die unterschiedliche Altersstruktur in den Regionen – und damit die unterschiedliche Mortalität – nicht berücksichtigen. Aufgrund der vielfältigen und komplexen Anforderungen ist die Hospiz- und Palliativversorgung in der Praxis arbeitsteilig organisiert, wobei das Leistungsspektrum der ambulanten und stationären Dienste sehr verschieden ist und von psychosozialer Betreuung bis hin zur Übernahme palliativmedizinischer oder -pflegerischer Aufgaben in den verschiedenen Settings reicht. Der Freistaat Sachsen verfügt nach dieser Bestandsaufnahme über eine flächenmäßig breite Streuung von Standorten mit ambulanter Hospiz- und Palliativversorgung. Die in Sachsen etablierten Angebote der Ambulanten Hospizdienste und Palliativ-Care-Teams beachten damit das Prinzip der Wohnortnähe.

Sachsen verfügte 2012 über 53 ambulante Hospizdienste verteilt auf alle Landkreise/Kreisfreien Städte, fünf davon speziell für Kinder. Ferner existieren in Sachsen derzeit 12 SAPV Leistungserbringer sowie ein Brückenteam für die spezielle Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Im Vergleich zu 2009 hat sich die Anzahl der Teams verdoppelt und deren Standorte sind nicht mehr auf die drei Kreisfreien Städte Sachsens begrenzt. Kein eigenes SAPV-Team haben der Vogtlandkreis sowie die Landkreise Sächsische Schweiz/Osterzgebirge, Leipzig und Nordsachsen. Allerdings werden diese Landkreise teilweise von den SAPV-Teams anderer Landkreise mitversorgt.

Außerdem wurden in den letzten Jahren in Sachsen die Angebote der stationären Hospiz- und Palliativversorgung ausgebaut. Die aktuelle Bestandsaufnahme zeigt, dass alle Kreise über eine stationäre Hospiz- und Palliativversorgung verfügen mit Ausnahme vom Landkreis Nordsachsen. Insgesamt gibt es in Sachsen seit der Eröffnung des Hospizes in Oederan (Mittelsachsen) im Dezember 2012 acht stationäre Hospize mit insgesamt 102 Betten, darunter ein Kinderhospiz in Markkleeberg mit 12 Betten. Im Vergleich zum Jahr 2009 stehen somit knapp 25 % mehr Betten für die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender zur Verfügung (2009: 78 Betten).

Seit 2009 hat sich in Sachsen auch die Anzahl der Palliativstationen um sieben Stationen auf derzeit 24 erhöht. Es werden aktuell 188 Betten vorgehalten. Dies bedeutet im Vergleich zu 2009 einen Anstieg von 17 %. Das größte Angebot besitzen hier die Kreisfreien Städte Dresden bzw. Leipzig mit 4 Stationen (40 Betten) bzw. 3 Stationen (32 Betten).

Der Vergleich des Versorgungsangebots Sachsens mit dem anderer Bundesländer stützt sich vor allem auf Versorgungsberichte der Länder, übergreifende Analysen des Bundes und der Verbände sowie eine Befragung durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. Im Vordergrund der vergleichenden Betrachtung stehen dabei die Länder Baden-Württemberg, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Für die Ableitung der Normwerte zeigt sich, dass angesichts der hohen Sterblichkeitsunterschiede zwischen den Bundesländern eine Bedarfsermittlung auf der Basis bundesdurchschnittlicher Normwerte je Bevölkerung nicht zufriedenstellend ist. Deshalb empfiehlt die Studie, in der regionalen Planung der Hospiz- und Palliativversorgung auf die erwarteten Sterbefälle abzustellen, die sich unter Berücksichtigung der Altersstruktur ergeben. Dieses bedeutet, dass die Normwerte der DGP zur Berechnung der Sollwerte um Bevölkerungsstruktur und Sterblichkeit korrigiert werden.

Aufgrund dieser Nennwerte ergibt sich ein deutlicher Anpassungsbedarf der SAPV-Versorgung von den Ist- an die Sollzahlen 2011 (vgl. Tabelle 11). In der Prognose zeigt sich auch, dass verglichen mit den Sollzahlen im Jahr 2011 im Jahr 2050 nur in Leipzig (Stadt) ein zusätzliches SAPV-Team benötigt wird (vgl. Tabelle 19). Für Görlitz wird hingegen erwartet, dass – nach einem zusätzlichen Bedarf in den Jahren 2020 und 2030 nach einem weiteren Team – 2050 wieder nur ein Team für die Versorgung benötigt wird. Im Sinne des abgestimmten Ausbaus ambulanter Strukturen empfiehlt die Studie für Sachsen eine Erweiterung der ambulanten Hospizversorgung von vergleichbarem Umfang wie bei der SAPV (vgl. Tabelle 18).

Bei den Palliativbetten zeigt sich für Sachsen insgesamt eine leichte Zunahme des Bedarfs bis zum Jahr 2050 (vgl. Tabelle 21). Allerdings sind die 2050 notwendigen 153 Betten heute schon vorhanden. Dies trifft insbesondere für die drei Kreisfreien Städte zu. Hier sind Kapazitäten aufgebaut worden, die auch den zukünftigen Bedarf weit übersteigen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass diese Palliativbetten im Zusammenhang mit den Tumorzentren in größeren Städten (Dresden, Leipzig, Chemnitz) stehen, die die Bevölkerung überregional versorgen.

Auch die Prognose der Hospizbetten zeigt für Sachsen bis zum Jahr 2050 eine leichte Zunahme des Bedarfs (vgl. Tabelle 20). Auffallend ist, dass es im Unterschied zu Leipzig und Chemnitz in Dresden kein Hospiz gibt. Dabei wird gerade für Dresden eine Zunahme der Sollzahlen bis 2050 prognostiziert. Allerdings sind in diesem Zusammenhang auch die hohe Zahl an Palliativbetten in Dresden und der Umstand, dass es im nahegelegenen Radebeul ein Hospiz gibt, zu berücksichtigen. Gerade dieser Fall zeigt aber auch die hohe Bedeutung von Koordination und Integration, die der Sachverständigenrat in seinem Sondergutachten 2009 herausgestellt hat und die gerade im vorliegenden Bereich von Hospiz- und Palliativversorgung wesentlich ist.

In einer abschließenden Bewertung werden – vor dem Hintergrund einer Stärken- und Schwächenanalyse aus Experteninterviews – weitere Handlungsempfehlungen abgeleitet, die auch die Dimensionen von Qualität der Leistungserbringung, Ausbildung, Finanzierung und deren Anreizwirkung sowie Integration einbeziehen.

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangssituation.....	13
2	Aufgabenbeschreibung.....	14
3	Bestandsaufnahme der Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen	16
3.1	Definition und Abgrenzung der Hospiz- und Palliativversorgung	16
3.1.1	Hospizversorgung.....	16
3.1.2	Palliativversorgung.....	17
3.2	Datengrundlagen.....	19
3.3	Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung.....	20
3.3.1	Ambulante Hospizdienste (AHD)	21
3.3.2	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)	23
3.4	Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung.....	23
3.4.1	Stationäre Hospize.....	24
3.4.2	Palliativstationen in Krankenhäusern	25
3.5	Räumliche Verteilung der Versorgungsangebote in Sachsen.....	25
3.5.1	Region Chemnitz.....	25
3.5.2	Region Dresden	26
3.5.3	Region Leipzig	27
4	Bewertung und Vergleich der hospizlichen und palliativen Versorgungsstrukturen Sachsens.....	28
4.1	Versorgungsangebote in anderen Ländern	28
4.1.1	Ambulante Hospizdienste	28
4.1.2	Allgemeine ambulante und spezialisierte Palliativversorgung	30
4.1.3	Stationäre Hospizversorgung für Erwachsene	33
4.1.4	Stationäre Palliativversorgung für Erwachsene	34

4.1.5	Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder	34
4.2	Zusammenfassung des Vergleichs mit anderen Bundesländern.....	35
4.3	Benchmarks für die Versorgung	36
4.3.1	Vorgaben des DHPV und der DGP	37
4.3.2	Empfehlungen der Spitzenverbände.....	39
4.4	Fazit des Vergleichs	40
5	Bedarfsberechnung	41
5.1.1	Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung	42
5.1.2	Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung.....	46
6	Bedarfsprognose auf Kreisebene.....	50
6.1	Bevölkerungsprognose	50
6.2	Prognose der Gestorbenen für das Berechnungsmodell des zukünftigen Versorgungsbedarfs	53
6.3	Prognose für die ambulanten Hospiz- und Palliativdienste.....	54
6.3.1	Ambulante Hospizdienste	54
6.3.2	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung	55
6.4	Stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen	57
6.4.1	Hospizbetten.....	57
6.4.2	Palliativbetten.....	59
7	Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativarbeit in Sachsen	62
7.1	Bewertung der Ist-Situation der hospizlichen Versorgung in Bezug auf die Zweite Landeshospizkonzeption	62
7.1.1	Grundsätze und Ziele	62
7.1.2	Öffentliche Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung.....	63
7.2	SWOT-Analyse aus Experteninterviews.....	67
7.2.1	Zur Hospizversorgung.....	67

7.2.2	Zur Palliativversorgung.....	70
7.3	Handlungsfelder und Kriterien zur Weiterentwicklung von Hospiz- und Palliativversorgung	71
7.3.1	Zur Hospizversorgung.....	72
7.3.2	Zur Palliativversorgung.....	74
7.3.3	Weitere Handlungsempfehlungen	76
8	Literaturverzeichnis	78
Anhang.....		84
	Aktuelle Standorte der Hospiz- und Palliativeinrichtungen	84
	Kartenteil.....	90
	Bevölkerung	90
	Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2012	105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ist-Soll-Vergleich der AHD-Fallzahlen in Sachsen für 2011 und 2030	55
Abbildung 2: Ist-Soll-Vergleich der SAPV-Teams in Sachsen für 2012 und 2030.....	57
Abbildung 3: Ist-Soll-Vergleich der Hospizbetten in Sachsen für 2012 und 2030.....	59
Abbildung 4: Ist-Soll-Vergleich der Palliativbetten in Sachsen für 2012 und 2030.....	61
Abbildung 5: Förderung des ambulanten Hospizwesens mit Landesmitteln, 2012.....	66

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aktuelle Palliativ- und Hospizangebote in Sachsen, 2012	16
Tabelle 2: Anzahl der ambulanten Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen, 2012.....	21
Tabelle 3: Ambulante Hospizdienste in Sachsen nach Kreisen, 2011	22
Tabelle 4: Ehrenamtliche Mitarbeiter in ambulanten Hospizdiensten in Sachsen nach Kreisen, 2011	23
Tabelle 5: Anzahl stationärer Einrichtungen in Sachsen nach Kreisen, 2012	24
Tabelle 6: Hospizeinrichtungen in ausgewählten Bundesländern, 2012.....	29
Tabelle 7: Palliativeinrichtungen in ausgewählten Bundesländern, 2012.....	31
Tabelle 8: Betten in Hospizen und der stationären Palliativversorgung nach Landkreisen in Sachsen, 2012.....	38
Tabelle 9: Gestorbene in Sachsen nach Altersklassen und Kreisen, 2011	42
Tabelle 10: Fallzahlen der ambulanten Hospizdienste – Ist-Soll, 2011	44
Tabelle 11: SAPV- Dienste, Ist und Soll 2011.....	46
Tabelle 12: Stationäre Hospize – Ist-Soll, 2011.....	48
Tabelle 13 Stationäre Palliativbetten, Ist und Soll, 2011	49
Tabelle 14: Bevölkerungsentwicklung und -prognose Sachsens 2011 bis 2050 nach ausgewählten Altersgruppen	51
Tabelle 15: Prognose Bevölkerungsanteil der Altersgruppen „65 bis 80 Jahre“ und „über 80 Jahre“ nach Kreisen in Sachsen, 2011 und 2020	52
Tabelle 16: Prognose Bevölkerungsanteil der Altersgruppen „65 bis 80 Jahre“ und „über 80 Jahre“ nach Kreisen in Sachsen, 2030 und 2050	52
Tabelle 17: Prognose Gestorbene in Sachsen nach Kreisen, 2011 - 2050	53

Tabelle 18: Prognose der Fallzahlen der ambulanten Hospizdienste in Sachsen nach Kreisen gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung	54
Tabelle 19: Prognose der SAPV-Teams in Sachsen nach Kreisen gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung	56
Tabelle 20: Prognose Hospizbetten in Sachsen nach Kreisen gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung	58
Tabelle 21: Prognose stationäre Palliativbetten in Sachsen nach Kreisen gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung	60
Tabelle 22: Grundsätze der „Zweiten Landeshospizkonzeption“ Sachsens	62
Tabelle 23: Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Länder, 2011/2012	65
Tabelle 24: Ambulante Hospizdienste in Sachsen	84
Tabelle 25: Stationäre Hospize in Sachsen	87
Tabelle 26: Palliativstationen in Sachsen	87
Tabelle 27: SAPV-Teams in Sachsen	89

Kartenverzeichnis

Karte 1: Bevölkerung in den Gemeinden Sachsens in Tsd., 2011	90
Karte 2: Einwohnerdichte in den Gemeinden Sachsens, 2011	91
Karte 3: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Gemeinden Sachsens, 2011	92
Karte 4: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2011	93
Karte 5: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2020	94
Karte 6: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2030	95
Karte 7: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2050	96
Karte 8: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Kreisen Sachsens, 2011	97
Karte 9: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Kreisen Sachsens, 2020	98
Karte 10: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Kreisen Sachsens, 2030	99
Karte 11: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Kreisen Sachsens, 2050	100
Karte 12: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2011	101
Karte 13: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2020	102
Karte 14: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2030	103
Karte 15: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2050	104
Karte 16: Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen, 2012	105
Karte 17: Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen, 2012	106

Karte 18: Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen, 2012.....	107
Karte 19: Kinderhospiz- und -palliativversorgung in Sachsen, 2012	108
Karte 20: Region Chemnitz.....	109
Karte 21: Region Dresden	110
Karte 22: Region Leipzig	111
Karte 23: Kreisfreie Stadt Chemnitz	112
Karte 24: Erzgebirgskreis.....	113
Karte 25: Landkreis Mittelsachsen.....	114
Karte 26: Vogtlandkreis	115
Karte 27: Landkreis Zwickau	116
Karte 28: Kreisfreie Stadt Dresden	117
Karte 29: Landkreis Bautzen.....	118
Karte 30: Landkreis Görlitz.....	119
Karte 31: Landkreis Meißen.....	120
Karte 32: Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge	121
Karte 33: Kreisfreie Stadt Leipzig	122
Karte 34: Landkreis Leipzig.....	123
Karte 35: Landkreis Nordsachsen	124

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine Ambulante Palliativversorgung
AHD	Ambulanter Hospizdienst
AKHD	Ambulanter Kinderhospizdienst
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose (Muskellähmung)
AOK PLUS	Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
ARG	Alter, Rente, Grundsicherung
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.
DRG	Diagnosis Related Groups - Diagnosebezogene Fallpauschalen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
EW	Einwohner
G-BA	Gemeinsamer Bewertungsausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HKL	Herz-Kreislauf
HOPE	Hospiz- und Palliativ-Erfassung
KBV	Kassenärztlichen Bundesvereinigung
KVS	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
NICE	National Institute for Clinical Excellence
PB	Palliativbetten
PCT	Palliative Care Team
PKD	Palliativärztlicher Konsiliardienst
SAPPV	Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SB	Sterbebegleitung
SGB	Sozialgesetzbuch
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
StH	Stationäres Hospiz

StKH	Stationäres Kinderhospiz
TB	Trauerbegleitung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Ausgangssituation

Aufgrund der sich verändernden Altersstruktur der Bevölkerung, der zunehmenden Kostenbelastung im Gesundheitssystem sowie einer verstärkten Auseinandersetzung mit der Frage nach einem menschenwürdigen Tod werden das Thema Sterben bzw. die Fragen nach dem „Wie sterben“ und „Wo sterben“ in allen Ländern Deutschlands zunehmend offener diskutiert. In diesem Kontext hat sich in Deutschland seit den 1980er Jahren eine umfassende Hospiz- und Palliativbewegung entwickelt, deren Anliegen es ist, infaust erkrankte Menschen und deren Angehörige ganzheitlich zu betreuen. Im Einzelnen umfasst diese Strategie größtmögliche Autonomie bis zuletzt, Schmerzfreiheit und Geborgenheit in einer vertrauten Umgebung und im Kreis der Familie und Freunde, professionelle palliativmedizinische und -pflegerische Betreuung sowie eine psychosoziale sowie spirituelle Begleitung.

Mit dem Wachstum des öffentlichen und fachlichen Bewusstseins, Menschen mit schwerer Krankheit ein Leben auch in häuslicher Umgebung zu ermöglichen, wurden eine ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizversorgung aufgebaut. Daraus hervorgegangen sind ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize sowie meist an Krankenhäuser angegliederte Palliativstationen.

Die „erste Hospizstudie“ für den Freistaat Sachsen wurde am 30. Dezember 2010 vom Lehrstuhl für allgemeine Wirtschafts- und Sozialgeographie an der Technischen Universität Dresden vorgelegt (*Glatter/Sitte 2010*). Darin wird die Versorgungsstruktur für das Jahr 2009 der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Sachsen erfasst, ihre räumliche Verbreitung bewertet, länderübergreifende Vergleiche durchgeführt sowie der Versorgungsbedarf bis zum Jahr 2020 abgeschätzt.

Die Versorgungssituation im Freistaat Sachsen hat sich in der Zwischenzeit verändert. Gleichzeitig wurde die „erste Hospizstudie“ auf Fachebene diskutiert; vor allem aber wurden wesentliche neue Erkenntnisse zur Bevölkerungsentwicklung in der Studie „A(Iter), R(ente), G(rund-sicherung)“ (ARG-Studie) gewonnen. Hieraus ergibt sich ein Aktualisierungsbedarf der bisher vorliegenden Studie. Gleichzeitig soll die Bedarfsanalyse anhand eines überarbeiteten methodischen Instrumentariums auf die Zeiträume 2030 und 2050 ausgedehnt werden. Die wesentliche Neuerung in diesem Gutachten besteht darin, dass der zukünftige Versorgungsbedarf konsequent auf Basis der zu erwartenden Sterbefälle berechnet wird und in *mortalitätsadjustierten Empfehlungen* mündet. Gegenwärtige Richtlinien beziehen ihre Empfehlungen heute ausschließlich auf die Größe der zu versorgenden Bevölkerung und können somit die unterschiedliche Altersstruktur in den Regionen – und damit die unterschiedliche Mortalität – nicht berücksichtigen.

Außerdem soll die Fortschreibung der Hospizstudie als Grundlage für die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativarbeit in Sachsen dienen.

2 Aufgabenbeschreibung

Ziel der Studie ist es, einen Statusbericht zu Standortdichte, räumlicher Bedarfsabdeckung und demografischen Rahmenbedingungen für die ambulante und stationäre hospizliche und palliative Versorgung im Freistaat Sachsen zu erstellen und diese zu bewerten.

Ausgangspunkt sind die erste Hospizstudie aus dem Jahr 2010, die beim Auftraggeber vorhandenen Daten (z. B. ARG-Studie, die Daten aus der Berichterstattung der mit Landesmitteln geförderten ambulanten Hospizdienste in Sachsen), eine aktualisierte Berechnung des Statistischen Landesamtes für die demografische Prognose 2050 sowie eigene Recherchen.

Hierzu ist zur Prüfung der notwendigen Versorgungsstrukturen sowie als Grundlage für die Erstellung einer „Dritten Landeshospizkonzeption für den Freistaat Sachsen“ eine Situationsbeschreibung für den Hospiz- und Palliativbereich zu erstellen und die regionale Versorgung kartografisch darzustellen. Bei der Bestandsaufnahme sollen die Versorgungsangebote für Kinder jeweils getrennt ausgewiesen werden. Darüber hinaus sollen aktuelle Versorgungslücken identifiziert und der künftige Bedarf (2020–2030–2050) an ambulanten und stationären Angeboten auf Ebene der Landkreise und Kreisfreien Städte herausgearbeitet werden. Fragen von Potenzial oder Finanzierung möglicher Mehrbedarfe werden hier nur cursorisch behandelt. Die regionalen demografischen Unterschiede Sachsens sind dabei besonders zu berücksichtigen. Im Einzelnen sind die folgenden vier Aufgabenschwerpunkte zu bearbeiten:

I. Aktualisierung der Datenbasis und kartografische Darstellung ambulanter und stationärer Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen differenziert nach

1. Hospizliche Versorgungseinheiten

- Erfassung aller ambulanten hospizlichen Versorgungseinheiten
- Erfassung der Bettenzahlen bei stationären Hospizen
- getrennte Dokumentation der Versorgungsangebote für Kinder

2. Palliative Versorgungseinheiten

- Erfassung der stationären palliativen Versorgung
- Erfassung weiterer spezialisierter ambulanter Palliativangebote (SAPV und Pflegedienste mit speziellen Palliativangeboten)
- getrennte Dokumentation der Versorgungsangebote für Kinder

3. Kartografische Darstellung der hospizlichen und palliativen Versorgungseinheiten

- Differenzierung nach ambulanten und stationären Einrichtungen
- Darstellung der ambulanten Hospizdienste und Palliativangebote und aller ambulanten Pflegedienste
- Kartierung der Ist- und Soll-Situation für die Jahre 2012 und 2030 in den Landkreisen und Kreisfreien Städten
- getrennte Ausweisung der Versorgungsangebote für Kinder

II. Bewertung und Vergleich der ambulanten und stationären Einrichtungen im Hospizwesen und in der Palliativversorgung in Sachsen

1. Bewertung der aktuellen ambulanten und stationären Einrichtungen im Hospizwesen und in der Palliativversorgung im Raumbezug
 - Bewertung unter Bezugnahme auf die aktuellen demografischen Strukturen in Sachsen (Datenstand 2012)
 - regional differenzierte Bewertung nach räumlicher Versorgungsdichte
 - getrennte Ausweisung und Bewertung der Versorgungsangebote für Kinder
2. Vergleich der aktuellen ambulanten und stationären Einrichtungen im Hospizwesen und in der Palliativversorgung
 - Abgleich der Versorgungsstruktur in Sachsen mit den Vorgaben von Deutschem Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV) bzw. dem Spitzenverband der Kas- sen bezüglich der Versorgungsdichte
 - Abgleich mit der ambulanten und stationären Versorgung in den Bundesländern Brandenburg, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz und Baden-Würt- temberg anhand der Versorgungsquote und demografischer Kriterien (ohne se- parate Datenanalysen der zum Vergleich herangezogenen Bundesländer)
 - Bewertung des Vergleichs

III. Prognose des Bedarfs ambulanter und stationärer Hospiz- und Palliativversorgungen in Sachsen

- Erstellung eines altersdifferenzierten Prognosemodells für Sachsen für den Zeit- raum 2020–2030–2050 anhand allgemeiner Kennziffern. Für die über 65-jähri- gen ist die ARG-Studie zugrunde zu legen.
 - räumliche Differenzierung der Prognose auf der Ebene Landkreise/Kreisfreie Städte
 - Prognose unter Berücksichtigung der jeweiligen Altersstruktur

IV. Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativarbeit in Sachsen

- Bewertung des Ist-Standes der hospizlichen Versorgung in Bezug auf die Vor- gaben der „Zweiten Landeshospizkonzeption“
- Identifikation von Kriterien und Handlungsfeldern zur Weiterentwicklung der Hospizarbeit im Freistaat Sachsen als Grundlage für die „Dritte Landeshospiz- konzeption“
- Abgrenzungsvorschlag für den künftig zu erreichenden Versorgungsstandard auf der Ebene Landkreise/Kreisfreie Städte.

3 Bestandsaufnahme der Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen

3.1 Definition und Abgrenzung der Hospiz- und Palliativversorgung

Die Begriffe „Hospiz- und Palliativversorgung“ bezeichnen keine unterschiedlichen Aufgabengebiete, sondern sind nur verschiedene Ausdrucksformen für die Versorgung schwerstkranker Menschen an ihrem Lebensende. Der Begriff „Palliativ“ geht auf das lateinische *pallium* zurück und bedeutet Mantel. Ziel der Palliativversorgung soll in diesem Sinn sein, Menschen mit einer unheilbaren und voranschreitenden Krankheit zu umhüllen und sie so vor Schmerzen sowie unerträglichem Leid zu schützen und ihre Lebensqualität bis zum Tod so gut wie möglich zu bewahren. Der Begriff „Hospiz“ leitet sich vom lateinischen Wort *hospitium* ab, welches Herberge bedeutet. Im Mittelalter entstanden entlang der Pilger Routen Herbergen, die sowohl gesunden als auch kranken Pilgern Unterkunft boten. Dieser Tradition folgend will die moderne Hospizbewegung Orte schaffen, an denen schwerstkranken Menschen an ihrem Lebensende versorgt und begleitet werden, um in Würde sterben zu können.

Aufgrund der vielfältigen und komplexen Anforderungen von Hospiz- und Palliativpatienten ist die Hospiz- und Palliativversorgung in der Praxis arbeitsteilig organisiert, wobei das Leistungsspektrum der ambulanten und stationären Dienste sehr verschieden ist und von psychosozialer Betreuung bis hin zur Übernahme palliativmedizinischer oder -pflegerischer Aufgaben in den verschiedenen Settings reicht.

Einen zusammenfassenden Überblick der aktuellen Versorgungsstrukturen in Sachsen gibt Tabelle 1.

Tabelle 1: Aktuelle Palliativ- und Hospizangebote in Sachsen, 2012

Bereich	Palliativversorgung	Hospizversorgung
Ambulant	<ul style="list-style-type: none">• 12 Teams für Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)• 1 Team für Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV)	<ul style="list-style-type: none">• 48 Ambulante Hospizdienste (AHD)• 5 Ambulante Kinderhospizdienste (AKHD)
Stationär	<ul style="list-style-type: none">• 24 Palliativstationen (188 Betten)	<ul style="list-style-type: none">• 7 Hospize (90 Betten)• 1 Kinderhospiz (12 Betten)

Quelle: AOK PLUS (Stand Hospize : 23.08.2012), SMS (Stand Palliativstationen: Mai 2012; AHD: 27.12.2012, SAPV: August 2012)

3.1.1 Hospizversorgung

Das erste Hospiz wurde 1967 in London von Dame Dr. Cicely Saunders gegründet. In Deutschland gibt es Hospiz- und Palliativ Versorgungsstrukturen seit den 80er Jahren. Die erste „Station

für palliative Therapie“ wurde 1983 an der Klinik für Chirurgie der Universität Köln eröffnet, der erste Hospizverein 1985 in München gegründet. Seit 1994 gibt es die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin als wissenschaftliche Fachgesellschaft und die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Hospiz als Dachverband der Hospizbewegung (*Lins 2011*).

Ein **ambulanter Hospizdienst** erbringt nach § 39a Abs. 2 SGB V palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Die ambulanten Hospizdienste erbringen qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung u. a. in Haushalten oder Familien der Versicherten sowie in stationären Pflegeheimen. Die Krankenkassen haben die ambulanten Hospizdienste für jene Versicherte zu fördern, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst mit palliativmedizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie unter der fachlichen Verantwortung einer examinierten Pflegefachkraft oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativmedizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

Ein wichtiges konstitutives Element der Hospizarbeit ist die ehrenamtliche Hilfe. Ambulante Hospizdienste sind für die spirituelle und psychosoziale Betreuung in Form von z. B. Gesprächen, Spaziergängen oder haushaltlicher Unterstützung schwerstkranker Menschen und deren Familien zuständig, sie bieten jedoch keine medizinischen bzw. pflegerischen Leistungen an.

Stationäre Hospize sind selbständige Einrichtungen mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag, die für Patienten mit unheilbaren Erkrankungen in der letzten Lebensphase palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung sowie psychosoziale und spirituelle Begleitung anbieten. Die ärztliche Versorgung erfolgt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Stationäre Hospize verfügen über acht bis 16 Betten (*GKV-Spitzenverband 2010*).

Voraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist das Leiden an einer progredient verlaufenden Krankheit, bei der eine Heilung ausgeschlossen ist und bei der nur noch mit einer begrenzten Lebenserwartung zu rechnen ist. Nach § 39a SGB V haben Versicherte Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Der Zuschuss beträgt 90 % – in Kinderhospizen 95 % – der mit den jeweiligen Hospizen vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssätze. Die restlichen Kosten werden durch den Träger des Hospizes mithilfe von Spenden erbracht. Patienten müssen seit einer Gesetzesänderung im Jahr 2009 keinen Eigenanteil leisten.

3.1.2 Palliativversorgung

Palliative Care ist gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2002 ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien (bzw. sozialem Umfeld), die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. Das Hauptziel der Palliativversorgung ist der

Erhalt, die Förderung bzw. – soweit möglich – die Verbesserung der Lebensqualität für Patienten und ihr soziales Umfeld (auch über die Sterbephase hinaus). Sie beinhaltet gleichwertig ärztliche, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Kompetenz. Im engeren Sinn kann unter Palliativmedizin (englisch: Palliative Medicine) auch der unverzichtbare, ärztliche Beitrag zu Palliative Care verstanden werden (vgl. *DGP/DHPV 2009*).

Es wird zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung unterschieden. Der überwiegende Teil schwerstkranker Patienten wird in der allgemeinen Palliativversorgung betreut. Allerdings gibt es keine genaue Definition der **Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung** (AAPV), bei der es sich um reguläre, bereits im Arbeitsalltag der Leistungserbringer eingepreiste Leistungen handelt. Die AAPV wird von Leistungserbringern der Primärversorgung (in erster Linie niedergelassene Ärzte und Pflegedienste) mit palliativmedizinischer Basisqualifikation im Rahmen der allgemeinen Versorgung durchgeführt. Der Großteil der Palliativpatienten, die medizinische und pflegerische Versorgung benötigen, kann auf diese Weise ausreichend versorgt werden. Die Leistungserbringer in der AAPV sind in der Regel nur zu einem Teil ihrer Zeit mit der Versorgung von Palliativpatienten beschäftigt. Die Versorgung richtet sich an palliativmedizinischen Therapiezielen und -inhalten aus. Geschulte ehrenamtliche Hospizmitarbeiter werden je nach Bedarf aktiv eingebunden. Reichen die therapeutischen Möglichkeiten der AAPV und die Qualifikationen der beteiligten Leistungserbringer nicht aus, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, sind die Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung einzubeziehen.

Seit der bundesweiten Einführung des Rahmenvertrags über die spezialisierte Palliativversorgung im Jahr 2007 übernehmen Teams der **Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung** (SAPV) die Aufgaben einer spezialisierten Palliativversorgung. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa zehn bis 15 Prozent der Sterbenden diese speziellen Formen der Versorgung benötigen.¹ Die Vielfalt der Angebote erfordert eine gute Kommunikation aller Beteiligten miteinander sowie multiprofessionelle Teams, welche sektorübergreifend arbeiten, um den besonderen Bedürfnissen der sterbenden Patienten gerecht zu werden.

§ 37b SGB V regelt den Rechtsanspruch auf die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung²: „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt zu verordnen. Sie umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.“

Spezialisierte Leistungserbringer im Rahmen der SAPV sind qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte und qualifizierte Pflegefachkräfte mit Zusatzausbildung, die orientiert an der Konzeption eines

¹ Vgl. www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ.html, letzter Abruf am 13.02.2013

² Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 wurde zum 01.04.2007 durch Ergänzung des § 37b Sozialgesetzbuch V (SGB V) die SAPV als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend dem anerkannten gesellschaftlichen Ziel aufgenommen, mehr Menschen ein Sterben in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Palliativ-Care-Teams (PCT) fachübergreifend ggf. auch in Kooperation mit anderen Professionen eng zusammenarbeiten. Die Übernahme einzelner Versorgungsleistungen durch das PCT erfolgt dann, wenn Beratung und Koordination durch das PCT nach übereinstimmender Meinung der jeweiligen Leitungserbringer in der Primärversorgung und der Mitarbeiter des PCT nicht ausreicht, die Palliativversorgung des Patienten sicherzustellen. In diesem Sinne sollten Leistungen der SAPV die Leistungen der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung nicht ersetzen, sondern ergänzen. Eine psychosoziale Unterstützung ist in enger Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten nach § 39a Abs. 2 SGB V, Seelsorge und Sozialarbeit zu gewährleisten. Nach den Richtlinien des G-BA werden Leistungen der SAPV ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der ambulanten Hospizdienste und ggf. der stationären Hospize, organisiert sind.

Palliativstationen sind eigenständige, in ein Krankenhaus integrierte spezialisierte Einrichtungen, die die Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen, welche eine Krankenhausbehandlung benötigen, sicherstellen. Ihr Ziel ist es, mit Hilfe von symptomorientierten Maßnahmen die jeweilige Krankheitssituation der Patienten zu verbessern bzw. zu stabilisieren, so dass eine anschließende Entlassung – möglichst in die eigene Häuslichkeit – erfolgen kann. Dazu bedarf es eines ganzheitlichen, multiprofessionellen Betreuungsansatzes, der sowohl palliativärztliche als auch palliativpflegerische Betreuung einschließt.

Die Finanzierung der Palliativstationen erfolgt durch die Sozialleistungsträger entweder entsprechend der Krankenhausfinanzierung nach dem DRG-System oder auf Basis von Tagesätzen, wenn die Station eine besondere Einrichtung darstellt, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt ist und mindestens fünf Betten umfasst.³

3.2 Datengrundlagen

Eine verlässliche und möglichst einheitliche Datenbasis ist die Grundlage für eine zuverlässige Erfassung des Bestands an Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Ebenso wichtig sind verlässliche Daten, auf denen sich eine plausible Prognose des künftigen Bedarfs aufbauen lässt. Da keine einheitliche Datenbasis existiert, die allen Anforderungen genügt, müssen unterschiedliche Quellen herangezogen und zusammengeführt werden. Zudem werden die erzielten Ergebnisse durch Experteninterviews plausibilisiert und bewertet.

Konkret wurde die Bestands- und Bedarfsanalyse der Hospiz- und Palliativeinrichtung mit Hilfe folgender Datengrundlagen durchgeführt:

- Demografische Daten des Statistischen Landesamtes und des Gutachtens ARG,
- Anzahl abgeschlossener Sterbebegleitungen – AOK PLUS Sachsen und Thüringen,
- Selbstauskünfte der Hospize,
- Statistik zur Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen vom Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V.,

³ Vgl. http://www.dhvp.de/themen_palliativstationen.html, letzter Abruf am 08.03.2013.

- Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens (KVS) bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV),
- Statistische Auswertungen einschlägiger Institutionen (Gemeinsamer Bundesausschuss, DHPV),
- Daten des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz (SMS),
- Befragung des SMS zur Förderung der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung in anderen Bundesländern und
- Experteninterviews.

Keine belastbaren Statistiken liegen zu den Hospiz- und Palliativleistungen in der AAPV sowie von ambulanten Pflegediensten mit palliativen Zusatzqualifikationen vor.

Bei der AAPV handelt es sich um reguläre, bereits im Arbeitsalltag der Leistungserbringer eingepreiste Leistungen. Es gibt jedoch keine genaue Abgrenzung zur SAPV. Sie wird somit von niedergelassenen Ärzten und Pflegediensten mit palliativmedizinischer Basisqualifikation im Rahmen der allgemeinen Versorgung erbracht werden kann.

Für ambulante Pflegedienste gibt es unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, Palliativpflege abzurechnen. Diese qualifizierten Pflegedienste müssen mindestens vier Vollzeitstellen mit Pflegekräften besetzt haben, die – ebenso wie die Leitung – in Palliativpflege weitergebildet sind. Zudem müssen Kooperationsverträge mit einem Hospizdienst und einem Haus- oder Facharzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin vorhanden sein.⁴ Der Übergang zur AAPV ist prinzipiell fließend.

3.3 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Der Freistaat Sachsen verfügt – rein standortbezogen, ohne Berücksichtigung von Bevölkerungsdichte – über eine weitgehend flächendeckende ambulante Hospiz- und Palliativversorgung (vgl. Karte 16). Tabelle 2 fasst zunächst die aktuellen ambulanten Versorgungsstrukturen in Sachsen zusammen.

⁴ Im Jahr 2011 gab es in Sachsen 1.005 ambulante Pflegedienste mit 19.400 Beschäftigten. Sie betreuten 27,4 % aller Pflegebedürftigen (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2012b).

Tabelle 2: Anzahl der ambulanten Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen, 2012

Landkreise	Anzahl Ambulante Einrichtungen				Bevölkerung je Einrichtung (in 1.000)			
	AHD	SAPV	allg. Pflege- gedienste	Insgesamt	AHD	SAPV	allg. Pflege- dienste	Amb. Versorgungs- einheiten insg.
Chemnitz, Stadt	4	1	53	58	61	243	5	4
Erzgebirgskreis	9	1	110	120	40	364	3	3
Mittelsachsen	6	1	91	98	54	325	4	3
Vogtlandkreis	2	-	82	84	121	-	3	3
Zwickau	4	1	108	113	85	338	3	3
Dresden, Stadt	4	2	96	102	132	265	6	5
Bautzen	5	2	70	77	64	159	5	4
Görlitz	4	1	75	80	68	274	4	3
Meißen	3	1	62	66	84	251	4	4
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	3	-	54	57	84	-	5	4
Leipzig, Stadt	2	2	111	115	266	266	5	5
Landkreis Leipzig	3	-	69	72	88	-	4	4
Nordsachsen	4	-	55	59	51	-	4	3
Sachsen	53	12	1.036	1.101	78	345	4	4

Quelle: Eigene Berechnungen nach Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2012a), Pflegenetz Sachsen (Pflegedienste Stand: Dezember 2012), SMS (Stand SAPV: August 2012, Stand AHD: 27.12.2012)

3.3.1 Ambulante Hospizdienste (AHD)

Seit 1997 ist die Hospizbewegung in Sachsen in die Bundesstrukturen der Hospizbewegung eingebunden. Auf Initiative und unter der Moderation des Sozialministeriums wurde damals die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Hospiz des Freistaates Sachsen gegründet.

Sachsen verfügte im Jahr 2011 über 53 ambulante Hospizdienste verteilt auf alle Landkreise/Kreisfreien Städte, fünf davon speziell für Kinder. Die meisten AHDs befinden sich im Erzgebirgskreis, sowie in den Landkreisen Mittelsachsen und Bautzen (vgl. Tabelle 3). Von den 48 ambulanten Hospizdiensten für Erwachsene wurden 2.307 abgeschlossene Sterbebegleitungen durchgeführt, knapp 6 % mehr als noch im Jahr 2009. Somit erhielten etwa 4,6 % der Gestorbenen über 20 Jahre eine ambulante Hospizversorgung. Regional betrachtet ging die Anzahl der Sterbebegleitungen bei den Erwachsenen im Vergleich zur ersten Hospizstudie von 2010 (vgl. *Glatter/Sitte 2010*) nur in Chemnitz (-27 %) und den Landkreisen Görlitz (-10 %), Meißen (-29 %) und Leipzig (-1 %) zurück.

Die Arbeit der ambulanten Hospizdienste wird von Ehrenamtlichen getragen. Dabei lässt sich in die einsatzbereiten und die tatsächlich eingesetzten Personen unterscheiden. Es wurden in Sachsen im Jahr 2011 1.567 Ehrenamtliche tatsächlich eingesetzt, während sogar 1.828 einsatzbereit waren (vgl. Tabelle 4). Die Landkreise Bautzen und Nordsachsen weisen einen hohen Anteil der Gestorbenen mit ambulanter Hospizversorgung auf, das Verhältnis der je Ehrenamtlichen durchgeführten Sterbebegleitungen ist dort – wie auch in Leipzig (Stadtgebiet) – mit 2,2 auch am höchsten und weist auf ein hohes Engagement der Ehrenamtlichen sowie mögliche Unterkapazitäten an ehrenamtlich Tätigen hin.

Ein weiteres wichtiges Aufgabenfeld der ambulanten Hospizarbeit nehmen die Trauerbegleitungen ein, 2.993 Personen erhielten 2011 diese Leistung. Vor allem in den drei Kreisfreien Städten wurden überdurchschnittlich viele Personen je Ehrenamtlichen trauerbegleitet. Auf Landkreisebene ist das Betreuungsverhältnis neben dem Vogtlandkreis wieder in Bautzen und Nordsachsen am ungünstigsten. Betrachtet man die Zeit, die für diese Leistungsarten aufgewendet wurde, so wurden im Berichtsjahr 41.071 Stunden für Sterbebegleitungen und 15.409 Stunden für Trauerbegleitungen aufgebracht.⁵

Tabelle 3: Ambulante Hospizdienste in Sachsen nach Kreisen, 2011

Landkreise	Anzahl AHD	Anzahl abgeschlossene Sterbebegleitungen (SB)	Anzahl der Personen die trauerbegleitet wurden (TB)	Anteil der Gestorbenen mit ambulanter Hospizversorgung an Gestorbenen insg. (%)
Chemnitz, Stadt	4	195	494	6,0
Erzgebirgskreis	9	316	224	6,4
Mittelsachsen	6	183	180	4,2
Vogtlandkreis	2	86	175	2,5
Zwickau	4	243	226	5,1
Dresden, Stadt	4	268	531	5,6
Bautzen	5	252	226	6,6
Görlitz	4	194	117	5,1
Meißen	3	99	85	3,2
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	3	42	89	1,4
Leipzig, Stadt	2	203	435	3,6
Landkreis Leipzig	3	135	44	4,3
Nordsachsen	4	152	167	6,1
Sachsen	53	2.368	2.993	4,7

Quelle: SMS (Datenstand: 27.12.2012), eigene Berechnungen

⁵ Informationen laut Verwendungsnachweisprüfung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz

Tabelle 4: Ehrenamtliche Mitarbeiter in ambulanten Hospizdiensten in Sachsen nach Kreisen, 2011

Landkreise	Anzahl eingesetzte ehrenamtliche Mitarbeiter	Anzahl einsatzbereite ehrenamtliche Mitarbeiter	Verhältnis SB/eingesetzte ehrenamtliche Mitarbeiter	Verhältnis TB/eingesetzte ehrenamtliche Mitarbeiter
Chemnitz, Stadt	114	116	1,7	4,3
Erzgebirgskreis	198	227	1,6	1,1
Mittelsachsen	138	172	1,3	1,3
Vogtlandkreis	85	92	1,0	2,1
Zwickau	134	167	1,8	1,7
Dresden, Stadt	207	231	1,3	2,6
Bautzen	114	154	2,2	2,0
Görlitz	139	149	1,4	0,8
Meißen	117	117	0,8	0,7
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	62	62	0,7	1,4
Leipzig, Stadt	91	94	2,2	4,8
Landkreis Leipzig	99	103	1,4	0,4
Nordsachsen	69	144	2,2	2,4
Sachsen	1.567	1.828	1,5	1,9

Quelle: SMS (Datenstand: 27.12.2012)

3.3.2 Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

In Sachsen gibt es derzeit 12 SAPV Leistungserbringer sowie ein Brückenteam für die spezielle Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Im Vergleich zum Jahr 2009 hat sich die Anzahl der Teams verdoppelt. Die Standorte sind daher nicht mehr nur auf die drei Kreisfreien Städte begrenzt. Kein eigenes SAPV-Team haben der Vogtlandkreis, die Landkreise Sächsische Schweiz/Osterzgebirge, Leipzig sowie Nordsachsen. Diese Landkreise werden teilweise von den SAPV-Teams anderer Landkreise mitversorgt. Im Jahr 2011 erhielten 1.317 Gestorbene (Fälle AOK) Leistungen durch die SAPV, was einem Anteil von 2,6 % der Gestorbenen über 20 Jahre entspricht. Der Marktanteil der AOK beträgt knapp 50 %.⁶ Demnach erhielten in Sachsen etwa fünf Prozent der Versicherten Leistungen der SAPV, wohingegen die Anzahl der Sterbegleitungen durch AHDs gemäß vorliegender Daten (vgl. 3.3.1) offenbar etwas geringer ist.

3.4 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

Die Angebote der stationären Hospiz- und Palliativversorgung wurden in Sachsen in den letzten Jahren ausgebaut. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die stationäre Versorgungslandschaft in Sachsen und zeigt, dass fast alle Kreise über eine stationäre Hospiz- oder Palliativversorgung verfügen. Lediglich der Landkreis Nordsachsen hat weder ein stationäres Hospiz noch eine

⁶ KM6-Statistik, Stichtag 01.07.2011

Palliativstation.⁷ Allerdings besitzt Nordsachsen acht Krankenhäuser, in denen teilweise Ärzte mit palliativmedizinischer Zusatzqualifikation arbeiten. Für die palliativ-pflegerische und -medizinische Betreuung kommt den Krankenhäusern eine große Bedeutung zu, auch wenn diese nicht über eigene Palliativstationen verfügen.⁸

Tabelle 5: Anzahl stationärer Einrichtungen in Sachsen nach Kreisen, 2012

Landkreise	Anzahl Stationäre Einrichtungen				Bevölkerung je Einrichtung (in 1.000)			
	Hospize	Palliativstationen	Krankenhäuser	Insg.	Hospize	Palliativstationen	Krankenhäuser	Stationäres Angebot insg.
Chemnitz, Stadt	1	2	3	6	243	122	81	41
Erzgebirgskreis	1	2	6	9	364	182	61	40
Mittelsachsen	1	2	7	10	325	162	46	32
Vogtlandkreis	-	2	6	8	-	121	40	30
Zwickau	-	1	7	8	-	338	48	42
Dresden, Stadt	-	4	7	11	-	132	76	48
Bautzen	-	1	7	8	-	319	46	40
Görlitz	1	2	7	10	274	137	39	27
Meißen	1	2	4	7	251	126	63	36
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	-	2	6	8	-	125	42	31
Leipzig, Stadt	2	3	8	13	266	177	66	41
Landkreis Leipzig	1	1	4	6	265	265	66	44
Nordsachsen	-	-	8	8	-	-	26	26
Sachsen	8	24	80	112	517	172	52	37

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2012a, AOK PLUS (Stand Hospize : 23.08.2012), SMS (Stand Palliativstationen: Mai 2012)

3.4.1 Stationäre Hospize

Sachsen verfügt seit der Eröffnung des Hospizes in Oederan (Mittelsachsen) im Dezember 2012 über acht stationäre Hospize mit insgesamt 102 Betten, darunter ein Kinderhospiz in Markkleeberg mit 12 Betten. Im Vergleich zum Jahr 2009 stehen somit knapp 25 % mehr Betten für die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender zur Verfügung (2009: 78 Betten). Außerdem gibt es Pläne zur Errichtung drei weiterer Hospize in Leisnig (Mittelsachsen), Dohna (Sächsische Schweiz-Osterzgebirge) und Falkenstein (Vogtlandkreis).

Die höchsten Bettenkapazitäten weisen die Hospize in den beiden Kreisfreien Städten Chemnitz und Leipzig auf, dort wurden auch die meisten Patienten behandelt. Im Jahr 2011 erhielten 534 gestorbene AOK-Versicherte eine Betreuung in stationären Hospizen. Dies entspricht in Sachsen einem Anteil von 1,1 % an allen Gestorbenen über 20 Jahre. Geht man wiederum von einem

⁷ Palliativleistungen werden auch in den derzeit 573 Pflegeheimen in Sachsen erbracht. Uns liegen jedoch keine Daten dieser Leistungen vor.

⁸ Ein sehr hoher Anteil der palliativmedizinisch betreuten Patienten leidet an den Folgen maligner Erkrankungen (vgl. beispielsweise *Schneider, Amelung, Ziegler, Buser 2005: S. 41*).

Marktanteil der AOK von 50 % aus, verstarben etwas mehr als zwei Prozent der Gestorbenen 2011 im Hospiz.

3.4.2 Palliativstationen in Krankenhäusern

In Sachsen hat sich die Anzahl der Palliativstationen seit 2009 um sieben auf derzeit 24 Stationen erhöht. Es werden aktuell 188 Betten vorgehalten, 17 % mehr als im Jahr 2009. Über das größte Angebot verfügen die Kreisfreien Städte Dresden und Leipzig mit vier Palliativstationen mit 40 Betten bzw. drei Palliativstationen mit 32 Betten. Im Jahr 2011 starben 714 Personen (AOK-Versicherte) auf einer sächsischen Palliativstation. Dies sind etwa 1,4 % – bzw. hochgerechnet auf alle Versicherten – knapp drei Prozent aller Gestorbenen über 20 Jahre.

3.5 Räumliche Verteilung der Versorgungsangebote in Sachsen

Die Hospiz- und Palliativversorgung ist in Sachsen möglichst flächendeckend zu gewährleisten. Insbesondere sollen die in Sachsen etablierten Angebote der ambulanten Hospizdienste und Palliativ-Care-Teams das Prinzip der Wohnortnähe umsetzen. Die räumliche Verteilung der verschiedenen Angebote wird im Folgenden ab Karte 16 bis Karte 35 gezeigt. Die Zahlen zu den Einwohnern beziehen sich dabei auf das Jahr 2011 und die Informationen zur Hospiz- und Palliativversorgung auf 2012. Im Folgenden werden die Unterschiede in den Versorgungsstrukturen auf Kreisebene beschrieben.

Eine Wertung von Standorten innerhalb eines Kreises, die im engeren Sinn nicht Gegenstand dieser Studie war, sollte vor dem Hintergrund von Zentralität und Erreichbarkeit auf politischer Ebene diskutiert werden.

3.5.1 Region Chemnitz

Zur Region Chemnitz, in der rund 1,5 Mio. Menschen leben, zählen die Kreisfreie Stadt Chemnitz, der Erzgebirgskreis, Mittelsachsen, der Vogtlandkreis und Zwickau. In dieser Region sind die meisten ambulanten Hospizdienste anzutreffen, insgesamt 25, darunter drei Kinderhospizdienste (vgl. Karte 20). Allerdings verteilen sich die AHDs ungleich auf die Kreise.

Kreisfreie Stadt Chemnitz

Chemnitz zählt 243.173 Einwohner. Die Kreisfreie Stadt verfügt über vier AHDs, darunter einen Kinderhospizdienst, eine SAPV, ein stationäres Hospiz mit 16 Betten und zwei Palliativstationen an Krankenhäusern mit ebenfalls insgesamt 16 Betten (vgl. Karte 23).

Erzgebirgskreis

Der Erzgebirgskreis ist mit 363.741 Einwohnern bevölkerungsmäßig der größte Kreis in der Region Chemnitz und weist mit neun AHDs (darunter 2 Kinderhospizdienste) von allen sächsischen Kreisen die höchste Zahl von AHDs auf (vgl. Karte 24). Es gibt im Erzgebirgskreis eine SAPV in Schwarzenberg, ein Hospiz mit acht Betten und zwei Palliativstationen mit je sechs Betten in Aue und Breitenbrunn, OT Erlabrunn. Es ist darauf hinzuweisen, dass die AHDs sich

räumlich stark konzentrieren, so dass die Wohnortnähe nicht flächendeckend gegeben ist. Auch die periphere Lage des Hospizes in Erlabrunn wirft Fragen von Bedarfsabdeckung sowie Erreichbarkeit auf.

Mittelsachsen

Der Kreis Mittelsachsen zählt 324.904 Einwohner. Er verfügt über sechs AHDs, eine SAPV in Freiberg, ein Hospiz in Oederan mit zehn Betten, zwei Palliativstationen in Mittweida und Freiberg mit je sechs Betten (vgl. Karte 25). Auch hier ist die Lage des Hospizes in Oederan vor dem Hintergrund der Erreichbarkeit kritisch zu hinterfragen.

Vogtlandkreis

Der Vogtlandkreis verfügt bei 241.643 Einwohnern lediglich über zwei AHDs in Plauen und in Reichenbach. Es gibt keine SAPV und kein Hospiz, jedoch zwei Palliativstationen in Plauen (8 Betten) und in Rodewisch (6 Betten) (vgl. Karte 26).

Zwickau

Der Kreis Zwickau hat bei 338.272 Einwohnern vier AHDs, davon zwei in Glauchau, sowie je einen Dienst in Limbach-Oberfrohna und Zwickau. Es gibt in Zwickau eine SAPV und eine Palliativstation mit zehn Betten, jedoch kein Hospiz (vgl. Karte 27).

3.5.2 Region Dresden

Die Region Dresden ist mit 1,6 Mio. Einwohnern die bevölkerungsstärkste Region. Sie hat 19 AHDs, darunter einen ambulanten Kinderhospizdienst (vgl. Karte 21). Wie auch in der Region Chemnitz ist eine unregelmäßige Verteilung zwischen der Kreisfreien Stadt Dresden und den Kreisen Bautzen, Görlitz, Meißen und Sächsische Schweiz/Osterzgebirge festzustellen.

Dresden

Die Kreisfreie Stadt Dresden hat bei 529.781 Einwohnern vier AHDs (darunter ein ambulanter Kinderhospizdienst), zwei SAPV, vier Palliativstationen mit zusammen 40 Betten, jedoch kein Hospiz, (Karte 28). Ein Hospiz liegt jedoch in unmittelbarer Nachbarschaft in Radebeul.

Bautzen

Der Kreis Bautzen ist mit 318.618 Einwohnern nach Dresden der bevölkerungsreichste Kreis der Region Dresden. Er verfügt über fünf AHDs in Bautzen, Bischofswerda, Hoyerswerda (2) und Kamenz sowie zwei SAPV-Teams in Bautzen und Lauta/Laubusch. Im Kreis Bautzen gibt es kein Hospiz, jedoch eine Palliativstation mit acht Betten in Bautzen (vgl. Karte 29). Bei einer weiteren Versorgung mit AHDs ist künftig auf eine angemessene Streuung im Kreisgebiet zu achten.

Görlitz

Der Kreis Görlitz verfügt bei 273.511 Einwohnern über vier AHDs in Görlitz, Herrnhut, Niesky, und Zittau sowie ein SAPV-Team in Niesky/OT See; ferner 1 Hospiz mit 12 Betten in

Herrnhut und zwei Palliativstationen mit je 6 Betten in Görlitz und Ebersbach-Neugersdorf (vgl. Karte 30).

Meißen

Im Kreis Meißen werden 251.328 Einwohner von drei AHDs in Meißen, Radebeul und Riesa sowie einem Hospiz mit 16 Betten in Radebeul versorgt. Für die Palliativversorgung steht ein SAPV-Team in Riesa zur Verfügung, das an die dortige Palliativstation angegliedert ist. Eine weitere Palliativstation mit ebenfalls sechs Betten gibt es in Coswig (vgl. Karte 31).

Sächsische Schweiz/Osterzgebirge

Im Kreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge obliegt die Hospizversorgung der 250.860 Einwohner drei AHDs. Ein stationäres Hospiz gibt es nicht. Für die Palliativversorgung stehen zwei Palliativstationen mit je sechs Betten in Pirna und in Sebnitz zur Verfügung. Eine eigene SAPV existiert nicht (vgl. Karte 32).

3.5.3 Region Leipzig

Die Region Leipzig umfasst die Kreisfreie Stadt Leipzig sowie die Landkreise Leipzig und Nordsachsen. Insgesamt leben in dieser Region rund eine Million Menschen. Mit neun AHDs – darunter ein ambulanter Kinderhospizdienst – besitzt die Region die geringste Versorgungsdichte bei der ambulanten hospizlichen Versorgung (vgl. Karte 22).

Leipzig, Stadt

Die 531.809 Einwohner der Kreisfreien Stadt Leipzig werden ambulant von zwei AHDs und zwei SAPV-Teams, stationär von zwei Hospizen mit insgesamt 28 Betten und drei Palliativstationen mit 32 Betten versorgt (vgl. Karte 33).

Landkreis Leipzig

Im Landkreis Leipzig mit 265.250 Einwohnern, gibt es drei AHDs mit Sitz in Deutzen, Grimma und Markkleeberg. Bei Letzterem handelt es sich um einen ambulanten Kinderhospizdienst, der mit einem stationären Kinderhospiz mit 12 Betten verbunden ist. Die Palliativversorgung erfolgt über eine Palliativstation in Borna mit acht Betten. Ein eigenes SAPV-Team gibt es nicht (vgl. Karte 34).

Nordsachsen

Auch im Kreis Nordsachsen, der mit 204.161 Einwohnern der bevölkerungsschwächste Landkreis in Sachsen ist, gibt es kein eigenes SAPV-Team und keine stationäre Palliativstation (vgl. Karte 35). Die hospizliche Versorgung obliegt den vier AHDs mit Sitz in Eilenburg, Oschatz, und Torgau (2).

4 Bewertung und Vergleich der hospizlichen und palliativen Versorgungsstrukturen Sachsens

Gegenstand dieses Abschnitts ist die Beantwortung der Frage, wie sich die aktuelle Versorgungsstruktur Sachsens mit ambulanten und stationären Einrichtungen im Hospizwesen und in der Palliativversorgung von der anderer Bundesländer unterscheidet.

Die Strukturierung des Vergleichs folgt der Darstellung des letzten Abschnitts. Auf die tiefergehende regionale Verteilung der Angebote nach Kreisen innerhalb der anderen Bundesländer wird dabei verzichtet. Auch erfolgt keine separate Datenanalyse in den zum Vergleich herangezogenen Bundesländern.

Neben den Absolutzahlen zu den Angeboten werden einfache Verhältniszahlen zur Versorgungsquote präsentiert. Abschließend erfolgt die Darstellung und Diskussion eventueller Unterschiede in der Versorgungssituation.

4.1 Versorgungsangebote in anderen Ländern

Die Informationen zum Versorgungsangebot der anderen Bundesländer stützen sich vor allem auf Versorgungsberichte der Länder, übergreifende Analysen des Bundes und der Verbände sowie eine Befragung durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. Im Vordergrund der Betrachtung stehen die Länder Baden-Württemberg, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

4.1.1 Ambulante Hospizdienste

Zur Anzahl der in Deutschland tätigen Hospizdienste liegen unterschiedliche Informationen vor. Zu unterscheiden sind einerseits die Angaben der Hospizverbände und deren Internetplattformen und andererseits die Informationen derjenigen Hospizdienste, die über Verträge mit der GKV verfügen. Erstere Gruppe ist wesentlich weiter gefasst. Nach Auskunft des DHPV gibt es in Deutschland derzeit rund 1.500 ambulante Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung einschließlich der ambulanten Hospizdienste für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Dienste mit Beratungsschwerpunkt. Diese vom DHPV berechnete Zahl blieb seit 2008 nahezu konstant.⁹ Von den 1.500 Einrichtungen werden ca. 780 - 800 durch die GKV bezuschusst.¹⁰

Nach der Erhebung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz bei den Sozialministerien der Länder (vgl. Tabelle 23), beträgt im Jahr 2012 die Anzahl der ambulanten Hospizdienste in Deutschland ohne Saarland 1.216, darunter 53 in Sachsen (Erhebung vom Mai 2012, Stand 15.03.2013). In dieser Zahl sind auch nicht bezuschusste Hospizdienste enthalten. Bei einem Vergleich sind jedoch die Spezialisierung (z. B. ausschließlich

⁹ Siehe http://www.dhvp.de/service_zahlen-fakten.html (Stand 08.07.2013).

¹⁰ Auskunft von Dr. Bolze am 20.02.2013.

Beratung) und die Größe und Professionalisierung der Hospizdienste zu beachten. Nach einer Studie des DHPV finden sich beispielsweise in den städtischen Räumen eher größere Dienste mit höherem Professionalisierungsgrad als in ländlich strukturierten Räumen (*Allert 2010*).

Tabelle 6: Hospizeinrichtungen in ausgewählten Bundesländern, 2012

	AHD	Stationäre Hospize	Ambulante Kinderhospizdienste	Stationäre Kinderhospize
	Anzahl			
Baden-Württemberg	259	23	21	0
Brandenburg	26	8	4	1
Rheinland-Pfalz	43	6	2	1
Sachsen	53	7	5	1
Sachsen-Anhalt	24	4	2	0
Thüringen	29	5	2	1
	je Million Einwohner			
Baden-Württemberg	24,1	2,1	2,0	0
Brandenburg	10,4	3,2	1,6	0,4
Rheinland-Pfalz	10,7	1,5	0,5	0,2
Sachsen	12,8	1,7	1,2	0,2
Sachsen-Anhalt	10,3	1,7	0,9	0
Thüringen	13,0	2,2	0,9	0,4
	Einwohner in 1.000 je Hospizeinrichtung			
Baden-Württemberg	42	468	513	
Brandenburg	96	312	625	2.499
Rheinland-Pfalz	93	667	2.000	4.000
Sachsen	78	591	828	4.140
Sachsen-Anhalt	96	581	1.162	
Thüringen	77	445	1.114	2.227

Quelle: <http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/> Abfrage: 25.11.2012 und eigene Berechnungen/Recherchen nach Länderumfrage des SMS vom 07.05.2012 (Stand 15.03.2013)

Baden-Württemberg hat von den fünf Vergleichsländern die höchste Versorgungsdichte an ambulanten Hospizdiensten. Bei einer Bevölkerung von 10,8 Mio. Einwohnern gibt es laut SMS-Umfrage 259 ambulante Hospizdienste. Diese Zahl entspricht den Angaben der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz in Baden-Württemberg. Allerdings sind in dieser Zahl auch Hospizdienste/Sitzwachengruppen enthalten, die sich ausschließlich privat finanzieren. Laut Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Baden-Württemberg sind es rund 180 Dienste, die mit den Krankenkassen einen Vertrag geschlossen haben (teilweise sind mehrere Hospizdienste zu einem Vertrag zusammengeschlossen).¹¹ Nach Angaben der Statistik der Krankenkassen wurden 135 Hospizdienste im Jahr 2012 bezuschusst. In den durch die gesetzlichen Krankenkassen geför-

¹¹ Auskunft von Herrn Bernhard Bayer, Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz am 09.07.2013.

dernten ambulanten Hospizdiensten in Baden-Württemberg wurden im Jahr 2012 4.082 Sterbebegleitungen von 4.337 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erbracht (vgl. *vdek Pressemitteilung vom 9. Juli 2012, Stuttgart*). Rechnerisch versorgt damit ein AHD in Baden-Württemberg, rund 42.000 Einwohner (vgl. Tabelle 6). Ohne die rein privat finanzierten Hospizdienste und Sitzwachengruppen ergäbe sich ein etwas höherer Wert.

Aufschlussreich ist auch ein Bezug der Zahlen aus Baden-Württemberg und Sachsen zu den Daten, die aus einer DHPV-Studie (2009, Seite 3) stammen: demnach ergäben sich pro AHD Durchschnittswerte von 72 Sterbebegleitungen von Erwachsenen bei 50 eingesetzten Ehrenamtlichen. Gemäß den vom SMS ermittelten Zahlen für Sachsen (bei 48 AHDs¹²) bzw. Baden-Württemberg (bei 135 AHDs) sind die entsprechenden Relationen mit 48 bzw. 30 Sterbebegleitungen bei 33 bzw. 32 Ehrenamtlichen je AHD jedoch deutlich geringer. Es ist dabei aber unbekannt, inwieweit die DHPV-Studie sich auf eine eher großstadtbezogene Stichprobe bezieht, bei denen die AHDs größere Kapazitäten und Leistungsumfänge aufweisen.

In *Brandenburg* versorgen die 26 AHDs bei einer Bevölkerung von 2,5 Mio. Einwohnern durchschnittlich 96.000 Einwohner.

Rheinland-Pfalz hat 43 AHDs, wovon 29 direkt vom Land gefördert werden. Bei einer Bevölkerungszahl von vier Mio. Einwohnern entspricht dies durchschnittlich 93.000 Einwohnern je AHD.

In *Sachsen-Anhalt* gibt es für rund 2,3 Mio. Einwohner an 24 Standorten AHDs. Zahlen zu den betreuten Patientinnen und Patienten liegen nicht vor (vgl. *Landtag von Sachsen-Anhalt 2013*). Von den Verbänden der Krankenkassen werden neun ambulante Hospizdienste in Sachsen-Anhalt als förderungswürdig eingestuft (vgl. *Pressemitteilung des vdek vom 29. Juni 2012, Magdeburg*). Rechnerisch versorgt damit ein AHD im Durchschnitt 96.000 Einwohner.

In *Thüringen* ist die Versorgungsdichte, gemessen an der zu versorgenden Einwohnerzahl, mit rund 77.000 Einwohnern vergleichbar zu Sachsen. Es gibt 29 AHDs bei einer Bevölkerungszahl von 2,2 Mio. Einwohnern. Von diesen wurden im Jahr 2012 von der GKV 22 Dienste bezuschusst und ein Dienst, der sich auf die Begleitung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert hat. (vgl. *vdek Pressemitteilung vom 17. August 2012, Erfurt*).

Durchschnittlich versorgen in *Sachsen* die 53 AHDs jeweils 78.000 Einwohner bei 4.137.051 Einwohnern (Stand 31.12.2011). Die sächsische Versorgungsquote liegt damit im Mittelfeld der betrachteten Länder. Die spezifische demografische Struktur bleibt hier noch unberücksichtigt (vgl. Kapitel 5 und 6).

4.1.2 Allgemeine ambulante und spezialisierte Palliativversorgung

Um die Versorgung der schwerstkranken und sterbenden Menschen im vertrauten häuslichen Umfeld zu stärken und auszubauen, genießt die ambulante Palliativversorgung in den Ländern

¹² Betrachtet werden hier nur die AHDs für Erwachsene (Quelle: Berichterstattung der Landesdirektion Sachsen zur Verwendungsnachweisprüfung für AHD-Förderungen 2011 nach FRL Hospiz an das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz).

Priorität. Es ergeben sich allerdings unterschiedliche Schwerpunkte innerhalb der ambulanten Versorgung.¹³

Tabelle 7: Palliativeinrichtungen in ausgewählten Bundesländern, 2012

	Palliativärzte ambulant	SAPV	Palliativärzte Stationär	Palliativstationen
	Anzahl			
Baden-Württemberg	710	23	452	27
Brandenburg	102	10	67	7
Rheinland-Pfalz	171	17	159	21
Sachsen	145	12	172	24
Sachsen-Anhalt	65	10	77	7
Thüringen	42	8	60	8
	je Million Einwohner			
Baden-Württemberg	65,9	2,1	42,0	2,5
Brandenburg	40,8	4,0	26,8	2,8
Rheinland-Pfalz	42,7	4,2	39,7	5,2
Sachsen	35,0	2,9	41,5	5,8
Sachsen-Anhalt	28,0	4,3	33,1	3,0
Thüringen	18,9	3,6	26,9	3,6
	Einwohner in 1000 je Palliativeinrichtung			
Baden-Württemberg	15	468	24	399
Brandenburg	24	250	37	357
Rheinland-Pfalz	23	235	25	190
Sachsen	29	345	24	173
Sachsen-Anhalt	36	232	30	332
Thüringen	53	278	37	278

Quelle: Palliativärzte: BÄK nach BMG 2012, SAPV: Palliativstationen, <http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/> Abfrage: 25.11.2012, Akademie für Palliative Care im Land Brandenburg 2011 und eigene Berechnungen

Einen Anhaltspunkt über die vorgehaltenen Kapazitäten in der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung geben auch die Zahlen der Landesärztekammern über die Zusatzqualifikation Palliativmedizin der Ärzte.

Baden-Württemberg nimmt auch hier eine Spitzenposition ein. Dort wurde bereits Mitte der neunziger Jahre durch die sogenannte „Brückenpflege“ eine sektorenübergreifende palliativ-pflegerische Beratung an den 16 Standorten der Tumorzentren und onkologischen Schwer-

¹³ Für die AAPV existiert keine vergleichbare gesetzliche Regelung wie für die SAPV. Die AAPV wird von Haus- und Fachärzten im Zusammenspiel mit allgemeinen Hospizdiensten und qualifizierten Pflegediensten erbracht. Die Vergütung der Hausärzte- und Fachärzte ist über den EBM geregelt.

punkte aufgebaut. Über die Brückenpflege-Standorte konnte 2009 etwa die Hälfte der Einwohner auf einem Drittel der Fläche Baden-Württembergs erreicht werden. Inzwischen wurde die ambulante Palliativversorgung noch weiter ausgebaut. Auffällig ist dabei, dass Baden-Württemberg die relativ geringste Versorgungsdichte an SAPVs hat und damit offenbar die Versorgung durch AAPV präferiert wird.

In *Brandenburg* gibt es für die SAPV Schwerstkranker und Sterbender sieben Stützpunkte, darunter zwei im Aufbau (vgl. *Akademie für Palliative Care im Land Brandenburg 2011*). Diese werden ergänzt durch sieben Palliativstationen (in Krankenhäusern) mit 58 Betten. Gemessen an der Zahl der ambulant tätigen Ärzte mit Zusatzqualifikation Palliativmedizin schneidet Brandenburg besser als die anderen ostdeutschen Länder ab (vgl. Tabelle 7). Ein Arzt versorgt hier rechnerisch 24.000 Einwohner.

In *Rheinland-Pfalz* bestanden 2010 etwa 15 regionale Netzwerke, die eine Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung umsetzen – teilweise unter Einbeziehung der Palliativstationen der Krankenhäuser. Weitere werden nach Abschluss der Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern aller Voraussicht nach hinzukommen. Die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte mit palliativmedizinischer Zusatzqualifikation liegt bei 171. Dies entspricht 23.000 Einwohnern je Palliativmediziner.

Sachsen-Anhalt verfügte mit Stand 31.12.2011 über 65 ambulant und 77 stationär tätige Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatzbezeichnung Palliativmedizin – und somit einer Gesamtzahl von 142.¹⁴ Dies entspricht rund 30.000 Einwohnern je ambulanten und 35.000 je stationären Palliativmediziner (bzw. 16.000 Einwohner je Palliativmediziner insgesamt). Ein SAPV-Team versorgt rechnerisch 232.000 Einwohner (vgl. Tabelle 7).

Thüringen hat die geringste Zahl an ambulant tätigen Palliativmedizinern. Thüringen verfügte Ende 2011 über 42 ambulant und 60 stationär tätige Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“. Damit fallen in Thüringen im Durchschnitt 53.000 Einwohner auf einen ambulant tätigen Palliativmediziner. Thüringen hat damit die geringste Versorgungsdichte an ambulanten Ärzten mit einer Zusatzqualifikation Palliativmedizin. Vergleichsweise besser sieht es mit dem Zugang zu SAPV aus. Ein SAPV-Team versorgt in Thüringen im Durchschnitt 278.000 Einwohner.

In *Sachsen* liegt die Einwohnerzahl je ambulant tätigen Palliativmediziner bei 29.000 und nimmt damit einen mittleren Platz unter den hier aufgeführten Bundesländern ein. Rund 45 % der Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzqualifikation sind danach in Sachsen ambulant und 55 % stationär tätig. Im Bundesdurchschnitt liegt dieses Verhältnis bei 52 % zu 48 %. Damit liegt die Tätigkeit von Palliativmedizinern in Sachsen deutlich stärker auf dem stationären Bereich als im Bundesdurchschnitt. Ein SAPV-Team versorgt rechnerisch 345.000 Einwohner (vgl. Tabelle 7).

¹⁴ Diese Angaben sind zwischenzeitlich deutlich gestiegen. Sachsen-Anhalt verfügte mit Stand 01.11.2012 über 72 ambulant und 83 stationär tätige Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatzbezeichnung Palliativmedizin.

4.1.3 Stationäre Hospizversorgung für Erwachsene

Nach dem Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12. Februar 2012 kommt die stationäre Versorgung mit Hospiz- und Palliativbetten dem von Experten genannten Benchmark in Höhe von 50 Betten je 1 Mio. Einwohner bereits sehr nahe bzw. überschreitet diesen (*BMG 2012*). Die Verteilung zwischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen unterscheidet sich dabei deutlich, da Hospizbetten auch in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vorgehalten werden.

Die Kapazitäten im stationären Bereich werden nicht nur von den Bettenzahlen, sondern auch von der Verweildauer bestimmt, da kürzere Verweildauern eine höhere Versorgungszahl ermöglichen. Nach Kenntnis der LAG Hospiz Baden-Württemberg beträgt die durchschnittliche Verweildauer in stationären Einrichtungen 20 Tage. Nach anderen Angaben schwankt die durchschnittliche Verweildauer stark zwischen 16 und 32 Tagen je nach Hospiz und Jahr (*Landtag von Baden-Württemberg 2012*). Nach der Standarddokumentation von „HOPE Hospiz- und Palliativversorgung“ beträgt die durchschnittliche Versorgungsdauer 16 Tage, der Median liegt mit zehn Tagen deutlich darunter. Am Median ist die starke Variabilität der Versorgungsdauer über die Einrichtungen besonders gut sichtbar, er reicht von fünf Tagen bei Konsiliardiensten bis zu 13 Tagen in sonstigen Krankenhausstationen (*Lindena, Woskanjan 2012*).

Von den stationären Hospizeinrichtungen in *Baden-Württemberg* hatten im Jahr 2012 21 Einrichtungen Versorgungsverträge mit den Krankenkassen (vgl. *vdek Pressemitteilung vom 9. Juli 2012, Stuttgart*).¹⁵

In *Brandenburg* gibt es acht Hospize (Stand: 2012) für rund 2,5 Mio. Einwohner, die 88 Betten vorhalten. Dies entspricht etwa 350 Gestorbenen je Hospizbett.

In *Rheinland-Pfalz* kann die Hospizbetreuung in Flächenkreisen auch in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, die einzelne Hospizbetten einrichten können. Es gibt sechs stationäre Hospize (vgl. Tabelle 6).

Sachsen-Anhalt verfügt über fünf stationäre Hospize für Erwachsene. Das Hospiz in Dessau-Roßlau für Erwachsene wird von acht auf zwölf Betten erweitert (*Landtag von Sachsen-Anhalt 2013*). Nach Einschätzung der Landesregierung ist allerdings die Anzahl der Hospizplätze insgesamt gegenwärtig ausreichend. Es sind keine weiteren Hospizplätze geplant (*Ebenda, Antwort zu Frage Nr. 7*).

In *Thüringen* ermöglichen fünf Hospize die stationäre Sterbebegleitung für Erwachsene.

Sachsen hat sieben Hospize für Erwachsene, die durchschnittlich 591.000 Personen betreuen und nimmt damit einen mittleren Platz im Vergleich zu den anderen hier betrachteten Bundesländern ein (vgl. Tabelle 6).

¹⁵ In Baden-Württemberg wird der Anteil stationär betreuter Personen in der Hospizversorgung mit 0,5 % aller Pflegebedürftigen beziffert.

4.1.4 Stationäre Palliativversorgung für Erwachsene

Baden-Württemberg verfügt über 27 Palliativstationen an Krankenhäusern mit 212 Betten. Dies ist im Vergleich zu Sachsen angesichts der fast dreifachen Bevölkerungszahl sehr wenig. Ursache dürfte in der großen Bedeutung der SAPV in Baden-Württemberg liegen, auf die oben bereits hingewiesen wurde.

In *Brandenburg* bieten 7 Palliativstationen in Krankenhäusern Leistungen der Palliativversorgung an.

In *Rheinland-Pfalz* gibt es an 21 Krankenhäusern Palliativstationen. Die Ausweisung von weiteren Palliativstationen in Krankenhäusern kommt in *Rheinland-Pfalz* – laut einer ministeriellen Antwort – grundsätzlich nur noch dann in Betracht, wenn sich (zum Beispiel in dünn besiedelten ländlichen Regionen) zukünftig nicht genügend regionale Netzwerke bilden, um die Patienten angemessen und wohnortnah ambulant versorgen zu können (*Landtag Rheinland-Pfalz 2010*).

Sachsen-Anhalt verfügt über 7 Palliativstationen. Dem entsprechen 332.000 Einwohner auf eine Palliativstation.

In *Thüringen* stehen einer Bevölkerung von knapp 2,3 Mio. Personen 126 Palliativplätze in drei Krankenhäusern und 8 Palliativstationen zur Verfügung. Das sind 287.000 Einwohner auf eine Palliativstation

Sachsen hat mit 24 Palliativstationen relativ die höchste Versorgungsdichte. Rechnerisch versorgt eine Palliativstation damit 173.000 Einwohner, also die geringste Einwohnerzahl dieses Vergleichs.

4.1.5 Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder

Die primäre Aufgabe ambulanter Kinder- und Jugendhospizarbeit ist die Begleitung von Familien mit lebensverkürzend erkrankten Kindern und Jugendlichen durch Ehrenamtliche, die von verantwortlichen Fachkräften durch Schulung, Anleitung und Begleitung unterstützt werden. Da Kinder keine Erwachsenen sind, haben sie spezifische Anforderungen an die Hospiz- und Palliativversorgung. Spezielle fachliche Anforderungen wie etwa die Durchführung von Atemstimulierenden Maßnahmen, die Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter oder parenterale Ernährung erfordern bei schwerstkranken Kindern hoch spezialisierte und erfahrene Kinderkrankenpflegedienste. Der Bedarf wird bundesweit auf die Betreuung von 30.000 Familien geschätzt.

Baden-Württemberg hat im Zeitraum 2009 – 2011 den Ausbau der ambulanten Kinder- und Jugendhospizarbeit durch ein Projekt gefördert. Im Jahr 2012 gab es im Hospiz-Wegweiser 21 Kinder- und Jugendhospizdienste. Stationäre Hospizdienste werden im Hospiz-Wegweiser nicht aufgeführt. Allerdings gibt es verschiedene Initiativen zum Bau stationärer Kinderhospize. Die Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Baden-Württemberg nennt 30 ambulante Hospizdienste für Kinder und Jugendliche. Um Mitglied in der LAG sein zu können, werden spezielle

Kriterien gefordert, darunter der Nachweis einer speziellen Qualifizierung für die Kinderhospizarbeit.¹⁶

In *Brandenburg* gibt es keine spezifischen Palliativstationen für Kinder. Im Dezember 2011 eröffnete ein Tageshospiz mit Sitz in Frankfurt (Oder).

In *Nordrhein-Westfalen* benötigen zu jedem Zeitpunkt etwa 360 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 19 Jahren mit einer lebenslimitierenden Erkrankung konservativ geschätzt eine Palliativversorgung. Berücksichtigt man zudem noch die Altersgruppe bis unter 25 Jahren, erhöht sich dieser Anteil dementsprechend.

In *Rheinland-Pfalz* gibt es zwei ambulante Kinderhospizdienste und ein stationäres Kinderhospiz.

In *Sachsen-Anhalt* gibt es an der Martin-Luther-Universität Halle einen ambulanten Kinderpalliativdienst. Das Hospiz Dessau-Roßlau erhält zusätzlich zwei Betten als Kindereinheit. Das erste Kinderhospiz entsteht in der Landeshauptstadt Magdeburg und befindet sich gegenwärtig im Bau (*Landtag von Sachsen-Anhalt 2013*). Weiterhin eröffneten die Malteser in Magdeburg einen ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienst im Oktober 2010, verbunden mit einem Kinderpflegedienst (*Schneider A., 2011: S.198*).

Thüringen verfügt über zwei ambulante Kinderhospizdienste und ein stationäres Kinderhospiz.

In *Sachsen* wird die ambulante Betreuung von schwerstkranken Kindern und Jugendlichen durch fünf ambulante Kinderhospizdienste und ein stationäres Kinderhospiz durchgeführt.

4.2 Zusammenfassung des Vergleichs mit anderen Bundesländern

Der Vergleich mit ausgewählten Bundesländern zeigt eine unterschiedliche Position Sachsens bei den ambulanten und stationären Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung. Beim Vergleich der Angebote bleibt zu berücksichtigen, dass in einzelnen Ländern historisch bedingt spezielle Versorgungsformen entwickelt wurden. Beispielsweise sind dies Sitzwachengruppen und die Brückenpflege in Baden-Württemberg und die Möglichkeit der Finanzierung von Angeboten aus Spenden und über Stiftungen.

Hinsichtlich der ambulanten Versorgung zeigt sich für Sachsen noch ein Nachholbedarf im Vergleich zu den westlichen Bundesländern Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz sowohl bei AHDs als auch bei SAPV. Für die SAPV wird dies auch durch den Bericht des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesministerium für Gesundheit zum Stand der vertraglichen Umsetzung der SAPV, Stichtag: 31. Dezember 2010 (vgl. *GKV-Spitzenverband 2011a*), bestätigt. Dieser gibt für keines der neuen Bundesländer einen flächendeckenden Versorgungsgrad an. Als Länder mit flächendeckender SAPV werden genannt: Berlin, Nordrhein-Westfalen (Westfalen-Lippe, nicht jedoch Nordrhein) und Schleswig-Holstein.

In Regionen, in denen mangels vertraglicher Regelungen eine Inanspruchnahme der SAPV durch das Sachleistungsprinzip nicht möglich ist, werden nach Angaben der Krankenkassen

¹⁶ Vgl. Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz BW e.V. (2008) Ambulante Kinderhospizarbeit: Definitionen und Standards der Kinderhospizarbeit in Baden-Württemberg, Bietigheim-Bissingen, 11.02.2008.

überwiegend Einzelfallentscheidungen als Kostenerstattungsregelung getroffen. Vielfach würden auch bereits zukünftige Vertragspartner bis zum Abschluss der Verträge im Kostenerstattungsverfahren arbeiten. Als Gründe für fehlende Verträge werden vor allem genannt:

- Mangel an ausreichend qualifizierten Fachkräften
- Fehlende Weiterbildungsangebote
- Fehlende Vernetzung der Leistungserbringer
- Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

Ein Vergleich der Versorgungsdichten der SAPV nach Bundesländern muss die unterschiedlichen regionalen und demografischen Bedarfe beachten. Nach GKV-Spitzenverband liegt Sachsen diesbezüglich unter dem Bundesdurchschnitt und unter den Werten aller anderen neuen Länder (vgl. *GKV-Spitzenverband 2011a*). Dies bedeutet, von den 12 SAPV-Teams sind überdurchschnittlich viele Einwohner zu versorgen.¹⁷

Zieht man hingegen die SAPV-Betriebsnummern der KVs (Stand 01.11.2011) heran, relativiert sich dieser Eindruck: Der Vergleich der SAPV-Erst- und Folgeverordnungen vom 1. bis zum 3. Quartal 2010 nach der Frequenzstatistik der KBV (*G-BA 2011b: S. 15*) zeigt für Sachsen einen Anteil von 5,6 % am Bund. Der Bevölkerungsanteil Sachsens am Bund beträgt allerdings nur 5,0 %. Nach diesen Zahlen wäre Sachsen überdurchschnittlich gut versorgt. Gemessen am Anteil der Gestorbenen in Höhe von 5,9 % ist die SAPV-Leistungsdichte jedoch unterdurchschnittlich.¹⁸ Damit zeigt sich, dass eine Orientierung an der Bevölkerungsdichte allein nicht möglich ist und zu Fehlschlüssen führen würde (vgl. Kapitel 5).

Hinsichtlich der stationären Versorgung zeigt sich für Sachsen eine hohe Versorgungsdichte an Palliativstationen und stationär tätigen Ärzten mit der Zusatzqualifikation „Palliativmedizin“.

4.3 Benchmarks für die Versorgung

Für eine Bedarfskalkulation ist in besonderer Weise der Blick auf die spezifischen Gegebenheiten in Deutschland bzw. den einzelnen Bundesländern zu richten. Als Benchmarks für den Bedarf dienen im Folgenden die Angaben des DHPV, des DGP und des Spitzenverbandes der GKV auf Bundesebene.

¹⁷ NRW wurde in dieser Berechnung aufgrund der besonderen Regelungen in Nordrhein und Westfalen-Lippe nicht berücksichtigt.

¹⁸ Es ist zu vermuten, dass unter Berücksichtigung von PKV-Versicherten und Beihilfeberechtigten sich der Abstand zum Bundesdurchschnitt vergrößert.

4.3.1 Vorgaben des DHPV und der DGP

SAPV

Nimmt man an, dass ca. 10 % aller Sterbenden in den letzten Wochen und Monaten ihres Lebens einen Bedarf an SAPV aufweisen, benötigt man bei optimaler geografischer Verteilung ca. 330 SAPV-Teams, um eine flächendeckende Versorgung der Bundesrepublik zu erreichen. Die Teams sollten von ihrem Standort aus ein Gebiet mit 250.000 Einwohnern versorgen können. Somit erklärt sich auch, dass die überwiegende Zahl der SAPV-Teams in Ballungsgebieten angesiedelt ist und die Versorgung in ländlichen Regionen große Schwierigkeiten bereitet (*Wesselmann, Melching, van Oorschot 2012*).

Zwischen der Versorgungs-Ist-Situation und den Soll-Werten der Deutschen Hospizstiftung gibt es in Deutschland noch erhebliche Lücken. Die Deutsche Hospizstiftung weist in einer Stellungnahme zum Bericht der Bundesregierung zur spezialisierten Palliative-Care-Versorgung in Deutschland (Pressemeldung vom 06.07.2011) darauf hin, dass 80.000 Menschen einen gesetzlichen Anspruch auf SAPV-Leistungen hätten, der Versorgungsgrad allerdings erst bei 25 % liege. 60.000 Menschen, die eine umfassende Therapie benötigen, würden diese also nicht bekommen (vgl. *Klinkhammer 2011*).

Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

In der stationären Versorgung wird von der DGP von 50 Betten pro einer Million Einwohner ausgegangen, wobei eine interne Aufteilung dieser Bedarfsschätzung von 50 Betten in 30 Palliativ- und 20 Hospizbetten vorgenommen wird. Ein stationäres Hospiz sollte dabei aus Gründen der Qualitätssicherung über mindestens acht, eine Palliativstation über mindestens sechs Betten verfügen.¹⁹ Da die stationäre Palliativversorgung mit verschiedensten Krankheitsbildern bei Jugendlichen und Erwachsenen zu tun hat, hängt der Bedarf auch von der örtlichen Versorgungssituation ab. Zu häufigen Krankheitsbildern der Palliativversorgung zählen u.a.²⁰:

- Fortgeschrittene Krebserkrankung,
- Immundefizite, ALS, AIDS,
- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,

¹⁹ Siehe auch *Radbruch L., Payne S. and the Board of Directors of the EAPC (2010)*.

²⁰ Zur Epidemiologie der Versorgten in Hospiz- und Palliativeinrichtungen liegen nur begrenzt Daten vor. Aus der ganzjährigen Dokumentation von 2.346 Patienten nach HOPE sind allerdings einzelne epidemiologische Daten bekannt, die sich für die Bedarfsschätzung nutzen lassen (vgl. *Lindena, Woskanjan 2012, Nauck, Jaspers, Becker 2010*). Beispielsweise wird der Funktionsstatus der Patienten durch HOPE nach der Klassifikation der Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) gemessen. Der Funktionsstatus beschreibt näherungsweise den Versorgungsbedarf der Patienten. Daher erscheint es in weitergehenden Studien interessant, die tatsächliche Einstufung in der Pflegeversicherung mit zu erfassen. Einen hohen Funktionsstatus mit zunehmend begrenzter Selbstversorgung oder permanenter Bettlägerigkeit haben vor allem Patienten in Hospizen. Bei Aufnahme auf eine Palliativstation hatten 75 % der Patienten einen ECOG von 3 und 4 (vgl. *Lindena, Woskanjan 2012*).

Nach einem international vergleichenden Bericht des DIMDI (HTA-Bericht 301) konnten keine Studien ermittelt werden, die auf der Makroebene Aussagen über Unter-, Fehl- oder Überversorgung treffen. Dies gilt für die Schmerztherapie und die Palliativversorgung.

- Endzustände einer chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

Betrachtet man Sachsen insgesamt, so hatte der Freistaat im Jahr 2012 gemessen an den Kriterien der DGP eine überdurchschnittliche Versorgung sowohl an Hospiz- als auch Palliativbetten. Hospizbetten fehlen demnach nur in den Landkreisen, in denen auch kein Hospiz vorhanden ist, wobei die in anderen Landkreisen „zu vielen“ vorhandenen Betten diese teilweise mitversorgen können (vgl. Tabelle 8). Ein Bedarf an zusätzlichen Palliativbetten kann nur in den Landkreisen Bautzen und Nordsachsen festgestellt werden. Der Vergleich mit anderen Bundesländern zeigt einen hohen Versorgungsgrad in Sachsen.

Tabelle 8: Betten in Hospizen und der stationären Palliativversorgung nach Landkreisen in Sachsen, 2012

Landkreise	Hospiz- betten	Hospizbetten nach DGP- Empfehlung	Differenz zu tatsäch- lich vor- handenen Hospizbet- ten	Palliativ- betten	Palliativ- betten nach DGP- Empfeh- lung	Differenz zu tatsächlich vorhandenen Palliativbet- ten
Chemnitz, Stadt	16	5	+11	16	7	+9
Erzgebirgskreis	8	7	+1	12	11	+1
Mittelsachsen	10	6	+4	12	10	+2
Vogtlandkreis	-	5	-5	14	7	+7
Zwickau	-	7	-7	10	10	0
Dresden, Stadt	-	11	-11	40	16	+24
Bautzen	-	6	-6	8	10	-2
Görlitz	12	5	+7	12	8	+4
Meißen	16	5	+11	12	8	+4
Sächs. Schweiz-Osterzg.	-	5	-5	12	8	+4
Leipzig, Stadt	28	11	+17	32	16	+16
Landkreis Leipzig	12	5	+7	8	8	0
Nordsachsen	-	4	-4	-	6	-6
Sachsen	102	83	+19	188	124	+64

Quelle: AOK PLUS (Stand Hospize : Dezember 2012), SMS (Stand Palliativstationen: Mai 2012), DGP, DHPV 2008

DHPV 2009-Studie zu AHDs

In der DHPV-Studie von 2009 werden Durchschnittswerte für eine nicht näher beschriebene Stichprobe von AHD-Einrichtungen für Erwachsene in Deutschland benannt. Demnach würden durchschnittlich 72 Sterbebegleitungen bei 50 eingesetzten Ehrenamtlichen je AHD-Einrichtung geleistet. Eine Repräsentanz dieser Daten für Deutschland unterstellt, würde sich hieraus ein Anteil der Sterbebegleitungen pro Sterbefall von rund 10 % ergeben, wenn man folgende Rechnung zugrunde legt: laut Befragung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur hospizlichen Versorgung in anderen Bundesländern gab es in Deutschland (ohne Nordrhein-Westfalen und Sachsen) 876 AHDs; diese müssten nach DHPV-Studie damit etwas über 63.000 Sterbebegleitungen durchgeführt haben, so dass sich bei rund 613.000 Sterbefällen ein rund zehnpromzentiger Anteil an Sterbebegleitungen ergäbe.

Die Repräsentativität einer Zahl von 10 % Sterbebegleitungen in Bezug auf alle Sterbefälle scheint jedoch angesichts der regional zur Verfügung stehenden Daten für Sachsen mit knapp 5 % (vgl. Tabelle 3) sehr fraglich und kann sich möglicherweise nur auf ausgewählte Ballungsräume beziehen.

4.3.2 Empfehlungen der Spitzenverbände

SAPV

Nach § 132d SGB V legt der GKV-Spitzenverband gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zu den Maßstäben für eine bedarfsgerechte Versorgung mit Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung fest.

Anhaltzahlen zur Bedarfsschätzung, wie sie mit einem SAPV-Leistungserbringer mit 8 Vollzeitstellen auf 250.000 Versicherte in der Gesetzesbegründung zu § 132d Abs. 2 SGB V für die Versorgung von erwachsenen Palliativpatienten genannt sind, können somit zur Orientierung herangezogen werden, ersetzen eine individuelle Prüfung des regionalen Bedarfs jedoch nicht (*GKV-Spitzenverband 2012*). Indikatoren für die individuelle Feststellung des Bedarfs an SAPV-Leistungserbringern können insbesondere sein:

- die regionale Siedlungsstruktur und die daraus resultierenden Rahmenbedingungen,
- die Altersstruktur,
- epidemiologisch relevante Erkrankungen sowie
- die demografische Entwicklung.

So soll zwischen Regionen mit geringer, mittlerer und hoher Bevölkerungsdichte unterschieden werden. Die Unterscheidung soll ggf. nicht allein auf der Ebene der Bundesländer durchgeführt werden, sondern bis auf der Ebene der Kreise und Kreisfreien Städte vollzogen werden, um dem erheblichen Unterschied in der Bevölkerungsdichte auch innerhalb der Bundesländer gerecht zu werden. Nach den zum Zeitpunkt des Gesetzgebungsverfahrens vorliegenden Schätzungen von Experten hatten bis zu zehn Prozent aller Sterbenden einen solchen besonderen Versorgungsbedarf, der im Rahmen der SAPV abzudecken ist. Für Kinder und Jugendliche lag keine gesonderte Schätzung vor.

Der rasche Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung hat sich seit 2009 deutlich verlangsamt. Einzelne Bundesländer sehen keine Notwendigkeit eines weiteren Ausbaus, auch wenn an dieser Stelle unklar bleiben muss, inwieweit die betroffenen Bevölkerungsschichten über die Palliativ- und Hospizdienste unterrichtet sind. Bei der Bewertung der Versorgungsstrukturen in Sachsen ist den vielfältigen Angeboten auf unterschiedlichen Ebenen Rechnung zu tragen.

4.4 Fazit des Vergleichs

Die Ermittlung von Bedarfszahlen basierend auf durchschnittlichen Normwerten je Bevölkerung ist angesichts der hohen Sterblichkeitsunterschiede jedoch nicht hinreichend. Deshalb wird empfohlen, in der regionalen Planung der Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen statt auf die Bevölkerung insgesamt auf die erwarteten Sterbefälle abzustellen, die sich unter Berücksichtigung der Altersstruktur ergeben. Dieses bedeutet, dass die Normwerte der DGP zur Berechnung der Sollwerte um Bevölkerungsstruktur und Sterblichkeit korrigiert werden. Im anschließenden Kapitel 5 wird diese Berechnung, auf der später auch die Prognose aufbaut, detailliert dargestellt.

5 Bedarfsberechnung

Im Folgenden wird das für diese Studie entwickelte Bedarfsvorausrechnungsmodell der Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen dargelegt. Ausgangspunkt bildet ein Verfahren, welches Aspekte der Nachfrage- und Angebotsseite einerseits und Richtlinien für die Versorgung andererseits berücksichtigt. Nachfrageseitig wird die Mortalität in den Mittelpunkt gestellt.²¹ Denn es zeigte sich, dass Sachsen im Jahr 2011 durchschnittlich 19 % mehr Sterbefälle pro 100.000 Einwohner hatte als die anderen Bundesländer, was offenbar auf die besondere Altersstruktur in Sachsen zurückzuführen ist.²²

Die Bedarfsvorausrechnung geht von einer räumlich differenzierten Mortalität aus.

- Die Differenzierung nach Altersgruppen dient primär der Abschätzung der Sterblichkeit.
- Leistungsdaten werden nach Hospiz-/Palliativpatienten differenziert, falls vorhanden.
- Räumlich werden die altersspezifischen Sterblichkeitsziffern für die einzelnen Landkreise berücksichtigt.

Angebotsseitig baut die Vorausrechnung auf den bestehenden Strukturen auf, wobei die Empfehlungen des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) als Ausgangspunkt dienen. Lediglich für die AHDs gibt es keine Empfehlungen, so dass hier andere Wege gegangen werden mussten. Als gangbarer Weg wurde letztendlich die Annahme betrachtet, dass sich das IST-SOLL-Verhältnis bei den AHDs ähnlich verhalten sollte wie bei der SAPV.

Eine Schwierigkeit dabei ist, dass der Versorgungsgrad im Status Quo das Niveau der zukünftigen Versorgung beeinflusst. Das heißt, aus den aktuell vorhandenen Einrichtungen ist ein derzeitiger durchschnittlicher Versorgungsgrad ableitbar – bei den ambulanten Hospizdiensten drückt sich dieser in der Anzahl abgeschlossener Sterbebegleitungen aus und bei den stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Anzahl an Patienten pro Bett und Jahr. Nicht ableitbar ist jedoch der Über- und Unterversorgungsgrad, d. h. wie viele Menschen tatsächlich diese Versorgungsangebote in Anspruch nehmen würden, wenn sie die Möglichkeit hätten. Damit kann der Bedarf unter- oder überschätzt werden.

Grundlage für die folgende Schätzung bildet die räumliche und altersspezifische Verteilung der Verstorbenen im Freistaat Sachsen im Jahr 2011 (vgl. Tabelle 9). D. h. wir beziehen die Empfehlungen nicht mehr auf die Einwohnerzahl, sondern immer auf die Anzahl Verstorbener, und leiten hieraus *mortalitätsadjustierte Empfehlungen* ab.

²¹ Eine rein angebotsseitige Bedarfsermittlung wird wie in der ersten Hospizstudie verworfen (vgl. *Glatter, Sitte 2010*: S.20).

²² Deutschland ohne Sachsen: 1.032 Sterbefälle je 100.000 Einwohner, Sachsen: 1.224 Sterbefälle je 100.000 Einwohner.

Tabelle 9: Gestorbene in Sachsen nach Altersklassen und Kreisen, 2011

Landkreis	Altersklassen				insgesamt
	0-19	20-64	65-79	80+	
Chemnitz, Stadt	8	451	1.004	1.761	3.224
Erzgebirgskreis	16	739	1.559	2.624	4.938
Mittelsachsen	12	577	1.419	2.316	4.324
Vogtlandkreis	7	464	1.114	1.878	3.463
Zwickau	13	670	1.475	2.613	4.771
Dresden, Stadt	32	695	1.462	2.583	4.772
Bautzen	12	586	1.261	1.982	3.841
Görlitz	10	605	1.238	1.963	3.816
Meißen	6	419	919	1.707	3.051
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	7	432	940	1.719	3.098
Leipzig, Stadt	15	881	1.817	2.954	5.667
Landkreis Leipzig	10	501	1.038	1.613	3.162
Nordsachsen	6	408	844	1.243	2.501
Sachsen	154	7.428	16.090	26.956	50.628

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2012a

5.1.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

AHD

Für die ambulante Hospizversorgung gibt es bisher keine Empfehlungen für einen optimalen Versorgungsgrad. Betrachtet man die aus der DHPV-Studie von 2009 abgeleiteten Zahlen des vorausgegangenen Kapitels (vgl. Abschnitt 4.3.1), würde man für den Flächenstaat Sachsen eine Versorgung von 10 % der Verstorbenen als angemessen anzunehmen haben, was aus den bereits genannten Gründen deutlich zu hoch angesetzt erscheint.

In dieser Studie wird deshalb ein anderer Weg gegangen, um eine Benchmark zu definieren. Verschiedene Experteninterviews haben gezeigt, dass die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung nicht losgelöst von der Ambulanten Hospizversorgung gesehen werden darf. Ebenso ist die Versorgung durch AHDs gemäß Rahmenvereinbarung nach § 39a vom GKV-Spitzenverband (2011b) und G-BA-Richtlinie (2010) §§ 4 und 6 (1) nicht losgelöst von der SAPV zu sehen. Daher definieren wir für das Soll-Ist-Verhältnis bei den AHDs, dass dieses sich entsprechend dem Soll-Ist-Verhältnis bei der SAPV entwickeln soll. Die unterschiedliche Mortalität in den Kreisen wird dabei berücksichtigt.²³ In der folgenden Box Methodik AHD wird die Schätzung der Soll-Größe dargestellt.

²³ Vgl. Box Methodik SAPV.

Box Methodik AHD

Die Sollzahlen für die AHD-Fälle bzw. Dienste eines Landkreises (*AHD*) werden in Abhängigkeit der unterschiedlichen Gestorbenenzahlen in den einzelnen Kreisen gemäß des IST-SOLL-Verhältnisses bei der SAPV errechnet. Im Jahr 2011 gab es in Sachsen 12 SAPV-Teams. Gemäß unserer Sollzahlenberechnung (vgl. Box Methodik SAPV) kommen wir für Sachsen auf eine Sollgröße von 20 Teams im Jahr 2011. Dieses Verhältnis wird nun auf die AHD-Fälle angewendet.

Anschließend berechnen wir für jeden Kreis *i*, wie viele Fälle auf die im Kreis *i* im Jahr 2011 Verstorbenen kommen. Die Inverse davon gibt unseren (konstanten) Prognosefaktor für die Kreise an:

$$\lambda_{AHD,i} = \frac{AHD_{Soll_i}^{2011}}{Gest_{i,2011}}.$$

Damit können schließlich auch die prognostizierten Zahlen für AHD-Fälle in den Jahren $t = 2011, 2020, 2030$ und 2050 berechnet werden:

$$AHD_{i,t} = \lambda_{i,AHD} * Gest_{i,t}.$$

Demnach herrscht eine hohe Diskrepanz zwischen bestehenden AHD-Sterbefallbegleitungen und unserer mortalitätsadjustierten Empfehlung. Nur in den Kreisen Bautzen und Nordsachsen ist eine geringe Versorgungslücke von unter 20 % zu konstatieren. In allen anderen Kreisen ist die Diskrepanz wesentlich höher. (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Fallzahlen der ambulanten Hospizdienste – Ist-Soll, 2011

Kreisname	Ist 2011	Soll 2011
Chemnitz, Stadt	195	240
Erzgebirgskreis	316	402
Mittelsachsen	183	344
Vogtlandkreis	86	263
Zwickau	243	387
Dresden, Stadt	268	387
Bautzen	252	299
Görlitz	194	296
Meißen	99	224
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	42	228
Leipzig, Stadt	203	471
Leipzig, Land	135	234
Nordsachsen	152	172
Gesamt	2.368	3.947

Quelle: SMS (Datenstand 27.12.2012), Eigene Berechnungen

SAPV

Nach der Frequenzstatistik der KBV ist die SAPV in Sachsen mit einem Anteil von 5,6 % aller bundesweiten Verordnungen – gemessen am Bevölkerungsanteil von 5,0 % am Bund – überdurchschnittlich (vgl. Kapitel 4.2). Unter Berücksichtigung der höheren Mortalität von 5,9 % am Bund ist die SAPV-Versorgung dagegen unterdurchschnittlich.

Bei der SAPV wird von der Empfehlung (vgl. Kapitel 4.3.1) ausgegangen, dass ein SAPV-Team mit 8 Vollzeitstellen 250.000 Einwohner versorgen kann. Die Berechnungsmethodik der Prognosewerte ist in der Box Methodik SAPV dargestellt.

Box Methodik SAPV

Aus der Empfehlung lässt sich zunächst die Anzahl der in Deutschland benötigten Dienste berechnen:

$$SAPV_D^{2011} = \frac{Bev_D^{2011}}{250.000}$$

Bezieht man die absolute Anzahl an SAPV-Diensten in Deutschland auf die Verstorbenen in Deutschland im Jahr 2011 (847.717) erhalten wir unseren Umrechnungsfaktor λ für SAPV:

$$\lambda_{SAPV} = \frac{SAPV_D^{2011}}{Gest_D^{2011}}$$

$$\lambda_{SAPV} = 0,000386$$

Mit Hilfe dieses Faktors können jetzt die Sollzahlen (SAPV-Dienste) für die einzelnen Kreise (i) und die einzelnen Jahre (t) berechnet werden:

$$SAPV_{i,t} = \lambda_{SAPV} * Gest_{i,t}$$

Auf Grund der unterschiedlichen Altersstruktur von Sachsen ergibt sich tendenziell ein höherer Versorgungsbedarf als in den westdeutschen Flächenländern. Sachsen hat gemessen am Bundesdurchschnitt eine überdurchschnittliche Zahl an Sterbefällen und Hochbetagten. Demgegenüber ist der Anteil der Kinder (0 - 19 Jahre) und der Todesfälle bei Kindern unterdurchschnittlich. Dies spiegelt sich auch im Versorgungsbedarf gemäß den mortalitätsadjustierten Empfehlungen. Demnach würde sich für Sachsen ein Soll von 20 Diensten ergeben. Dem stehen heute allerdings nur 12 Dienste in ganz Sachsen gegenüber, wobei sich diese existierenden Dienste auf städtische Regionen konzentrieren (vgl. Tabelle 11). Während in den Kreisfreien Städten Chemnitz, Dresden und Leipzig entsprechend der mortalitätsadjustierten Empfehlung von einer bedarfsgerechten Versorgung gesprochen werden kann, gibt es vier Landkreise, in denen es bisher keine SAPV gibt.

Tabelle 11: SAPV- Dienste, Ist und Soll 2011

Kreis	Ist 2011	Soll 2011
Chemnitz, Stadt	1	1
Erzgebirgskreis	1	2
Mittelsachsen	1	2
Vogtlandkreis	-	1
Zwickau	1	2
Dresden, Stadt	2	2
Bautzen	2	1
Görlitz	1	1
Meißen	1	1
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	-	1
Leipzig, Stadt	2	2
Landkreis Leipzig	-	1
Nordsachsen	-	1
Sachsen	12	20

Quelle: SMS (Stand: August 2012), Eigene Berechnungen

5.1.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

Der Bedarf an stationären Hospizen hängt wesentlich von der Verfügbarkeit einer ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung ab. Die europäischen Richtwerte für die stationäre Hospiz- und Palliativversorgung gehen von 50 Betten je 1 Million Einwohner aus (*Council of Europe 2003* und *DGP, DHPV 2008*). In den Projektionen wird die Entwicklung der Unter- bzw. Über- versorgungen für die Kreise dargestellt.

Die Berechnungsmethodik ist in der Box Methodik Hospize und Palliativeinrichtungen dargestellt.

Box Methodik Hospize und Palliativeinrichtungen

1. Hospize

Grundlage der Prognose ist die Empfehlung der DHPV, wonach 20 Hospizbetten für 1 Mio. Einwohner vorgehalten werden sollten. Aus diesen Zahlen ergibt sich, dass in Deutschland im

Jahr 2011 1.637 Hospizbetten zur Versorgung notwendig gewesen wären (Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2011: 81,844 Mio.):

$$Bett_{soll_D}^{2011} = \frac{Bev_D^{2011} * 20}{1.000.000}$$

Bezieht man dieses Bettensoll für Deutschland auf die Verstorbenen in Deutschland im Jahr 2011 (847.717) erhalten wir für unsere mortalitätsadjustierte Empfehlung einen Umrechnungsfaktor λ :

$$\lambda_{Hosp} = \frac{Bett_{soll_D}^{2011}}{Gest_D^{2011}}$$

$$\lambda_{Hosp} = 0,0019$$

Mit Hilfe dieses Faktors können jetzt die Sollzahlen (Betten) für die einzelnen Kreise ($i = 1, \dots, 13$) und die einzelnen Jahre ($t = 2011, 2020, 2030$ und 2050) berechnet werden:

$$Hosp_{i,t} = \lambda_{Hosp} * Gest_{i,t}$$

2. Palliativstationen

Das Vorgehen für die Prognose der Palliativbetten erfolgt analog, nur dass 30 Betten für 1 Mio. Einwohner vorhanden sein sollten. Daraus ergibt sich für unsere mortalitätsadjustierte Empfehlung ein Umrechnungsfaktor λ :

$$\lambda_{Pall} = 0,0029$$

Stationäre Hospize

Gemessen an der mortalitätsadjustierten Empfehlung ist die stationäre Versorgung in Sachsen in der Summe nahezu bedarfsgerecht. So ergibt sich unter Berücksichtigung der Bevölkerungsstruktur in den Kreisen im Jahr 2011 ein Bedarf von 98 Betten (Soll), wobei im gleichen Jahr 92 Hospizbetten (Ist) in Sachsen vorhanden waren (vgl. Tabelle 12). Geht man davon aus, dass ein Hospiz mindestens 8 Betten haben sollte²⁴, würde die Soll-Zahl sich noch leicht erhöhen.

²⁴ Gemäß den Empfehlungen des DHPV.

Tabelle 12: Stationäre Hospize – Ist-Soll, 2011

Kreis	Ist 2011	Soll 2011
Chemnitz, Stadt	16	6
Erzgebirgskreis	8	10
Mittelsachsen	-	8
Vogtlandkreis	-	7
Zwickau	-	9
Dresden, Stadt	-	9
Bautzen	-	7
Görlitz	12	7
Meißen	16	6
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	-	6
Leipzig, Stadt	28	11
Landkreis Leipzig	12	6
Nordsachsen	-	5
Sachsen	92	98

Quelle: AOK PLUS (Stand: 23.08.2012), Eigene Berechnungen

Der Vergleich der Ist- mit den Sollzahlen zeigt deutliche regionale Unterschiede. So befinden sich knapp 48 % aller Hospizbetten in den beiden Kreisfreien Städten Chemnitz und Leipzig. Entsprechend der Empfehlung sollten es dort allerdings nur 18 % sein (17 Betten von 98). Die dritte Kreisfreie Stadt Dresden verfügt hingegen über kein Hospiz, das Hospiz in Radebeul kompensiert dies jedoch.

Bei den ländlichen Kreisen fällt insbesondere der Landkreis Leipzig auf, der nach den Empfehlungen und der Bevölkerungsstruktur über sechs Hospizbetten verfügen sollte, aber ein Angebot von 12 Betten vorhält.

Palliativstationen

Die stationäre Palliativversorgung ist in Sachsen hingegen stärker ausgebaut als es der auf Einwohner bezogenen Richtlinie und sogar unter Berücksichtigung der Sterblichkeit entspricht. Legt man die mortalitätsadjustierte Empfehlung zu Grunde, errechnet sich bei der gegebenen demografischen Struktur in Sachsen eine Soll-Bettenzahl von 147 Betten im Jahr 2011. Zurzeit existieren allerdings in Sachsen bereits 188 Betten zur stationären Palliativversorgung (vgl. Tabelle 13).

Auch bei der stationären Palliativversorgung erkennt man deutliche regionale Unterschiede. Während in den Kreisfreien Städten Chemnitz, Dresden und Leipzig das – gemessen an den Empfehlungen – existierende Überangebot an Palliativbetten insgesamt knapp 45 % beträgt (88 Betten Ist vs. 39 Betten Soll), fehlen rechnerisch in den anderen Kreisen insgesamt ca. 7 % (100 Betten Ist vs. 107 Betten Soll). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass diese Palliativbetten sinnvollerweise im Zusammenhang mit den Tumorzentren in größeren Städten stehen, die die Bevölkerung auch überregional versorgen.

Tabelle 13 Stationäre Palliativbetten, Ist und Soll, 2011

Kreis	Ist 2011	Soll 2011
Chemnitz, Stadt	16	9
Erzgebirgskreis	12	14
Mittelsachsen	12	13
Vogtlandkreis	14	10
Zwickau	10	14
Dresden, Stadt	40	14
Bautzen	8	11
Görlitz	12	11
Meißen	12	9
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	12	9
Leipzig, Stadt	32	16
Landkreis Leipzig	8	9
Nordsachsen	-	7
Sachsen*	188	147

Quelle: SMS (Stand: Mai 2012), Eigene Berechnungen

*Anmerkung: Abweichungen in den Summen sind rundungsbedingt

6 Bedarfsprognose auf Kreisebene

Wie im letzten Kapitel gezeigt wurde, gibt es trotz weitreichender Bemühungen eine partielle Unterversorgung an Hospiz- und Palliativdiensten in einzelnen Kreisen. Zudem stellt sich aufgrund der demografischen Entwicklungen die Frage, ob der Bedarf an derartigen Einrichtungen zukünftig durch die Zunahme des Anteils älterer Menschen und die höhere Lebenserwartung ansteigt. Aus diesem Grund hat sich die vorliegende Studie zum Ziel gesetzt, neben der Erfassung der aktuellen Versorgungseinrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung auch den Bedarf dieser Einrichtungen für den Freistaat Sachsen bis zum Jahr 2050 unter Berücksichtigung bestehender Normwerte vorzuberechnen.

Ausgehend von der Bevölkerungsprognose der ARG-Studie, einer aktualisierten Gestorbenenprojektion des Statistischen Landesamtes Sachsen und den Daten der Bestandsaufnahme wird eine altersdifferenzierte Prognose für den Bedarf an Hospizangeboten für Sachsen für den Zeitraum 2020–2030–2050 anhand allgemeiner Kennziffern durchgeführt. Die Prognose erfolgt differenziert auf der Ebene der Landkreise/Kreisfreien Städte.

6.1 Bevölkerungsprognose

Aktuell liefert die im Jahr 2010 veröffentlichte 5. regionalisierte Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes für Sachsen Daten der Bevölkerungsentwicklung im Freistaat bis zum Jahr 2030 für das Land, die Kreisfreien Städte sowie die Landkreise zum Gebietstand vom 01.01.2012. Die Annahmen zu den einzelnen Parametern (Geburtenziffer, Alter der Mutter bei der Geburt, Lebenserwartung und Wanderungsverhalten) werden anhand der demografischen Entwicklungen in den Jahren 2005 bis 2008 festgelegt. Es gibt zwei Prognosevarianten, die die Grenzen eines Korridors einer möglichen künftigen Entwicklung der Bevölkerungszahl darstellen. In der ersten Variante werden die Annahmen und Eckergebnisse der Variante 1-W1 aus der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes für die Länder übernommen. Die zweite Variante wird vornehmlich aus landesspezifischen Annahmen modelliert. Hier wird nur die Variante 1 vorgestellt, da *Raffelhüschchen et al.* (2011) auf dieser aufbauend Prognosewerte bis 2050 ermittelte.

Bis 2030 wird die Bevölkerung Sachsens demnach auf 3,6 Mio. Menschen sinken, was einem Bevölkerungsverlust von 12 % im Vergleich zu 2011 entspricht. Im Jahr 2050 werden nur noch 3,1 Mio. Menschen im Freistaat leben, somit geht die Bevölkerung bis dahin um fast 25 % zurück. Nur die beiden Städte Dresden und Leipzig können mit einem Anstieg der Bevölkerung bis 2030 um 4,3 % bzw. 0,4 % rechnen. Hingegen kommt es in den ländlichen Regionen, am massivsten im Erzgebirgskreis (-20,8 %) und im Vogtlandkreis (-20,3 %), zu Bevölkerungsverlusten. Bis 2050 werden diese beiden Regionen im Vergleich zu 2011 beinahe 37 % ihrer Bevölkerung verlieren. Insgesamt wird es auf Ebene der Landkreise/Kreisfreien Städte durchgängig zu Bevölkerungsverlusten kommen. Gleichzeitig erhöht sich das Durchschnittsalter in Sachsen bis 2030 um 4,3 Jahre auf 50,2 Jahre. Die schon in der Vergangenheit beobachtete starke Alterung der Gesellschaft wird sich weiter fortsetzen: Während die Bevölkerung unter 20 Jahre in allen Prognosejahren einen Anteil von etwa 15 % ausmachen wird, verschieben sich die Anteile der 20- bis 65-Jährigen und der über 65-Jährigen zugunsten der letzteren. Darunter wird die Gruppe der 80-Jährigen und älteren stark zunehmen. Schon im Jahr 2025 wird jeder

zehnte Sachse in diesem Alter sein. Bis zum Jahr 2050 wird dieser Anteil dann sogar über 16 % betragen (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Bevölkerungsentwicklung und -prognose Sachsens 2011 bis 2050 nach ausgewählten Altersgruppen

Alter von... bis unter... Jahren	2011	2020	2030	2050
Anzahl				
unter 20	607.846	625.492	559.463	478.000
20 bis <65	2.514.955	2.177.562	1.864.376	1.507.800
65 bis <80	748.105	730.288	826.965	622.800
80 und älter	266.145	375.868	384.670	505.100
insgesamt	4.137.051	3.909.210	3.635.474	3.113.700
Anteil (%)				
unter 20	14,7	16,0	15,4	15,4
20 bis <65	60,8	55,7	51,3	48,4
65 bis <80	18,1	18,7	22,7	20,0
80 und älter	6,4	9,6	10,6	16,2
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen 2010, 5. Regionalisierte Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen Variante 1; Raffelhüschen et al. 2011

Dabei werden die Landkreise/Kreisfreien Städte – wie oben bereits erwähnt – nicht im gleichen Maße von den demografischen Veränderungen betroffen sein. Tabelle 15 und Tabelle 16 zeigen, wie sich der Anteil der Älteren in den einzelnen Kreisen und Kreisfreien Städten bis zum Jahr 2050 entwickeln wird. Bis 2050 werden besonders die Landkreise Nordsachsen, Görlitz, Bautzen und der Vogtlandkreis davon betroffen sein. Dort wird ca. jeder fünfte Einwohner 80 Jahre oder älter sein. Nur die Städte Dresden und Leipzig sind von diesen Entwicklungen nicht oder nur in abgeschwächter Form betroffen. Allerdings wird sich auch dort die absolute Anzahl älterer Menschen – insbesondere der mindestens 80-Jährigen – deutlich erhöhen.

Tabelle 15: Prognose Bevölkerungsanteil der Altersgruppen „65 bis 80 Jahre“ und „über 80 Jahre“ nach Kreisen in Sachsen, 2011 und 2020

Landkreise	Anteil 65-80 Jahre (%) 2011	Anteil \geq 80 Jahre (%) 2011	Anteil 65-80 Jahre (%) 2020	Anteil \geq 80 Jahre (%) 2020
Chemnitz, Stadt	19,9	7,0	20,6	10,4
Erzgebirgskreis	17,9	7,0	21,6	10,1
Mittelsachsen	18,4	7,0	20,1	10,2
Vogtlandkreis	19,8	7,1	21,5	10,7
Zwickau	19,2	7,2	20,9	10,6
Dresden, Stadt	16,2	5,5	14,8	8,1
Bautzen	18,4	6,4	19,3	10,3
Görlitz	19,5	7,2	20,9	10,9
Meißen	18,6	6,6	19,0	9,9
Sächs. Schweiz-Osterzg.	18,7	6,5	19,0	9,8
Leipzig, Stadt	16,4	5,5	15,1	8,2
Landkreis Leipzig	17,9	6,0	19,2	9,3
Nordsachsen	17,3	6,0	18,9	9,6
Sachsen	18,1	6,4	18,7	9,6

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen 2010, 5. Regionalisierte Bevölkerungsprognose, Variante 1; Raffelhüschen et al. 2011

Tabelle 16: Prognose Bevölkerungsanteil der Altersgruppen „65 bis 80 Jahre“ und „über 80 Jahre“ nach Kreisen in Sachsen, 2030 und 2050

Landkreise	Anteil 65-80 Jahre (%) 2030	Anteil \geq 80 Jahre (%) 2030	Anteil 65-80 Jahre (%) 2050	Anteil \geq 80 Jahre (%) 2050
Chemnitz, Stadt	22,0	12,0	19,1	15,4
Erzgebirgskreis	26,4	11,9	21,3	18,8
Mittelsachsen	25,4	11,4	20,6	18,6
Vogtlandkreis	26,7	12,5	20,7	20,0
Zwickau	25,5	12,2	20,3	18,9
Dresden, Stadt	16,3	8,5	18,1	11,0
Bautzen	26,0	11,2	21,3	19,1
Görlitz	27,2	12,0	20,5	20,1
Meißen	24,7	10,7	21,0	18,1
Sächs. Schweiz-Osterzg.	23,1	10,8	20,8	16,9
Leipzig, Stadt	17,3	8,5	19,0	12,1
Landkreis Leipzig	24,9	10,5	21,1	18,8
Nordsachsen	26,1	10,5	21,1	19,4
Sachsen	22,7	10,6	20,0	16,2

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen 2010, 5. Regionalisierte Bevölkerungsprognose, Variante 1; Raffelhüschen et al. 2011

6.2 Prognose der Gestorbenen für das Berechnungsmodell des zukünftigen Versorgungsbedarfs

Voraussetzung aller Prognosen ist die Schätzung der Verstorbenen für die zukünftigen Jahre. Entsprechend der Variante 1 der Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes Sachsens werden für die Jahre 2020 und 2030 die Zahl der Verstorbenen in den Kreisen unter Berücksichtigung der spezifischen Altersverteilungen berechnet. Diese Schätzungen stammen ebenfalls vom Statistischen Landesamt Sachsen. Für das Jahr 2050 existiert nur eine Schätzung der Verstorbenen für Sachsen insgesamt. Deshalb verwenden wir in dieser Studie altersspezifische Sterbewahrscheinlichkeiten für das Jahr 2050, wie sie uns von Prof. Raffelhüschen zur Verfügung gestellt worden sind. Die Anwendung dieser Sterbewahrscheinlichkeiten führt allerdings zu einer massiven Unterschätzung der Gesamtzahl Verstorbener in Sachsen von 44.000 anstatt der vom Statistischen Landesamt geschätzten 53.000 Sterbefälle.²⁵ Aus diesem Grund haben wir uns dazu entschlossen, zwar die Altersverteilung der Sterbewahrscheinlichkeiten für die Schätzung der Verstorbenen zu verwenden, die resultierenden Zahlen für die Verstorbenen am Ende aber gemäß der Gesamtzahl des Statistischen Landesamtes Sachsen zu adjustieren.

Die resultierenden Prognosen der Verstorbenen für die Jahre 2020 bis 2050 sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Prognose Gestorbene in Sachsen nach Kreisen, 2011 - 2050

Landkreis	Jahr			
	2011	2020	2030	2050
Chemnitz, Stadt	3.224	3.425	3.475	3.000
Erzgebirgskreis	4.938	4.993	4.894	4.621
Mittelsachsen	4.324	4.525	4.404	4.141
Vogtlandkreis	3.463	3.569	3.543	3.143
Zwickau	4.771	4.865	4.794	4.294
Dresden, Stadt	4.772	5.670	6.120	6.512
Bautzen	3.841	4.209	4.220	4.161
Görlitz	3.816	3.998	3.914	3.596
Meißen	3.051	3.351	3.379	3.346
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	3.098	3.446	3.551	3.357
Leipzig, Stadt	5.667	6.240	6.519	6.620
Landkreis Leipzig	3.162	3.446	3.553	3.685
Nordsachsen	2.501	2.663	2.734	2.823
Sachsen	50.628	54.400	55.100	53.299

Quelle: Statistisches Landesamt 2012a, Prof. Raffelhüschen, 2012 (nichtveröffentlichte Daten zur ARG-Studie)

²⁵ Diese Zahlen wurden uns freundlicherweise auf Nachfrage vom StaLa Sachsen zur Verfügung gestellt.

6.3 Prognose für die ambulanten Hospiz- und Palliativdienste

Im Folgenden werden die Prognosen für die ambulanten Hospizdienste und die SAPV-Dienste in Sachsen bis zum Jahr 2050 vorgestellt.

6.3.1 Ambulante Hospizdienste

Für die ambulanten Hospizdienste existieren keine direkten Empfehlungen. Wie bereits in Kapitel 5.1.1 ausgeführt, legen wir sowohl für die Festlegung einer Soll-Zahl 2011 als auch für eine Fortschreibung 2020-2050 der Fallzahlen von AHDs in Sachsen die Entwicklung bei der SAPV in Sachsen zugrunde, die sich aus unserer mortalitätsadjustierten Empfehlung ergibt. Die Verteilung der AHD-Soll-Fallzahlen auf die Kreise erfolgt wieder auf Basis der kreisbezogenen Sterbefalldaten aus Tabelle 9.

In Tabelle 18 wird deutlich, dass bereits heute zu wenig Patienten – nämlich ca. 67 % – durch AHDs versorgt werden. Die Anzahl der Personen, die eine Betreuung durch ambulante Hospizdienste benötigen wird bis zum Jahr 2030 auf 4.296 steigen, erst danach sinkt sie wieder auf 4.156 Personen, was immer noch reichlich 75 % mehr sind als heute versorgt werden. Dementsprechend entsteht auch bei der Anzahl der Dienste ein Anpassungsbedarf. Allerdings kann hier – aufgrund fehlender Empfehlung zu Größe eines AHDs – keine Aussage über die Anzahl von Diensten getroffen werden. Bei einem weiteren Ausbau von AHD-Einrichtungen ist auf Kreisebene auf eine adäquate räumliche Verteilung zu achten, um dem Aspekt der Versorgungssicherheit bei der ambulanten hospizlichen Betreuung Rechnung zu tragen.

Tabelle 18: Prognose der Fallzahlen der ambulanten Hospizdienste in Sachsen nach Kreisen gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung

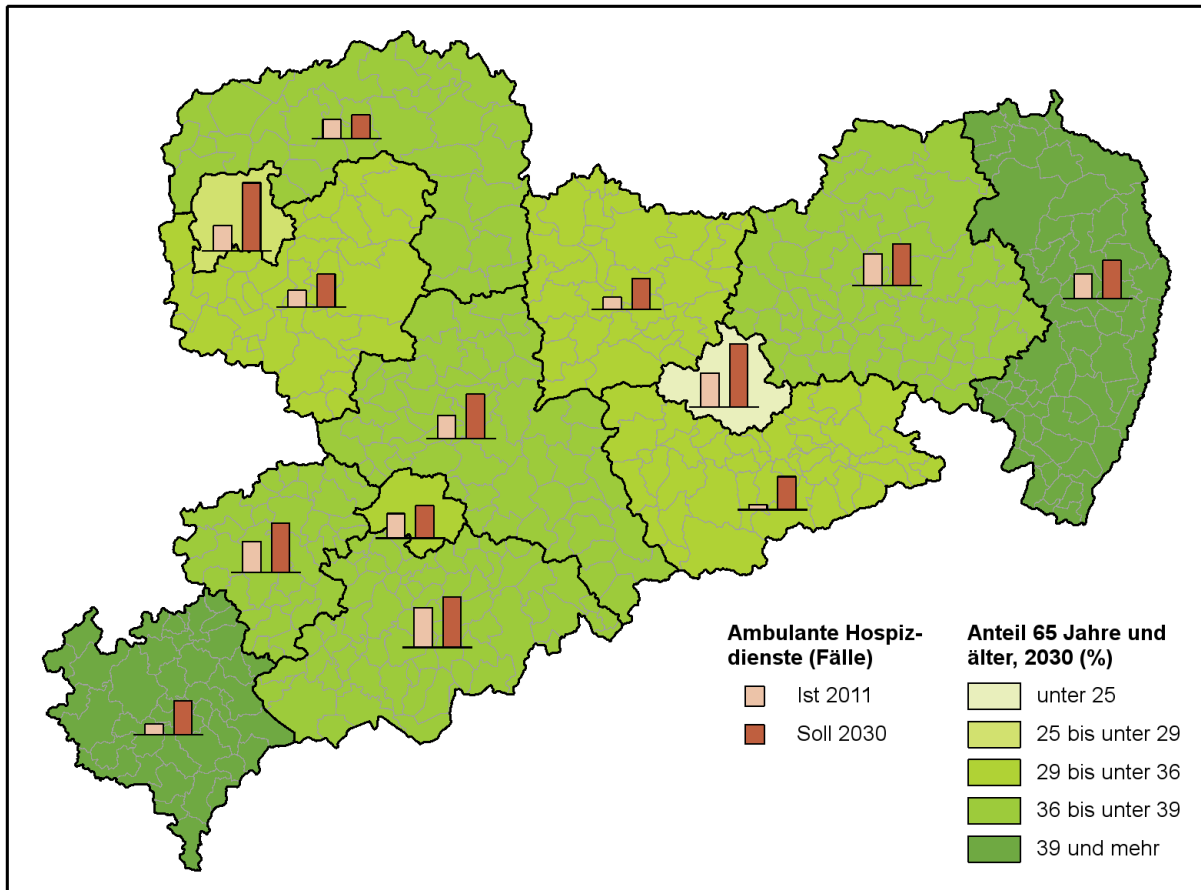
Kreis	Ist 2011	Soll 2011	Soll 2020	Soll 2030	Soll 2050
Chemnitz, Stadt	195	240	255	259	223
Erzgebirgskreis	316	402	407	399	377
Mittelsachsen	183	344	360	351	330
Vogtlandkreis	86	263	271	269	238
Zwickau	243	387	394	388	348
Dresden, Stadt	268	387	459	496	528
Bautzen	252	299	327	328	323
Görlitz	194	296	310	304	279
Meißen	99	224	246	248	245
Sächs. Schweiz-Osterzgr.	42	228	254	262	247
Leipzig, Stadt	203	471	519	542	551
Landkreis Leipzig	135	234	255	263	273
Nordsachsen	152	172	183	188	194
Gesamt	2.368	3.947	4.241	4.296	4.156

Quelle: SMS (Stand: 27.12.2012), Eigene Berechnungen

Abbildung 1 zeigt den Vergleich der Ist-Situation 2011 von AHD-Fallzahlen mit der Soll-Situation im Jahr 2030.

Abbildung 1: Ist-Soll-Vergleich der AHD-Fallzahlen in Sachsen für 2011 und 2030

Quelle: Eigene Darstellung



6.3.2 Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung

Die auf der Empfehlung abgeleitete Prognose sieht einen Sofortanpassungsbedarf um deutlich über 50 % (von 12 auf 20 SAPV-Teams) vor, der bis 2050 beibehalten werden sollte (vgl. Tabelle 19).

Verglichen mit den Sollzahlen im Jahr 2011 wird im Jahr 2050 nur in Leipzig (Stadt) und Dresden ein zusätzliches SAPV-Team prognostiziert. Für Görlitz erwarten wir hingegen, dass – nach einem Mehrbedarf in den Jahren 2020 und 2030 von einem zusätzlichen Team – wieder ein Team ausreicht.

Tabelle 19: Prognose der SAPV-Teams in Sachsen nach Kreisen gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung

Kreis	Ist 2011	Soll 2011	Soll 2020	Soll 2030	Soll 2050
Chemnitz, Stadt	1	1	1	1	1
Erzgebirgskreis	1	2	2	2	2
Mittelsachsen	1	2	2	2	2
Vogtlandkreis	-	1	1	1	1
Zwickau	1	2	2	2	2
Dresden, Stadt	2	2	2	2	3
Bautzen	2	1	2	2	2
Görlitz	1	1	2	2	1
Meißen	1	1	1	1	1
Sächs. Schweiz-Osterzgebirge	-	1	1	1	1
Leipzig, Stadt	2	2	2	3	3
Landkreis Leipzig	-	1	1	1	1
Nordsachsen	-	1	1	1	1
Gesamt	12	20	21	21	21

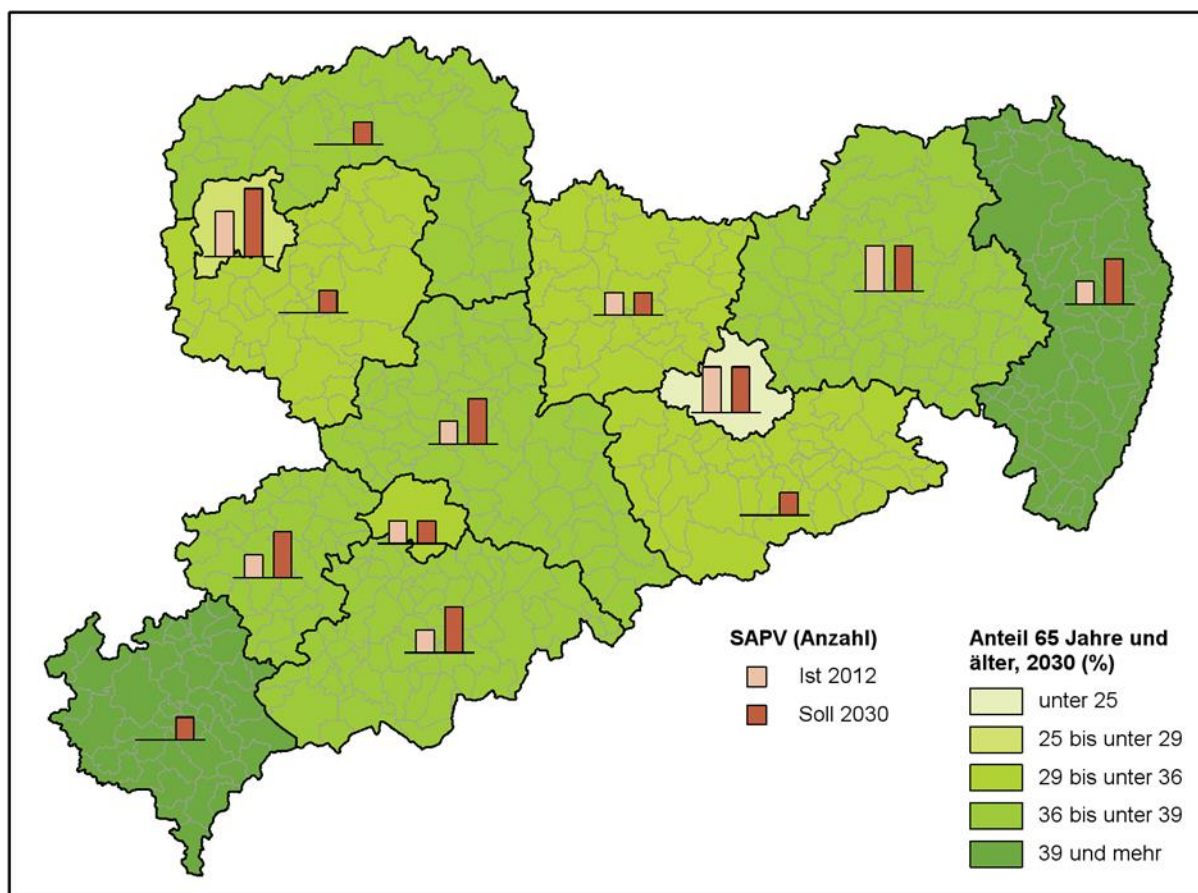
Quelle: SMS (Stand: August 2012), Eigene Berechnungen

Abweichungen in den Summen sind rundungsbedingt.

In Abbildung 2 werden die gegenwärtig verfügbaren SAPV-Teams (Stand 2012²⁶) den Sollzahlen im Jahr 2030 gegenübergestellt. Zusätzlich zeigt die Karte auch den Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2030. Man erkennt, dass insbesondere im Vogtlandkreis mit einem erwarteten Anteil der über 65-Jährigen von über 39 % ein SAPV-Team zur Versorgung der Bevölkerung in Zukunft notwendig sein wird. Ähnliches lässt sich für Nordsachsen und den Kreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge sagen.

²⁶ Anzahl der Teams unverändert zu 2011

Abbildung 2: Ist-Soll-Vergleich der SAPV-Teams in Sachsen für 2012 und 2030



Quelle: Eigene Darstellung

6.4 Stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Im Folgenden wird die Entwicklung der benötigten Bettenanzahl in stationären Hospizen und Palliativstationen bis 2050 dargestellt.

6.4.1 Hospizbetten

Die Prognose der Hospizbetten ist in Tabelle 20 dargestellt und zeigt für Sachsen bis zum Jahr 2030 eine leichte Zunahme der Sollzahlen und ab dann eine geringfügige Abnahme. Die Sollzahlen im Jahr 2050 liegen mit rund 10 % knapp über den Ist-Werten des Jahres 2011. Auffallend ist, dass es im Unterschied zu Leipzig und Chemnitz in Dresden nur ein Hospiz im unmittelbar benachbarten Radebeul gibt (vgl. Abbildung 3). Dabei wird gerade für Dresden entsprechend der Empfehlung eine Zunahme der Sollzahlen bis 2050 prognostiziert. Allerdings wird dieser Befund durch die hohe Zahl an Palliativbetten in Dresden stark relativiert.

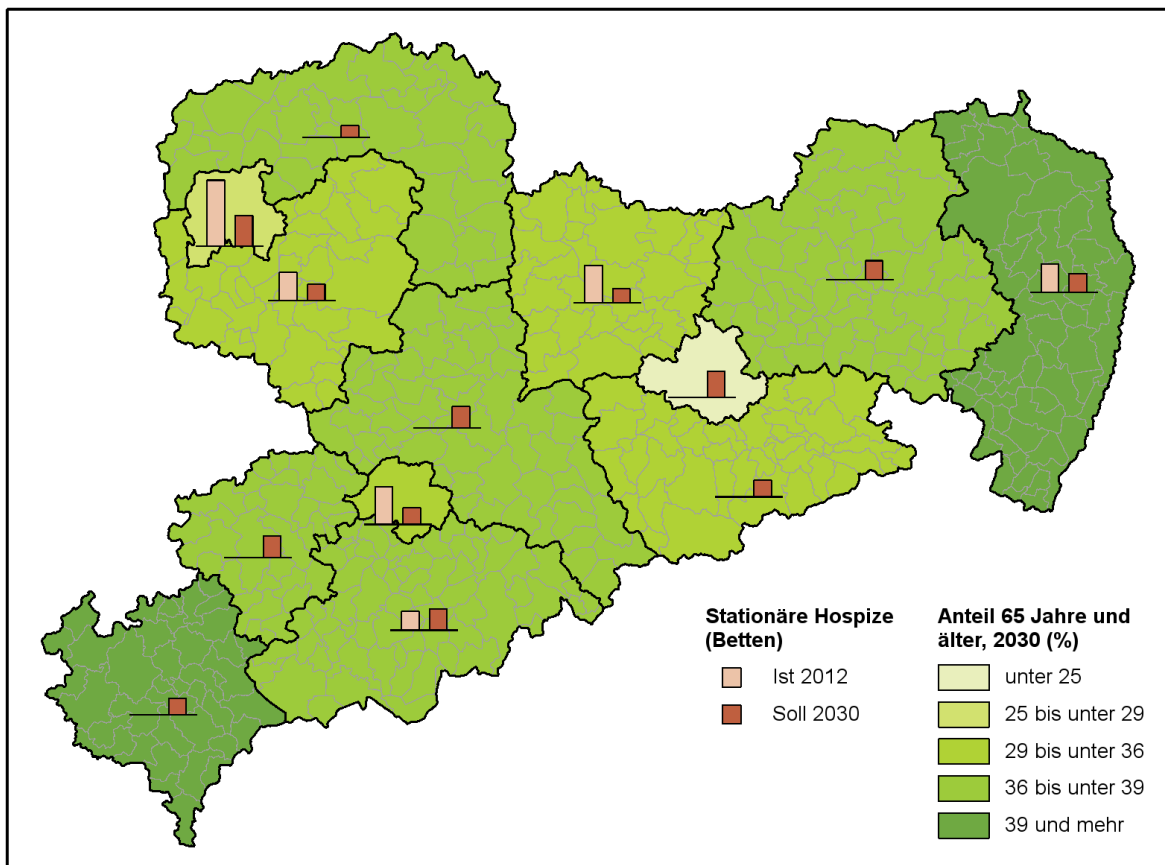
Tabelle 20: Prognose Hospizbetten in Sachsen nach Kreisen gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung

Kreis	Ist 2011	Soll 2011	Soll 2020	Soll 2030	Soll 2050
Chemnitz, Stadt	16	6	7	7	6
Erzgebirgskreis	8	10	10	9	9
Mittelsachsen	-	8	9	9	8
Vogtlandkreis	-	7	7	7	6
Zwickau	-	9	9	9	8
Dresden, Stadt	-	9	11	12	13
Bautzen	-	7	8	8	8
Görlitz	12	7	8	8	7
Meißen	16	6	6	7	6
Sächs. Schweiz-Osterzgebirge	-	6	7	7	6
Leipzig, Stadt	28	11	12	13	13
Landkreis Leipzig	12	6	7	7	7
Nordsachsen	-	5	5	5	5
Sachsen gesamt	92	98	105	106	103

Quelle: AOK PLUS (Stand 23.08.2012), Eigene Berechnungen

Abweichungen in den Summen sind rundungsbedingt.

Abbildung 3: Ist-Soll-Vergleich der Hospizbetten in Sachsen für 2012 und 2030²⁷



Quelle: Eigene Darstellung

6.4.2 Palliativbetten

Die Prognose der Palliativbetten zeigt für Sachsen insgesamt eine leichte Zunahme der Sollzahlen bis zum Jahr 2030 und ab dann eine geringfügige Abnahme bis Jahr 2050. Allerdings sind die dann notwendigen 154 Betten heute schon vorhanden (vgl. Tabelle 21).

²⁷ Stand: Jahresmitte 2012 unverändert gegenüber 2011.

Tabelle 21: Prognose stationäre Palliativbetten in Sachsen nach Kreisen gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung

Kreis	Ist 2011	Soll 2011	Soll 2020	Soll 2030	Soll 2050
Chemnitz, Stadt	16	9	10	10	9
Erzgebirgskreis	12	14	14	14	13
Mittelsachsen	12	13	13	13	12
Vogtlandkreis	14	10	10	10	9
Zwickau	10	14	14	14	12
Dresden, Stadt	40	14	16	18	19
Bautzen	8	11	12	12	12
Görlitz	12	11	12	11	10
Meißen	12	9	10	10	10
Sächs. Schweiz-Osterzgebirge	12	9	10	10	10
Leipzig, Stadt	32	16	18	19	19
Landkreis Leipzig	8	9	10	10	11
Nordsachsen	-	7	8	8	8
Sachsen gesamt	188	147	158	160	154

Quelle SMS (Stand Palliativstationen: Mai 2012), Eigene Berechnungen

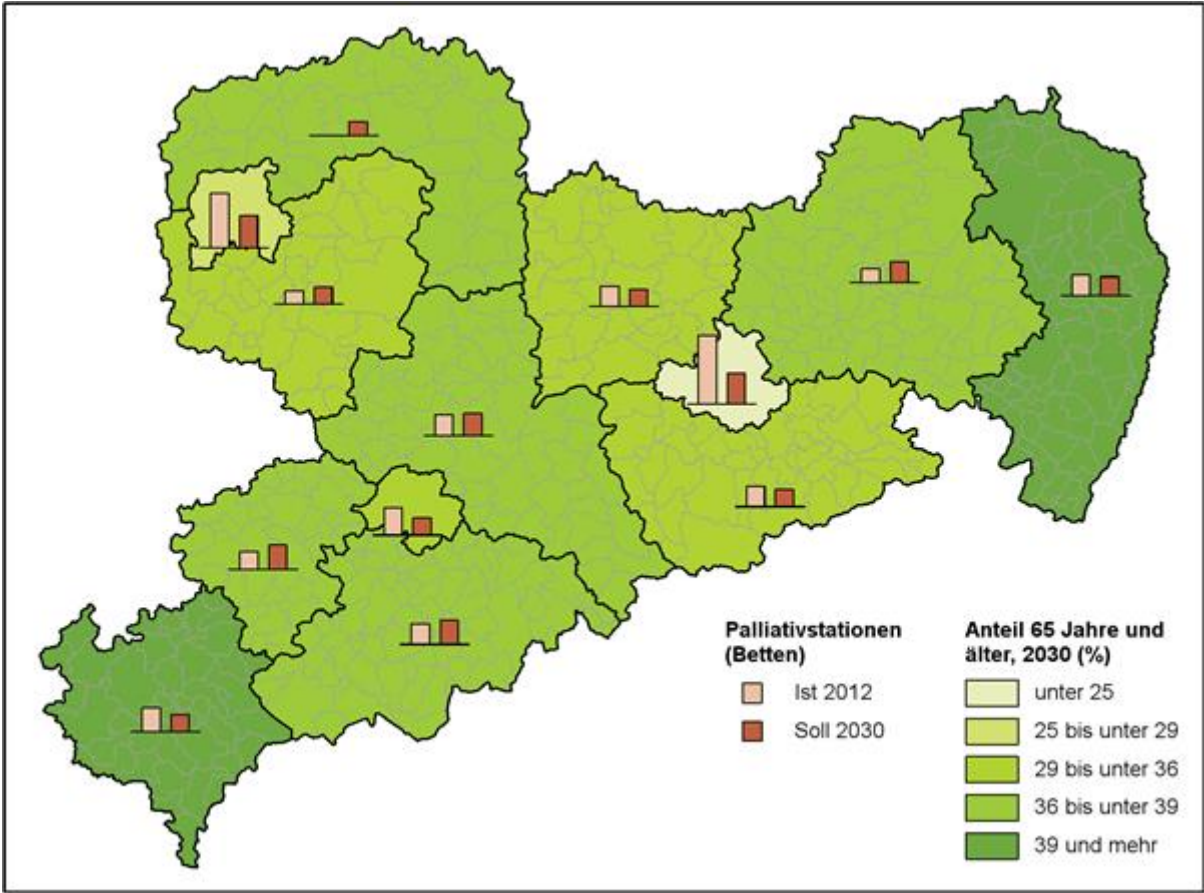
Abweichungen in den Summen sind rundungsbedingt.

Dies trifft insbesondere für die Städte zu. Hier sind große Kapazitäten aufgebaut worden, die auch den gemäß DHPV-Empfehlung prognostizierten zukünftigen Bedarf deutlich übersteigen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass diese Palliativbetten im Zusammenhang mit den Tumorzentren in größeren Städten stehen, die die Bevölkerung auch überregional versorgen. Diese Schwerpunktsetzung ist prinzipiell sicher sinnvoll und garantiert eine qualifizierte medizinische Behandlung.

Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Palliativbetten im Jahr 2012²⁸ im Vergleich zu den Sollzahlen im Jahr 2030. Insgesamt ist eine flächendeckende Versorgung auch in der Zukunft gesichert. Nur in Nordsachsen fehlen – auch gerade hinsichtlich des hohen Anteils älterer Menschen in dieser Region – stationäre Palliativbetten. Das Angebot in Leipzig, das gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung dieser Studie über Bedarf liegt, kann bei regionaler Gesamtbeurteilung die rechnerischen Minderversorgungen in Nordsachsen und im Landkreis Leipzig zahlenmäßig kompensieren.

²⁸ Unverändert gegenüber 2011.

Abbildung 4: Ist-Soll-Vergleich der Palliativbetten in Sachsen für 2012 und 2030



Quelle: Eigene Darstellung

7 Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativarbeit in Sachsen

In diesem Kapitel wird eine Bewertung der Ist-Situation in Bezug auf die „Konzeption zur Hospiz- und Palliativarbeit im Freistaat Sachsen (2007)“ (im Folgenden: „Zweite Landeshospizkonzeption“) vorgenommen. Die Bewertung der Hospiz- und Palliativarbeit im Freistaat erfolgt zunächst hinsichtlich der Vorgaben der „Zweiten Landeshospizkonzeption“. Hierzu wird ausgehend von den Ergebnissen der Evaluation und den Ergebnissen der Bedarfsprojektion ein Kriterienkatalog zur Weiterentwicklung der Hospizarbeit in Sachsen als Grundlage für die „Dritte Landeshospizkonzeption“ entworfen. Ferner werden Handlungsempfehlungen für die künftige Versorgung unterbreitet. Grundlage bilden hierfür – neben den vorgenommenen Analysen – auch die Ergebnisse von Experteninterviews.

7.1 Bewertung der Ist-Situation der hospizlichen Versorgung in Bezug auf die Zweite Landeshospizkonzeption

7.1.1 Grundsätze und Ziele

Zur Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung im Freistaat Sachsen ging die Landeshospizkonzeption 2006 von fünf Grundsätzen aus, um eine abgestufte, den Bedürfnissen des Sterbenden angepasste Betreuung zu erreichen (vgl. Tabelle 22). Diese Grundsätze sind weiterhin aktuell.

Tabelle 22: Grundsätze der „Zweiten Landeshospizkonzeption“ Sachsens

Erster Grundsatz:	Hospiz- und Palliativarbeit sind ergänzende Bestandteile eines multiprofessionellen und ehrenamtlichen Netzes zur Betreuung schwerkranker und pflegebedürftiger Menschen.
Zweiter Grundsatz:	Ambulante Hilfe hat Vorrang vor stationärer Hilfe.
Dritter Grundsatz:	Hospiz- und Palliativarbeit muss von den Rechten und Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer Angehörigen ausgehen.
Vierter Grundsatz:	Ehrenamtliches Engagement ist konstitutives Element der Hospiz- und Palliativarbeit.
Fünfter Grundsatz:	Hospiz- und Palliativarbeit setzen sich für die Akzeptanz des Sterbens als einen Teil des Lebens ein.

Quelle: SMS 2006

Nach der „Zweiten Landeshospizkonzeption“ ist die Förderung des Landes so zu gestalten, dass sie so weit wie möglich als sinnvoll ergänzende Finanzierungshilfe zu den Kassenleistungen erscheint und eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Hospizarbeit in Sachsen gewährleistet ist. Zu dieser Zweiten Landeshospizkonzeption zählen:

- Ausbau ambulanter Hospizdienste,
- Abrundung des Angebotes an stationären Hospizen,

- Stationäre Behandlungsplätze für spezialisierte Palliativbetreuung,
- Implementierung hospizlicher und palliativer Kompetenz in bestehende Strukturen von ambulanten Pflegediensten, Krankenhäusern und Altenpflegeheimen,
- Qualifizierung und Begleitung von pflegenden Angehörigen,
- Beratung und Begleitung von pflegenden Angehörigen,
- Sensibilisierung für Schwerstkranke mit Migrationshintergrund und deren Angehörige.

Während zu den letztgenannten vier Zielen keine belastbaren Statistiken existieren, konnte bezüglich der erstgenannten drei Ziele eine deutliche Versorgungsverbesserung erreicht werden. Die aufgebauten Strukturen wurden im Vergleich zum Jahr 2006 weiterentwickelt und ausgebaut. Im stationären Bereich bedeutet das, dass die Anzahl der Palliativstationen und der dazugehörigen Betten von sechs Stationen mit 64 Betten auf aktuell 24 Stationen mit 188 Betten verdreifacht wurde. Auch die Anzahl der stationären Hospize verdoppelte sich von vier auf acht. Im ambulanten Bereich wurde die Anzahl der AHDs von 36 Diensten auf 53 erhöht, so dass der Grad der Flächendeckung erheblich ausgebaut werden konnte.

Der Vorgabe, einen AHD in erreichbarer Entfernung zur Verfügung zu stellen, kann somit größtenteils nachgekommen werden. Zusätzlich wurde ein Ausbau der ambulanten palliativen Versorgung gefordert. Seit 2007 besteht nun ein gesetzlicher Anspruch der Versicherten auf eine spezialisierte allgemeine Palliativversorgung. Die mittlerweile 12 SAPV-Teams (2009: 6 SAPV-Teams) können den vorhandenen Bedarf jedoch noch nicht komplett abdecken. So sind laut der Landtagsanhörung vom 21.05.2012²⁹ erst 70 % der Versorgung erreicht. Durch den parallelen Ausbau der ambulanten Angebote von palliativer und hospizlicher Versorgung wird auch dem geforderten Grundsatz ambulant vor stationär nachgekommen. Auf die Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen wird im Folgenden auch im Bundesländervergleich näher eingegangen.

7.1.2 Öffentliche Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung

Der *Freistaat Sachsen* fördert ambulante Hospizdienste gemäß Förderrichtlinie Hospiz vom 17. April 2007 (*SMS 2007*). Sachsen ist bundesweit führend bei den finanziellen Zuwendungen für ambulante Hospizdienste. Gefördert werden Leistungen, die nicht von den Krankenkassen finanziert werden. Im Einzelnen werden folgende Leistungen durch den Freistaat gefördert:

- ambulante psychosoziale und spirituell-seelsorgliche Beratung und Begleitung von Schwerkranken, Sterbenden, deren Angehörigen oder nahen Bezugspersonen,
- Beratung und Begleitung trauernder Angehöriger,
- Anleitung, Begleitung, Betreuung ehrenamtlich tätiger Hospizhelfer,
- Schulung Ehrenamtlicher, Fort- und Weiterbildung Hauptamtlicher,

²⁹ 25. Sitzung des Ausschusses für Soziales und Verbraucherschutz, TOP 2 (Öffentliche Anhörung zu Antrag 5/6972)

- Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich Sterbebegleitung für Mitarbeiter anderer Gesundheits- und Sozialeinrichtungen,
- Aufbau und Weiterentwicklung der Vernetzung hospizlicher Angebote mit anderen in der Region wirkenden ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens,
- Initiierung und Mitwirkung bei der Implementierung von Hospizarbeit in stationären Pflegeeinrichtungen,
- Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit.

Nach der Förderrichtlinie Hospiz können auch der Neu-, Um- und Ausbau sowie die Sanierung von stationären Hospizen gefördert werden (*SMS 2007*).

Die Kreise/Gemeinden beteiligen sich mit einer kommunalen Förderung von mindestens 10 % bei ambulanten und mindestens 20 % bei stationären Angeboten an den Aufwendungen.

Die Berichterstattung zur zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel im Jahr 2011 ergab, dass die Beratung und Begleitung der trauernden Angehörigen einen immer höheren Stellenwert in der Arbeit der AHDs einnimmt. Fast 3.000 Personen wurden im Jahr 2011 trauerbegleitet, was knapp 20 % der geförderten Leistungen entsprach. Von 36 Hospizdiensten werden dafür Trauercafés angeboten. Auch die Forderung nach Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements in Form von z. B. Vorbereitungskursen oder der Betreuung der Ehrenamtlichen wurde umgesetzt und machte 2011 etwa 15 % der geförderten Tätigkeiten aus. Außerdem wurden vielfältige Angebote für die Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Beschäftigten auf allen Ebenen geschaffen. Dieser Punkt machte im Jahr 2011 rund 20 % der geförderten Tätigkeiten aus. Von 39 AHDs wurden 727 Fortbildungsveranstaltungen für 4.124 Teilnehmende durchgeführt. Auch Vernetzungstätigkeiten finden heute in vielfältigen Formen durch die AHDs statt. Im Jahr 2011 konnten etwa 10 % der geförderten Tätigkeiten Vernetzungsaktivitäten zugeordnet werden.³⁰

³⁰ Informationen laut Berichterstattung der Landesdirektion Sachsen zur Verwendungsnachweisprüfung an das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Tabelle 23: Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Länder, 2011/2012

Bundesland	Anzahl AHD 2012	Anzahl direkt geförderte AHD 2011	Direkte Förderung in € 2012	Sonst. Förderung des amb. Hospizwesens in € 2012
Baden-Württemberg (BW)	132 (259*)	0	0	76.000
Bayern (BY)	142	114	170.000	130.000
Berlin (BE)	23	0	0	83.017
Brandenburg (BB)	26	1	0	25.000
Hansestadt Bremen (HB)	10	5	42.000	nein
Hansestadt Hamburg (HH)	19	0	0	76.000
Hessen (HE)	105	0	0	81.000
Mecklenburg-Vorpommern (MV)	18	18	37.076	keine Angabe
Niedersachsen (NI)**	121	0	0	244.667
Nordrhein-Westfalen (NW)	300	0	0	nein
Rheinland-Pfalz (RP)	43	29	100.000	13.000
Saarland (SL)	keine Angabe	keine Angabe	120.000	nein
Sachsen (SN)	53	47	430.000	39.000
Sachsen-Anhalt (ST)	24	23	50.000	4.500
Schleswig-Holstein (SH)	44	15	23.000	15.000
Thüringen (TH)	29	29	197.000	97.000
Insgesamt	1.216	281	1.169.076	884.184

* einschl. Dienste und Sitzwachengruppen ohne Verträge mit Krankenkassen

** Sonstige Förderung entspricht für NI dem Durchschnitt für den Zeitraum 2012-2014

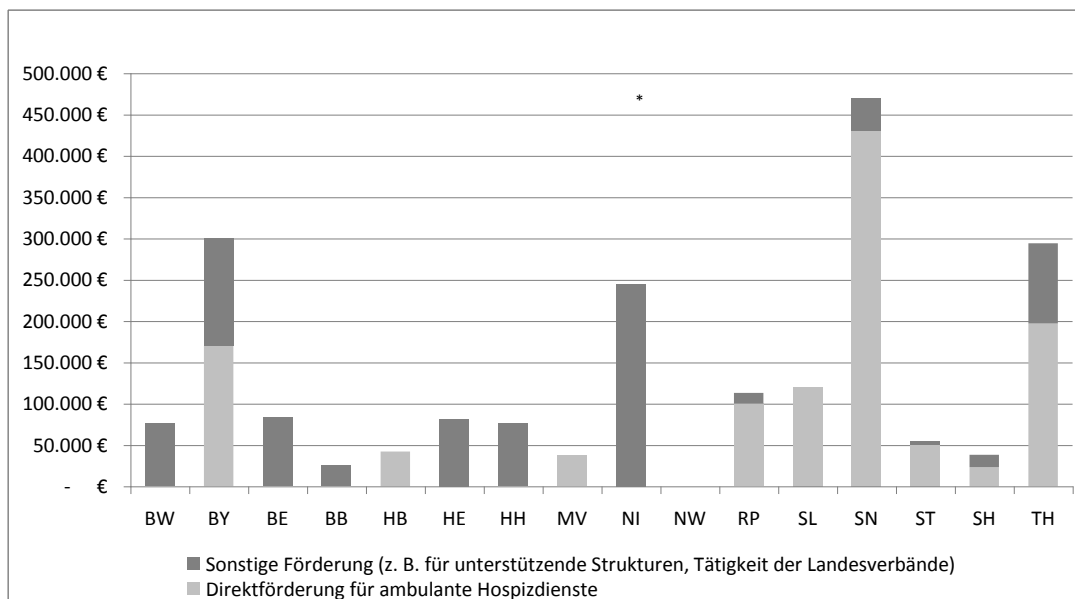
Quelle: Länderumfrage des SMS vom 07.05.2012 (Stand 15.03.2013)

Wie Tabelle 23 zeigt, wurden in 2012 in sieben der 16 Bundesländer die ambulanten Hospizdienste nicht direkt gefördert. Bei den Ländern mit direkter Förderung unterscheidet sich der Betrag deutlich, wobei Sachsen bei der direkten Förderung die Spitzenposition einnimmt. Bei der sonstigen Förderung des ambulanten Hospizwesens fällt Niedersachsen mit einer vergleichsweise sehr hohen Summe auf.

Finanzdaten zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit nach § 39a SGB V seit dem Jahr 2002 zeigen die zentrale Bedeutung der GKV als Finanzierungsträger.

Die Förderung der Einrichtungen durch die GKV erfolgt über eine kassenartenübergreifende ambulante Hospizförderung nach § 39 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V vom 3. September 2002 in der Fassung vom 14. April 2010. Im Jahr 2011 wurden beispielsweise in *Baden-Württemberg* 132 ambulante Hospizgruppen mit insgesamt 4.290.953,84 Euro gefördert. Übergreifende statistische Daten zur Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung insgesamt können der Finanzstatistik der Gesetzlichen Krankenversicherung entnommen werden. Diese Zahlen liegen allerdings nur auf Bundesebene vor, nicht jedoch länderspezifisch.

Abbildung 5: Förderung des ambulanten Hospizwesens mit Landesmitteln, 2012



* NI: Fördervolumen errechnet aus dem Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2014
 von SL bisher keine konkreten Angaben zum Fördermittelvolumen 2012; NW weist keine Förderung aus

Quelle: Länderumfrage des SMS vom 07.05.2012 (Stand 15.03.2013)

Wie aus Abbildung 5 ersichtlich, ist die Direktförderung in den meisten Ländern nachrangig gegenüber der Förderung durch die Krankenkassen. In *Sachsen-Anhalt* fördert die Landesregierung beispielsweise seit 2008 mit der Etablierung des Forums Hospiz- und Palliativversorgung den Austausch aller an der Palliativversorgung beteiligten Akteure (vgl. *Landtag von Sachsen-Anhalt 2013*). Durchaus bemerkenswert ist die hohe Anzahl von ambulanten Hospizdiensten in Baden-Württemberg – 259 Dienste (einschließlich Sitzwachengruppen³¹) bei einer Förderung von nur 76.000 €. Auch Bayern fördert seine 142 Dienste mit einer Summe, die unter dem Förderansatz von Sachsen liegt. Ein vergleichbarer Befund liegt für Sachsen-Anhalt vor. Dies bedeutet, dass die Zahl der AHDs auch durch eine Förderung nicht beliebig steigerbar ist und letztlich nur bedingt von einer staatlichen Förderung abhängt. Mit entscheidend scheint die Rolle der Krankenkassen bei der Finanzierung zu sein.

Als Teil der Finanzierung ist schließlich auch die private Finanzierung zu beachten. Hierzu gibt es jedoch kein belastbares Datenmaterial.

Um das private Engagement zu stärken, gibt es hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit mittlerweile vielfältige Aktionen. Hinzu kommt, dass das Spendenvolumen auch davon abhängig ist, inwieweit das Thema hospizlicher und palliativer Versorgung als gesellschaftlich relevantes Thema eingeschätzt wird. Hier besteht weiterer Aufklärungsbedarf, als nach einer Telefonumfrage des DHPV im Juni 2012 viele Betroffene nichts von den vorhandenen Angeboten wissen und auch die Begrifflichkeiten nicht richtig zuordnen können. Von 1.044 Teilnehmern konnten 66 % der Befragten die Bedeutung des Begriffes „Hospiz“ richtig zuordnen und lediglich 32 % die des Begriffes „Palliativ“. Nur 11 % der Befragten wussten, dass die hospizliche Versorgung kostenfrei ist. Hier besteht also weiterer Aufklärungsbedarf.

³¹ Davon hatten ca. 80 Dienste keine Verträge mit Krankenkassen.

7.2 SWOT-Analyse aus Experteninterviews³²

Um eine Experteneinschätzung zu Stärken und Schwächen der gegenwärtigen Vor-Ort-Versorgungsinstitutionen mit ambulanten oder stationären Hospiz- und Palliativleistungen zu erhalten, wurden Experteninterviews auf Bundesebene wie auf Landesebene durchgeführt. Die nachfolgenden Ausführungen sind als Exzerpt des Interviewers Prof. Karmann zu verstehen, ohne dass die Äußerungen Einzelpersonen zugeordnet werden sollen. Der Dank gilt an dieser Stelle nachfolgenden Personen:

Bundesebene: Herr B. Bolze, DHPV e. V.

Frau Dr. B. Weihrauch, Staatsrätin a. D.

Landesebene: Herr F. Fürst, Diakonie Sachsen e. V.

Frau Dr. U. Grohm, Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden gGmbH

Herr A. Müller, Universitätsklinikum Dresden

Frau Dr. B. Schubert, St. Joseph-Stift Dresden und LVHP

Frau Dr. U. Werner, Diakonie Sachsen e. V.

Herr Th. Westphäliger, AOK PLUS

Frau M. Ziegenfuß, Leiterin a. D. der Caritasgemeinschaft für Pflege- und Sozialberufe e. V.

7.2.1 Zur Hospizversorgung

Es ergab sich folgendes Meinungsbild zum Status-Quo der Hospizversorgung.

1. Grundgedanke

Im Mittelpunkt, so die Expertensicht, stehe die ehrenamtliche Begleitung eines Patienten mit der medizinischen Diagnose unheilbarer Erkrankung für den verbleibenden Lebensweg und die Auseinandersetzung mit dem Lebensende. Die ehrenamtliche Begleitung solle die Begleitung und Hilfe durch Angehörige ergänzen, in praxi teilweise auch ersetzen, und reflektiere damit zugleich die gesellschaftlichen Veränderungen bzgl. der Familienverbände.

Der Ursprung hospizlicher Bewegung sei nicht-institutionell, von Bürgern getragen, und habe geschichtlich bedingt in den westlichen Bundesländern eine stärkere gesellschaftliche Unterstützung als in den östlichen Bundesländern.

³² SWOT: Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Risiken)

Der idealtypische Verlauf im ambulanten Bereich, der zugleich die Notwendigkeit enger Vernetzung mit Diensten von Medizin und Pflege im Allgemeinen und bzgl. Palliativleistungen im Besonderen charakterisiert, könne etwa wie folgt beschrieben werden:

Nach medizinischer Diagnose unheilbarer Erkrankung werde der AHD zur Betreuung zugezogen. Der AHD begleite den Patienten bis zu dessen Lebensende und – idealerweise parallel dazu – dessen Angehörige und empfehle fallweise, soweit nicht bereits durch einen (Haus-)Arzt erfolgt, palliative Kompetenz ambulant (niederschwellig bis SAPV) oder stationär in Anspruch zu nehmen. Sollte aus fachlicher Sicht eine häusliche Betreuung nicht länger möglich sein, sollte die Verlegung in ein stationäres Hospiz initiiert werden.

2. Tätigkeitsfelder

Die Tätigkeit von Ehrenamtlichen umfasse Sterbe- und Trauerbegleitung. Bei der Sterbebegleitung sei der rechtzeitige Einbezug von Angehörigen wesentlich. Die Förderung von reiner Trauerbegleitung sei besonders bei Krisensituationen, etwa infolge plötzlichen Todes oder bei besonderen Lebensumständen (Kinder, Wiedereingliederung von Erwerbstätigen) angebracht. Bei Trauerverarbeitung in Grenzfällen (Suizid, Organspende und verschwiegene Krankheiten) seien Ehrenamtliche aufgrund ihrer Qualifikation schnell überfordert. Hier sollte auf das Leistungsangebot der Kassen (psychiatrische Betreuung) zurückgegriffen werden.

3. Ausbildung und Qualität

Während der Ausbildungsweg der Koordinatoren als durch entsprechende Richtlinien (DHPV) weitgehend geregelt sei, fehlten bei der Ausbildung von Ehrenamtlichen die Qualitätssicherungsinstrumente. Zwar seien mit dem „Celler Modell“³³ die zu vermittelnden Inhalte klar umrissen, die Umsetzung einer Zertifizierung von Ausbildungsinstitutionen sei aber weiterhin offen. Dieses Problem werde in Sachsen akzentuiert durch eine wahrgenommene Schere zwischen der Anzahl vorgenommener Ausbildungen und tatsächlich einsatzbereiter Ehrenamtlicher.

4. Finanzierungsaspekte

Die Landesförderung von Sachkosten der ambulanten Hospizdienste (z. B. für Miete, Gemeinkosten o. A.) sowie die Anschubfinanzierung von Koordinatoren wird von den o. g. Experten generell begrüßt. Es wird vorgetragen, dass die gestiegene Inanspruchnahme bei begrenztem Fördervolumen jedoch zu Quotierungen von Anträgen führe, aber die Förderrichtlinie Hospiz keine Förderkriterien für die laufenden Ausgaben enthalte. Die Ausrichtung von Quotierungen, die analog zu § 39a SGB V auch reine Vorhaltegrößen wie „Anzahl einsatzbereiter Ehrenamtlicher“ berücksichtigen, könnte jedoch zu Fehlanreizen führen, die das Gleichgewicht von Sterbebegleitungen zu Ausbildung und Vorhalten von Ehrenamtlichen gefährden.

³³ Das Celler Modell bezeichnet einen erprobten Ausbildungskurs für die Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung. Der Kurs konzentriert sich einerseits auf die konkrete Sterbebegleitung und die Verankerung in der eigenen Person, sowie andererseits auf die vertiefte Auseinandersetzung mit den Fragen und Themen des Lebens und Sterbens. (http://hospiz-bw.de/schlagworte/celler_modell, letzter Abruf am 13.03.2013)

5. Versorgungssituation in Sachsen

Im Bundesländervergleich sei die derzeitige Hospiz-Versorgungssituation im Freistaat Sachsen als überdurchschnittlich anzusehen. Ebenso sei die in der Förderrichtlinie Hospiz niedergelegte staatliche Unterstützung von ambulanter und stationärer Hospizarbeit beispielgebend. Sie wird als kompensierendes Element für das als eher gering empfundene Spendenaufkommen von privater Seite gesehen.³⁴

Aufgrund der demografischen Entwicklung in Sachsen, die durch hohe Altenanteile in der Bevölkerung und Migration jüngerer Familienmitglieder geprägt ist, komme der Frage der Anbindung Älterer an hospizliche Betreuungsmöglichkeiten hohe Bedeutung zu. Dies betreffe in besonderem Maße das Problem der Vernetzung von Pflegeheimen mit Hospizdiensten und das Problem der Koordination bei der Betreuung von sterbenden Heimbewohnern; zu letzterem gehöre auch der Aspekt, wie ein Pflegeheim mit dem gesetzlich vorgesehenen Instrument von Patientenverfügungen und mit der Etablierung eines Heimarztes umginge. Insgesamt ergäben sich neue Anforderungen an das Pflegepersonal, den Pflegealltag in Heimen bei vergleichsweise hohen Belegungsfrequenzen professionell zu bewältigen.

Die ambulanten Hospizdienste in Sachsen seien vermutlich kleiner bezüglich der Zahl eingesetzter Ehrenamtlicher als im Bundesdurchschnitt, während die stationären Hospize eher überdurchschnittliche Größe aufwiesen.³⁵ Die räumliche Verteilung sowohl von ambulanten als auch von stationären Hospizeinrichtungen sei noch nicht befriedigend. Im stationären Bereich fehle etwa in Dresden ein Hospiz. Auch wenn im geografisch benachbarten Radebeul ein Hospiz vorhanden sei, stelle sich die Frage von Kapazität und Gesamteinzugsbereich. Im ambulanten Bereich gebe es neben Unterversorgung auf örtlicher Ebene teilweise sogar „Konkurrenz“-Situationen von AHDs. Der weitere Ausbau ambulanter wie stationärer hospizlicher Einrichtungen solle auf übergreifender regionaler Ebene künftig deutlich koordinierter verlaufen mit klaren Vereinbarungen zu Einzugsgebieten. Als verbesserungsfähig wird partiell auch die Vor-Ort-Koordination von AHD und SAPV gesehen.

6. Versorgungsziel in Sachsen

Prinzipiell äußerten sich Repräsentanten hospizlicher Dienste eher skeptisch zu Bedarfszahlen. Argumentiert wurde dabei vor allem mit dem Wandel gesellschaftlicher Präferenzen und dem derzeit eher geringen Informationsstand betroffener Bevölkerungsschichten. Völlig unklar sei zudem, inwieweit das Potenzial Ehrenamtlicher in Zukunft auch erweiterbar wäre. Gleichwohl werden Szenarien-Analysen – wie in dieser Studie vorgenommen – als Orientierungsmöglichkeiten durchaus positiv aufgenommen.

7. Kinderhospiz-Versorgung in Sachsen

Die Versorgung gilt als den Leitlinien von DHPV entsprechend sehr gut ausgebaut, qualitativ hochwertig und prinzipiell überregional orientiert. So decke das Kinderhospiz Bärenherz im Landkreis Leipzig auch Bedarfe aus Sachsen-Anhalt mit ab. Im ambulanten Bereich sei gegenwärtig der Landkreis Bautzen unterabgedeckt, am Standort Hoyerswerda befinde sich ein

³⁴ Zahlen zum Spendenaufkommen konnten im Rahmen dieser Studie nicht ermittelt werden.

³⁵ Diese Aussage lässt sich auch aus dem Zahlenwerk aus Kapitel 3 und aus *DHPV* (2009, Seite 3) ableiten.

ambulanter Kinderhospizdienst im Aufbau, der auch Bedarfe aus Brandenburg mitabdecken solle.

7.2.2 Zur Palliativversorgung

1. Grundgedanke

Im Mittelpunkt, so die Expertensicht, stehe die professionelle medizinische und pflegerische Versorgung eines Patienten mit der medizinischen Diagnose unheilbarer Erkrankung, für die jedoch medizinische kurative Hilfe möglich ist.

Im Laufe der Zeit habe sich die Sicht aus medizinischer Versorgungsperspektive von Onkologie über Schmerztherapie hin zu Geriatrie gewandelt. Seit der gesetzlichen Verankerung des SAPV-Anspruchs werde in der Praxis zu stark auf SAPV im Vergleich zu den niederschwelligeren Angeboten abgestellt.

2. Tätigkeitsfelder

Das Aufgabenspektrum sei heterogen und stark abhängig vom Alter des Patienten. Bei alten Erwachsenen stünden Herz-/Niereninsuffizienzen/Multimorbidität im Vordergrund. Bei jungen Erwachsenen überwögen Krebs sowie andere Krankheiten wie ALS oder Aids. In dieser Altersgruppe seien typischerweise auch Angehörige in den Prozess mit einzubeziehen. Dies gelte ebenso für die Gruppe von Kindern und Jugendlichen, bei denen vor allem Fehlbildungen/Immundefizite/Stoffwechselerkrankungen zu therapieren seien und aufgrund längerer Therapiezeiträume teilweise mehrfache stationäre Hospizaufenthalte – i. S. von Kurzzeitpflege – erforderlich wären.

3. Ausbildung und Qualität

Durch die Aufnahme des Fachs Palliativmedizin in den Ausbildungs- und Prüfungskatalog ist eine zunehmende palliative Kompetenz in der medizinischen Versorgung zu erwarten. In Sachsen seien zwischenzeitlich hinreichend viele Mediziner Zusatzqualifiziert worden, allerdings sei die praktische Durchsetzung noch verbesserungsbedürftig, da nicht ausreichend palliativmedizinisch ausgebildete Ärzte in diesem Fachgebiet bzw. im niedergelassenen Bereich arbeiteten. Dies gelte insbesondere für den hausärztlichen Bereich, wo eine entsprechende Basisqualifikation notwendig sei, um AAPV zu stärken.

Für den Bereich von palliative-care-Kompetenz gibt es keine belastbare Statistik zur Anzahl absolvierter Weiterbildungen und zum Einsatz von Pflegefachkräften mit palliative-care-Zusatzausbildung.

4. Finanzierungsaspekte

Die Einführung komplexer Palliativpauschalen im ambulanten Bereich habe stellenweise zu Verlagerungen von der Regelversorgung zu SAPV geführt. So seien Schmerztherapie-Übertragungen von älteren Hausärzten ohne entsprechende Qualifikationen auf SAPV zu beobachten: diese stellten für SAPV-Teams eine attraktive Entlohnung – relativ zur Standard-SAPV-Dienstleistung – dar und seien damit für den übertragenden Hausarzt eine attraktive Entlastung. Insgesamt erschwerten finanzielle Vergütungsunterschiede eine sachadäquate

Aufteilung der Leistungserbringung zwischen SAPV und niederschwelligeren Versorgungsformen (AAPV; Ärzte bzw. Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikationen; (Haus-) Ärzte bzw. Pflegefachkräfte ohne Zusatzqualifikationen).

5. Versorgungssituation in Sachsen

Im Bundesländervergleich sei die derzeitige Versorgungslage durch SAPV im Freistaat Sachsen als überdurchschnittlich anzusehen. Im städtischen Bereich seien enge Kooperationen zwischen Krankenhäusern und SAPV-Teams – teilweise bei identischer Trägerschaft – zu beobachten, während im ländlichen Bereich der erfolgreiche Ausbau von Netzwerken ganz wesentlich sei. Dabei sei vereinzelt auch ein Auseinanderdriften von vereinbartem und tatsächlichem Versorgungsgebiet zu beobachten und es werde die Koordination von SAPV und AHD wenig nachhaltig ausgeübt. Ein Fehlen palliativer Qualifikation, so die Einschätzung, sei gerade im Fall von Notarzteinsätzen im häuslichen Bereich ein stark beeinträchtigender Faktor.

Im stationären Bereich wird die Zuteilung von einzelnen Palliativbetten an Krankenhäuser ohne Palliativstationen in Frage gestellt. Insgesamt wird, so die Befragten, ein Flächenkonzept palliativer Versorgung in Sachsen vermisst.

6. Versorgungsziel in Sachsen

Repräsentanten palliativen Versorgungsgeschehens weisen darauf hin, dass die isolierte Fortschreibung von SAPV-Angeboten und Palliativbetten einer Ergänzung durch regional auszugestaltende Netzwerke bedürfe. Bei Fortschreibungen stationärer palliativer Einrichtungen müsse zudem berücksichtigt werden, dass ein zunehmender Anteil – geschätzt derzeit zwei Drittel – palliativer Leistungen in Nicht-Palliativbetten erbracht werde.

7. Kinderpalliativ-Versorgung in Sachsen

Die Versorgung gilt als qualitativ hochwertig und prinzipiell überregional orientiert. Ambulante Kinderpalliativdienste erführen eine deutlich zunehmende Inanspruchnahme, wobei gegenwärtig die Region um Leipzig unterabgedeckt sei. Entsprechende zukünftige Einrichtungen sollten auch Bedarfe aus Sachsen-Anhalt mitabdecken. Im stationären Bereich sei aufgrund der spezifischen Sachlage die Einrichtung von Kinderpalliativstationen nicht angebracht. Kinder sollten hier eher auf den für sie gewohnten Krankenhausstationen untergebracht werden, alternativ in Kinderhospizen oder in häuslicher Umgebung mit SAPV-Unterstützung.

Die Versorgung Jugendlicher über 18 Jahre solle gemäß Einzelfallentscheidung im Bereich der allgemeinen oder der kinderpalliativen Versorgung geschehen.

7.3 Handlungsfelder und Kriterien zur Weiterentwicklung von Hospiz- und Palliativversorgung

Die nachfolgend genannten Handlungsfelder sind aus den vorangegangenen Analysebestandteilen abgeleitet und nehmen auch Bezug auf die in der „Zweiten Landeshospizkonzeption“ (SMS 2006) genannte Weiterentwicklung von Hospiz- und Palliativarbeit, vorrangig zu den dort erstgenannten drei Punkten von AHDs, stationären Hospizen und SAPV. Soweit möglich, wur-

den in den Handlungsfeldern jeweils objektivierbare Kriterien einer Weiterentwicklung genannt. Um die strukturellen Analogien innerhalb von Hospizarbeit und von Palliativarbeit besser berücksichtigen zu können, wird nachfolgend zunächst auf die Hospiz-, dann auf die Palliativarbeit eingegangen, denen sich drei weitere Empfehlungen anschließen.

7.3.1 Zur Hospizversorgung

1. Gesamtkonzeption und quantitative Entwicklung

- Ein flächendeckendes Konzept für ambulante Hospizdienste und Hospize ist auf Landkreisebene bzw. auf Ebene der kreisfreien Städte zu erarbeiten, wobei regionale Versorgungsunterschiede abzubauen sind und den Erfordernissen künftiger Bedarfe Rechnung zu tragen ist. Die Fallzahlen der von den jeweiligen AHDs zu betreuenden Personen ist Tabelle 18 zu entnehmen.
- Als verwendetes Fortschreibungskriterium für AHD-Fallzahlen auf Kreisebene wird empfohlen, die Fortschreibungsrate von SAPV-Teams zu verwenden. Zu letzteren vgl. Absatz 1 in nachfolgendem Abschnitt 7.3.2.

Als verwendetes Fortschreibungskriterium für stationäre Hospize auf Kreisebene ist rechnerisch die auf der DHPV-Richtlinie basierende, hier auf Sterbefälle bezogene Zahl von Hospizbetten pro prognostizierte Sterbefälle des Kreises heranzuziehen. Aufgrund der Größe der Einzugsbereiche von Hospizen dürfte die kreisübergreifende Betrachtung von Hospizstandorten und -kapazitäten innerhalb einer gesamten Region sinnvoller statt einer jeweils kreisbezogenen Allokation sein.

- Lokale Umsetzungen von AHD-Versorgungszielen und räumliche Allokation von AHD-Teams sind auf der jeweiligen Kreisebene zu erarbeiten.
- Im Bereich ambulanter Hospizarbeit ergibt sich gemäß Fortschreibungskriterium ein Sofort-Anpassungsbedarf bzgl. der durch AHDs zu versorgenden Personen um rund 50 – 60 %.

Nach der demografischen Komponente in 2011 besteht in allen Kreisen Anpassungsbedarf. Dies betrifft im besonderen Maße den Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, den Vogtlandkreis und den Landkreis Meißen. Die geringsten Anpassungsbedarfe haben die Landkreise Bautzen und Nordsachsen.

- Im Bereich stationärer Hospizarbeit gibt es gemäß der mortalitätsadjustierten Empfehlung einen *rein rechnerischen* Sofort-Anpassungsbedarf bzgl. der stationären Betten (vgl. Tabelle 12) in denjenigen Kreisen, in denen keine stationären Hospize vorhanden sind. Alle anderen Kreise – mit Ausnahme des Erzgebirgskreises – weisen eine auch langfristig gegebene Überversorgung auf, die die Unterversorgung in anderen Regionen in der Summe nahezu kompensiert.

2. Tätigkeit

- Um dem genannten erheblichen Mehrbedarf an Sterbebegleitungen Rechnung tragen zu können, sollte das Spektrum der Aktivitäten der ambulanten Hospizdienste priorisiert

werden: Sterbebegleitungen haben oberste Priorität, gefolgt von Begleitungen/Trauerbegleitungen von Angehörigen während des Sterbeprozesses und Trauerbegleitung danach in besonderen Fällen.

- Die Gewährung staatlicher Subventionen sollte gekoppelt werden an Transparenz von Leistungsgeschehen in der Hospizarbeit.

3. Ausbildung

- Das vielfältige Angebot zu Ausbildung/Schulung von Koordinatoren, Ehrenamtlichen und pflegenden Angehörigen – sollte unter Berücksichtigung des Gebots der Träger Vielfalt – über Qualitätsstandards stärker konzentriert und standardisiert werden, ohne die Bereitschaft zu ehrenamtlichen Engagement zu gefährden (bestehende Angebote etwa: Diakademie; Palliativakademie).
- Zur Qualitätssicherung bei der Ausbildung Ehrenamtlicher sollte eine zügige Lösung auf DHPV- oder auf LHPV-Ebene erreicht werden. Sollte dies nicht möglich sein, wäre auch ein Landessignum durch staatliche Stellen denkbar, um Qualitätsstandards raschmöglichst etablieren zu können.

4. Finanzierung

- Aus dem prognostizierten Mehr an zukünftigen Sterbebegleitungen resultiert ein finanzieller Mehrbedarf. Von Seiten der Gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ist dieser über § 39a SGB V abgesichert. Da der Freistaat Sachsen bereits zum jetzigen Zeitpunkt eine im Vergleich zu den anderen Bundesländern sehr hohe Förderung ausreicht, wird in Zukunft dem privaten Spendenaufkommen eine besondere Bedeutung zukommen.

Im Einzelnen könnte von privater Seite das Spendenaufkommen durch entsprechende Aufklärungskampagnen gesteigert werden, die von den Krankenkassen wie von Seiten des Freistaates unterstützt werden sollten.

Hingewiesen sei auch darauf, dass bei der aktuellen Förderrichtlinie all diejenigen Hospizdienste, die einmal in die Förderung aufgenommen wurden, diese – wenn auch in unterschiedlicher Höhe – dauerhaft beibehalten. Aufgrund des stetig anwachsenden Quotienten sinken damit die Förderquoten.

- Eine Fortschreibung von Förderrichtlinie sollte daher mit nachfolgenden Komponenten erfolgen:
 - Staatliche Förderung gegen Verpflichtung zur Leistungstransparenz,
 - Anreize zur Einwerbung von Spendenmitteln,
 - Anreize zum Einsatz Ehrenamtlicher, die eine zertifizierte Ausbildung besitzen.

5. Integration

- Stationäre Einrichtungen für Pflege, für Behinderte und alle sonstigen Einrichtungen, soweit unter dem SächsBeWoG stehend, haben zunächst die allgemeinen Anforderungen bzgl. Sterbebegleitung aus den Rahmenverträgen mit den Kranken- und Pflegekas-

sen zu erfüllen. Sie sollten darüber hinaus aber auch eine Kompetenz vor Ort bzgl. hospizlicher – aber auch palliativer – Begleitung durch fachlich weitergebildetes eigenes Personal bzw. durch Vernetzung mit entsprechenden Einrichtungen vorhalten.³⁶

- Die Kompetenz pflegender Angehöriger sollte nachhaltig gestärkt werden.

6. Kinderhospiz-Versorgung in Sachsen

- Der weitere Ausbau, etwa einer ambulanten Kinderhospizversorgung im Landkreis Bautzen (Standort Hoyerswerda), ist prinzipiell bundeslandübergreifend ("Cottbus") zu organisieren.

7.3.2 Zur Palliativversorgung

1. Gesamtkonzeption und quantitative Entwicklung

- Ein flächendeckendes Konzept für ambulante und stationäre Palliativversorgung ist durch die beteiligten Akteure, vornehmlich die Landkreise und kreisfreien Städte, zu erarbeiten, wobei regionale Versorgungsunterschiede so abzubauen sind, dass sie den prognostizierten zukünftigen Bedarfen Rechnung tragen können.

Als verwendetes Fortschreibungskriterium für SAPV auf Kreisebene ist die auf der Richtlinie des GKV-Spitzenverbands basierende, hier auf Sterbezahlen umgerechnete, Zahl von SAPV-Einrichtungen pro prognostizierten Sterbefällen eines Kreises heranzuziehen. Als verwendetes Fortschreibungskriterium für stationäre Palliativeinrichtungen auf Kreisebene ist die auf der DHPV-Richtlinie basierende, hier auf Sterbezahlen umgerechnete, Zahl von Palliativbetten pro prognostizierten Sterbefällen des Kreises heranzuziehen.

- Der tatsächliche Einzugsbereich von SAPV-Einrichtungen sowie die Zusammenarbeit von SAPV mit AHDs sind auf Nachhaltigkeit zu prüfen.
- Im Bereich ambulanter Palliativversorgung gibt es gemäß mortalitätsadjustierter Empfehlung einen Sofort-Anpassungsbedarf an SAPV-Teams um rund 50 - 60 % (vgl. Tabelle 11), was in etwa dem in der zitierten Landtagsanhörung vom 21.05.2012 genannten erreichten Versorgungsgrad von 70 % entspricht. Der Mehrbedarf ist dabei leicht ansteigend bis 2030 und danach wieder rückläufig auf das Soll-Niveau 2011.

Der regionale Mehrbedarf konzentriert sich dabei auf die Region Landkreise Leipzig - Nordsachsen, in denen bisher noch kein SAPV-Team seinen Sitz hat, und die Regionen Erzgebirge – Vogtland – Zwickau sowie Mittelsachsen und Sächsische Schweiz-Osterzgebirge.

Unabhängig davon ist bei entsprechender effizienter Aufgabenteilung zwischen SAPV und niederschwelligeren Palliativdiensten eine Entlastung von SAPV zu erwarten.

³⁶ Vgl. auch die Experteninterviews zu in der Praxis gesehenen Defiziten in Pflegeheimen.

- Im Bereich stationärer Palliativarbeit ergibt sich nach mortalitätsadjustierter Empfehlung in der Regel eine regionale Überversorgungssituation (vgl. Tabelle 13). Nachholbedarfe haben vor allem die Landkreise Zwickau, Bautzen und Nordsachsen, der bisher über keine Palliativbetten verfügt. In den überversorgten Regionen sollte allerdings der aus der demografischen Komponente resultierende zukünftige Mehrbedarf (Gesamt-Soll 2011: 147 Betten zu Gesamt-Soll 2030: 160 Betten) mitberücksichtigt werden, der erst ab 2030 wieder rückläufig ist (vgl. Tabelle 21).

Entlastend dürfte sich allerdings eine verbesserte SAPV- und AHD-Versorgung auswirken, von der eine rückläufige Nachfrage nach stationären Palliativdienstleistungen zu erwarten ist.

Unabhängig davon ist die Frage der Angemessenheit von Palliativbetten in Krankenhäusern ohne Palliativstation zu überprüfen.

2. Tätigkeit

- Dringend geboten ist eine Klärung von Zuständigkeiten/Arbeitsteilung einerseits innerhalb wie zwischen den beteiligten Fachgruppen (Fachärzte, Hausärzte, Gesundheitsfachberufe usw.) und andererseits zwischen den Versorgungsformen von SAPV, AAPV und weiteren medizinischen und pflegerischen Diensten, letzteres mit dem Ziel, die Nachfrage nach palliativen Dienstleistungen sachgerecht und unter Entlastung von SAPV abzudecken.
- Im Bereich stationärer Einrichtungen für Pflege und für Behinderte ist palliative-care-Kompetenz sicherzustellen.

3. Ausbildung

- Bzgl. palliative-medicine-Kompetenz ist zu überprüfen, inwieweit das Potenzial bereits (zusatz-)qualifizierter Ärzte angebotswirksam in die palliative Versorgung einbezogen ist.
- Bzgl. palliative-care-Ausbildung sollte das vielfältige Angebot unter Berücksichtigung des Gebots der Trägervielfalt stärker konzentriert werden (bestehende Angebote etwa: DIU, AWO).

Da die sächsische Weiterbildungsordnung Gesundheitsfachberufe (SächsGfbWBVO) keine Qualitätssicherungsinstrumente der Weiterbildung vorsieht und es keine Zertifizierungsinitiativen auf Bundesebene – wie im Bereich Hospiz durch den DHPV – gibt, sollte die Weiterbildungsordnung um Elemente der Qualitätssicherung ergänzt werden.

4. Finanzierung

- Im ambulanten Bereich sollten Fehlanreize durch Komplexpauschalen, die zur Substitution hausärztlicher durch spezialisierte ambulante palliative Versorgung führen, überprüft werden.
- Im Bereich stationärer Pflegeeinrichtungen sollten Mehrkosten durch Vorhalten von palliative-care-Kompetenz – die etwa aus Weiterqualifikation oder Personalaufwand resultieren – durch gemeinsame gesellschaftliche Anstrengungen getragen werden (hier primär durch die Krankenkassen). Eine höhere palliative Kompetenz in Heimen lässt

erwarten, dass hierdurch die Zahl von Notarzteinsätzen und Akutverlegungen in Krankenhäuser abnimmt.

- Im Krankenhausbereich sind Fehlbelegungstendenzen aufgrund höherer Vergütungsmöglichkeiten im Falle palliativer Behandlungen zu überprüfen.

5. Integration

- In der häuslichen Notfallversorgung tätige Ärzte sollten über eine Zusatzqualifikation in Palliativmedizin verfügen, aufgrund dessen eine adäquate Vor-Ort-Behandlung sichergestellt ist.
- Aufgrund der fallweise hohen Komplexität von ambulanter palliativer Behandlung sollte der Einsatz von Case-Managern³⁷, der auch die verschiedenen Finanzflüsse zu koordinieren hilft, erwogen werden.

6. Kinderpalliativ-Versorgung in Sachsen

- Der weitere Ausbau, hier einer SAPPV-Einrichtung in der Region Leipzig, ist prinzipiell bundeslandübergreifend zu organisieren (Einzugsbereich bis zu 150 km).

7.3.3 Weitere Handlungsempfehlungen

1. Zur Stärkung der Akzeptanz eines Aufbaus flächendeckender Versorgungsstrukturen im Hospiz- und Palliativwesen sollten – zunächst regional unter Leitung der Landräte – Bedarfspläne erarbeitet werden, an denen die wesentlichen Interessenvertreter an einer Weiterentwicklung von Hospiz- und Palliativarbeit mitwirken mit dem Ziel, belastbare und regional angepasste Versorgungsmanagement-Strukturen vorzubereiten. Um eine überregionale Passfähigkeit zu erzielen, ist das SMS einzubeziehen.
2. Es sollte eine Analyse erstellt werden, die die Frage von verbesserter Kooperation ambulanter wie stationärer Hospiz- und Palliativarbeit in kleinräumigen (Stadt-/Land-) Gebieten untersucht. Dabei sollte ebenso analysiert werden, welches Potenzial an Ehrenamtlichen und an pflegenden Angehörigen wirklich vorhanden ist: der skizzierte deutliche Ausbau von ambulanter Versorgung kann nur bei entsprechender gesellschaftlicher Bereitschaft zu ehrenamtlicher Hilfe und zur mithelfenden Pflege durch Angehörige erfolgreich sein. Dass Überprüfungsbedarf hier notwendig ist, zeigen die jüngsten Erfahrungen, wonach das Bundesprogramm Pflegezeit für Angehörige nur sehr begrenzt wahrgenommen wurde. Befragungen von AHD-Trägern und von bereits ehrenamtlich Tätigen zu Schwierigkeiten der Akquisition neuer Ehrenamtlicher und der Durchführung der Tätigkeit könnten ebenso wie eine Befragung zur generellen Bereitschaft in der Gesellschaft zu ehrenamtlichen Engagement Anhaltspunkte zur Ermittlung des Potenzials an Ehrenamtlichen geben.

³⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2011a, Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V

3. Es wird darüber hinaus empfohlen zu untersuchen, unter welchen Umständen time-to-death-Patientenkarrieren koordiniert verlaufen und was Gründe sind für Drehtür- und ähnliche kostenintensive Effekte.

8 Literaturverzeichnis

Akademie für Palliative Care im Land Brandenburg g. e. V. (2011), Angebote im Land Brandenburg – Palliativmedizin/Palliativpflege/Ehrenamt Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Jahrbuch 2011, Brandenburg an der Havel.

Allert R. (2010), Stand und Handlungsbedarf der bundesdeutschen Hospizbewegung. Studie zur aktuellen Leistungs-, Kosten- und Finanzierungsentwicklung, Ludwigsburg: der hospiz verlag.

Baden-Württemberg Stiftung Ausbau der ambulanten Kinder- und Jugendhospizarbeit in Baden-Württemberg, Abschlussbericht zum Programm der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg, Stuttgart, Januar 2012.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006), Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der BewohnerInneninnen und BewohnerInnen (Heimbericht), Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2012), Bericht zur ambulanten und stationären Hospizversorgung, 6. Februar 2012, Bonn.

Council of Europe (2003). Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Strasbourg.

DGP, DHPV (2008), Gemeinsamer Vorschlag zu den Rahmenempfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, Berlin.

DGP, DHPV (2009), SAPV-Glossar (Stand: 15.01.2009), Berlin.

DGP, DHPV (2012), Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen, Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, Berlin.

DHPV (2009), Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) legt Studienergebnisse über Hospizarbeit in Deutschland vor: Ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize vor existenziellen Problemen – Neuregelungen dringlich. 13.03.2009, Berlin.

DHPV (2012), Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zum Thema “Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben“: Sterben und Tod kein Tabu mehr – Die Bevölkerung fordert eine intensivere Auseinandersetzung mit diesen Themen. Im Auftrag des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands durchgeführt von der Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld. August 2012, Berlin.

Finlay I. (2001), UK strategies for palliative care, in: Journal of the Royal Society of Medicine, 94: 437-441.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2010), Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007, zuletzt geändert am 15. April 2010, Berlin.

Gemeinsamer Bundesausschuss (GB-A) (2011a), Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V): in der Fassung vom 20. Oktober 2011.

Gemeinsamer Bundesausschuss (GB-A) (2011b), Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2010, Berlin.

GKV-Spitzenverband (2010), 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 14.04.2010.

GKV-Spitzenverband (2011a), Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit zum Stand der vertraglichen Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), Stichtag: 31. Dezember 2010. Berlin, den 6. Mai 2011.

GKV-Spitzenverband (2011b), Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.04.2010.

GKV-Spitzenverband (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.

Glatter J., Sitte C. (2010), Standorte und demographische Rahmenbedingungen von Hospizan-geboten in Sachsen, Studienbericht im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz, TU Dresden, Institut für Geographie Lehrstuhl für allgemeine Wirt-schafts- und Sozialgeographie, 30. Dezember 2010, Dresden.

Gronemeyer, R. (2007), Versorgung am Lebensende – Bestandsaufnahme der palliativen Ver-sorgung in Hessen, Hessisches Sozialministerium und Justus-Liebig Universität – Institut für Sozialforschung, Gießen.

Gronemeyer R., Fink M., Jurk Ch. (2008), Palliative Praxis bei Demenz: Studien und Modelle in der Internationalen Literatur, Recherche im Auftrag der Robert Bosch Stiftung, Gießen.

Heimerl K. (2011), Palliative und Dementia Care im Pflegeheim. Die Hospizzeitschrift, Jg. 13 H. 46, 16–19.

Jünger S, Zernikow B, Radbruch L. (2009), Epidemiologie lebenslimitierender Erkrankungen in NRW. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Ambulante Palliativversorgung von Kinder und Jugendlichen. Abschlussbericht der Begleitforschung zur nordrhein-westfälischen Landesinitiative, Düsseldorf.

Klinkhammer G. (2011), Spezialisierte ambulante Palliativversorgung: Vorsichtiger Optimis-mus, Deutsches Ärzteblatt 2011; 108(30): A-1599/B-1355/C-1351.

Landtag von Baden-Württemberg (2012), Hospizarbeit in Baden-Württemberg, Kleine Anfrage des Abg. Arnulf von Eyb CDU und Antwort des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Drucksache 15/1534 vom 30.03.2012, Stuttgart.

Landtag von Sachsen-Anhalt (2013), Palliativversorgung in Sachsen-Anhalt, Kleine Anfrage KA 6/7962. Antwort der Landesregierung erstellt vom Ministerium für Arbeit und Soziales, Drucksache 6/1732 vom 04.01.2013.

Landtag Rheinland-Pfalz (2010), Unterrichtung durch die Landesregierung zu dem Beschluss des Landtags vom 26. März 2009 zu Drucksache 15/3132 (Plenarprotokoll 15/66, S. 4043), Palliativmedizinische Versorgung verbessern, Drucksache 15/4143 zu Drucksache 15/2869 zu Drucksache 15/3132, 06. 01. 2010.

Lindena G., Woskanjan, S. (2012), HOPE 2012, Clara Clinical Analysis, Research and Appli-cation, Kleinmachnow.

Lins S. (2011), Entwicklung und Stand der Palliativmedizin in Deutschland. In: Journal Onkologie 06/2011, S. 26-29.

Melching H. (2011), Ambulante Versorgungsstrukturen (SAPV und AAPV), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Berlin, Internet: www.palliativmedizin.de. Letzter Abruf am 14.02.2013.

Nauck F., Jaspers B., Becker M. (2010), Bedarfsplanung stationäre Hospize für Erwachsene und Kinder in Nordrhein-Westfalen, im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (zur Zeit der Auftragserteilung: Arbeit, Gesundheit und Soziales) und der ALPHA-Stellen (Revidierte Fassung vom 22.11.2010), Universitätsmedizin Göttingen.

N.N. (2006), Vertrag über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung gemäß § 73 c SGB V in Verzahnung zur Vereinbarung über die Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73 b SGB V i. V. m. §§ 140 a ff. SGB V. Online abrufbar unter: http://www.kvno.de/downloads/vertraege/palliativversorgung/vertrag_palliativmedizin.pdf. Letzter Abruf: 14.02.2013.

PflegeNetz Sachsen, www.pflegenetz.sachsen.de/pflegedatenbank. Letzter Abruf am 14.02.2013.

Radbruch L., Payne S. and the Board of Directors of the EAPC (2010), White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2 Recommendations from the European Association for Palliative Care, *Europ J Palliat Care* 2010; 17: 22-24.

Raffelhüsch B., Hackmann T., Metzger Ch. (2011), Alter, Rente, Grundsicherung (ARG), Eine Studie für Sachsen, Freistaat Sachsen – Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Dresden, Oktober 2011.

Roling, G., Zimmermann, M., Schaepe, C., Behrens, J. (2007), Handlungsfelder Palliativpflege und Sterbebegleitung – Studie im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Universität Halle-Wittenberg.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundestagsdrucksache 16/13770.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. (2011), Herausforderungen des demographischen Wandels – Expertise im Auftrag der Bundesregierung. Wiesbaden.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales (SMS) (2006), Konzeption zur Hospiz- und Palliativarbeit im Freistaat Sachsen, Dresden.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales (2007), Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales zur Förderung von ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (FRL Hospiz) vom 17. April 2007, Dresden.

Sächsischer Landtag (2012), Gesetz zur Regelung der Betreuungs- und Wohnqualität im Alter, bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Freistaat Sachsen (Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz – SächsBeWoG) vom 12. Juli 2012.

Schneider N., Amelung V.E., Buser K. (2005), Neue Wege in der Palliativversorgung. Analyse der gegenwärtigen Situation und Optimierungskonzepte am Beispiel des Landes Brandenburg. MWV, Berlin.

Schneider N., Amelung V.E., Ziegler C., Buser K. (2005), Palliativversorgung im Land Brandenburg, Bestandsaufnahme und Empfehlung zur Weiterentwicklung. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg in Zusammenarbeit mit den Primärkassen, Endversion vom 13. März 2005, Medizinische Hochschule Hannover.

SGB V – Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung. In der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622).

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.) (2010), 5. Regionalisierte Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen bis 2025, Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2012a), GENESIS-Online, Kamenz.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2012b), Pflege, Schwerbehinderte Menschen, online abrufbar unter: <http://www.statistik.sachsen.de/html/472.htm>, letzter Abruf am 08.02.2013.

Wesselmann S., Melching H., van Oorschot B. (2012), Palliativmedizin in Organkrebszentren und Onkologischen Zentren, in: Pneumologie 2012, 9, S. 123–129.

Zernikow B., Henkel W. (2006), Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen. In: Hus-ebø S, Klaschik E (Hrsg.) Palliativmedizin, Grundlagen und Praxis, 4., aktualisierte Aufl., Heidelberg: Springer: S. 427-506

Anhang

Aktuelle Standorte der Hospiz- und Palliativeinrichtungen³⁸

Tabelle 24: Ambulante Hospizdienste in Sachsen

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ
Chemnitz	Chemnitz	Ambulanter Kinderhospiz-Dienst "Schmetterling"	Rudolph-Krahl-Str. 61a	09113
	Chemnitz	Domus Palliativmedizin u. Hospiz für Chemnitz und Umgebung	Stadlerstr. 21	09126
	Chemnitz	Hospiz- und Palliativdienst Chemnitz e. V.	Am Karbel 61a	09116
	Chemnitz	TECTUM Palliativmedizin und Hospiz für Chemnitz und Umgebung e. V.	Jägerschlösschenstr. 4	09125
Erzgebirgskreis	Annaberg	Ambulanter Malteser Hospizdienst, Außenstelle Annaberg	Büttnerplatz 1	09456
	Aue	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst	Schneeberger Str. 98	08280
	Bad Schlema	Ambulanter Kinderhospiz-Dienst Westsachsen e. V.	Friedrich-Fröbel-Str. 1	08301
	Breitenbrunn	Ambulanter Hospizverein Erlabrunn e. V.	Am Märzenberg 1 A	08359
	Marienberg	Hospiz- und Besuchsdienst Mittlerer Erzgebirgskreis e. V.	Fleischerstr. 3	09496
	Marienberg	Hospiz- und Palliativdienst Erzgebirge e. V.	Freiberger Straße 16 (Umzug von: Am Goldkindstein 1)	09496
	Marienberg	Ambulanter Kinderhospizdienst	Freiberger Straße 16 (Umzug von: Am Goldkindstein 1)	09496
	Oelsnitz	Ambulanter Hospizdienst mit palliativ-pflegerischer Beratung Oelsnitz der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.	Pflockenstr. 44	09376
	Zschorlau	Ambulanter Hospizdienst	An der Herrberge 1-3	08321
Mittelsachsen	Döbeln	Ökumenischer Hospiz- und Palliativberatungsdienst Riesa (AST Döbeln)	Otto-Johnsen-Str. 4	04720

³⁸ Stand: 24.04.2013

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ
.....	Frankenberg	Hospizgruppe Frankenberg	Max-Kästner-Str. 48c	09669
	Freiberg	Freiberger Hospizgruppe	Petersstr. 46	09599
	Geringswalde	Ambulanter Besuchs- und Hospizdienst	Dresdner Str. 27c (Umzug von: Hirtenberg 2a)	09326
	Mittweida	Domus Palliativmedizin und Hospiz für Chemnitz und Umgebung	Hainichener Str. 04-06	09648
	Oederan	Hospiz- und Palliativdienst "Begleitende Hände" Oederan e. V.	Enge Gasse 5	09569
Vogtlandkreis	Plauen	Ambulanter Malteser Hospizdienst Plauen	Thomas-Mann-Straße 10	08523
	Reichenbach	Hospizverein Vogtland e. V.	Nordhorner Platz 1	08468
Zwickau	Glauchau	Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst im Diakoniewerk Westsachsen	Pestalozzistr. 17	08371
	Glauchau	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst des Freien Hospizverein Erzgebirgsvorland e. V.	Ulmenstr. 4	08371
	Limbach-Oberfrohna	Freier Hospizverein Erzgebirgsvorland e. V., Zweigstelle Limbach-Oberfrohna	Johannisplatz 4	09212
	Zwickau	Ökumenischer Hospizdienst ELISA Zwickau Stadt und Landkreis	Reichenbacher Str. 36	08056
Dresden	Dresden	Christlicher Hospizdienst Dresden e. V.	Canalettostr. 13	01307
	Dresden	Ambulanter Malteser Hospizdienst Dresden	Leipziger Straße 33	01097
	Dresden	Ambulanter Kinderhospizdienst Dresden	Nicolaistr. 28 (Umzug von: Goetheallee 13)	01307
	Dresden	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst des Ev.-Luth. Diakonissenanstalt Dresden e. V.	Holzhofgasse 29	01099
Bautzen	Bautzen	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst Bautzen	Karl-Liebknecht-Straße 16	02625
	Bischofswerda	Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Bautzen ZwSt. Bischofswerda	Bautzener Str. 37	01877
	Hoyerswerda	Ambulanter Hospizdienst im Landkreis Kamenz und Hoyerswerda, Außenstelle Hoyerswerda	L.-v.-Beethoven-Str. 26	02977
	Hoyerswerda	Ambulanter Hospizdienst	Straße am Lessinghaus 5	02977

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ
	Kamenz	Ambulanter Hospizdienst im Landkreis Kamenz und Hoyerswerda	Haydnstr. 8	01917
Görlitz	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 in der Niederschlesischen Oberlausitz	Plittstr. 26	02906
	Zittau	Ambulanter Hospizdienst der Christliche Hospiz Ostsachsen gGmbH	Lessingstr. 2	02763
Meißen	Meißen	Ambulanter Hospizdienst des Caritas Verbandes Meißen e. V.	Wettinstr. 15	01662
	Radebeul	Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Care-Pflegedienst	Augustusweg 101f	01445
	Riesa	Ökumenischer Hospizdienst Riesa-Großenhain	Lessingstr. 2	01597
Sächsische Schweiz - Osterzgebirge	Dohna	Ambulanter Hospizdienst Dohna/Heidenau/Osterzgebirge	Burgstr. 79	01809
	Neustadt	Ambulanter Hospizdienst Pirna, Zweigstelle Neustadt/Sa.	Kirchplatz 2	01844
	Pirna	Ambulanter Malteser Hospizdienst Pirna	Barbiergasse 13	01796
Leipzig, Stadt	Leipzig	Hospiz Verein Leipzig e. V.	Kommandant-Prendel-Allee 106	04299
	Leipzig	Ambulanter Hospizdienst Advena	Birkenstraße 12	04177
Leipzig	Deutzen	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst im Leipziger Land	Sportplatzweg 7	04574
	Grimma	Ökumenischer ambulanter Hospizdienst und Palliativberatungsdienst	Bockenberg 3	04668
	Markkleeberg	Ambulanter Kinderhospizdienst Bärenherz	Kees'scher Park 3	04416
Nordsachsen	Eilenburg	Ökumenischer Ambulanter Hospizdienst Nordsachsen	Nikolaiplatz 3	04838
	Oschatz	Ökumenisch-Ambulanter Hospizdienst	Heinrich-Heine-Str. 5	04758
	Torgau	Ökumenischer Ambulanter Hospizdienst des Caritasverbandes für das Dekanat Torgau	Karl-Marx-Platz 1c	04860

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ
	Torgau	Ambulanter Hospizdienst	Pfarrstr. 1 (Umzug von: Kurstr. 11)	04860

Tabelle 25: Stationäre Hospize in Sachsen

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ	Anzahl der Betten
Chemnitz	Chemnitz	Hospiz Chemnitz	Am Karbel 61 a	09116	16
Erzgebirgskreis	Breitenbrunn	Erzgebirgs Hospiz Er- labrunn	Am Märzenberg 1	08359	8
Mittelsachsen	Oederan	Stationäres Hospiz Ellen Gorlow	Richard-Wagner-Straße 1	09565	10
Meißen	Radebeul	Hospiz Radebeul	Augustusweg 101 f	01445	16
Görlitz	Herrnhut	Hospiz Siloah	Comeniusstraße 12	02747	12
Leipzig, Stadt	Leipzig	Hospiz ADVENA	Birkenstraße 11	04177	16
	Leipzig	Hospiz Villa Auguste Leipzig gGmbH	Kommandant-Prendel-Al- lee 106	04299	12
Landkreis Leipzig	Markkleeberg	<i>Gemeinnützige Hospi- zium GmbH Kinderhos- piz Bärenherz Leipzig</i>	<i>Kees'scher Park 3</i>	<i>04416</i>	<i>12</i>

Tabelle 26: Palliativstationen in Sachsen

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ	Anzahl der Betten
Chemnitz	Chemnitz	DRK-Krankenhaus Chem- nitz Rabenstein	Urnitzstraße 23	09117	10
	Chemnitz	Klinikum Chemnitz	Bürgerstraße 2	09113	6
Erzgebirgskreis	Aue	HELIOS Klinikum Aue	Gartenstraße 6	08280	6
	Breitenbrunn	Kliniken Erlabrunn	Am Märzenberg 1a	08359	6
Mittelsachsen	Mittweida	Landkreis Krankenhaus Mittweida	Hainichenstraße 4	09648	6

	Freiberg	Kreis Krankenhaus Freiberg	Frei- Donatsring 20	09599	6
Vogtlandkreis	Plauen	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	Röntgenstraße 2	08529	8
	Rodewisch	Klinikum Obergöltzsch Rodewisch	Stiftstraße 10	08228	6
Zwickau	Zwickau	Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau	Karl-Keil-Straße 35	08060	10
Dresden	Dresden	Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden	Fetscherstraße 74	01307	14
	Dresden	Städtisches Klinikum Dresden-Friedrichstadt	Freidrichstraße 41	01067	10
	Dresden	Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden	Wintergartenstr. 15/17	01307	10
	Dresden	Diakonissenkrankenhaus Dresden	Holzhofgasse 29	01099	6
Bautzen	Bautzen	Oberlausitz-Kliniken Krankenhaus Bautzen	Am Stadtwall 3	02625	8
Görlitz	Görlitz	Malteser Krankenhaus St. Carolus	Carolusstraße 212	02827	6
	Ebersbach-Neugersdorf	Klinikum Oberlausitzer Bergland	Röntgenstraße 23	02730	6
Meißen	Riesa	Elblandkliniken Riesa-Großenhain	Weinbergstraße 8	01589	6
	Coswig	Fachkrankenhaus Coswig	Neucoswiger Str. 21	01640	6
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Pirna	Klinikum Pirna	Struppener Straße 13	01796	6
	Sebnitz	Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz	Dr.-Stedner-Str. 75b	01855	6
Leipzig, Stadt	Leipzig	Universitätsklinikum Leipzig	Semmelweisstr. 17	04103	12
	Leipzig	Klinikum St. Georg	Delitzscher Str. 141	04129	10
	Leipzig	St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig	Biedermannstr. 84	04277	10
Landkreis Leipzig	Borna	HELIOS Kliniken Leipziger Land	Rudolf-Virchow-Straße 2	04552	8

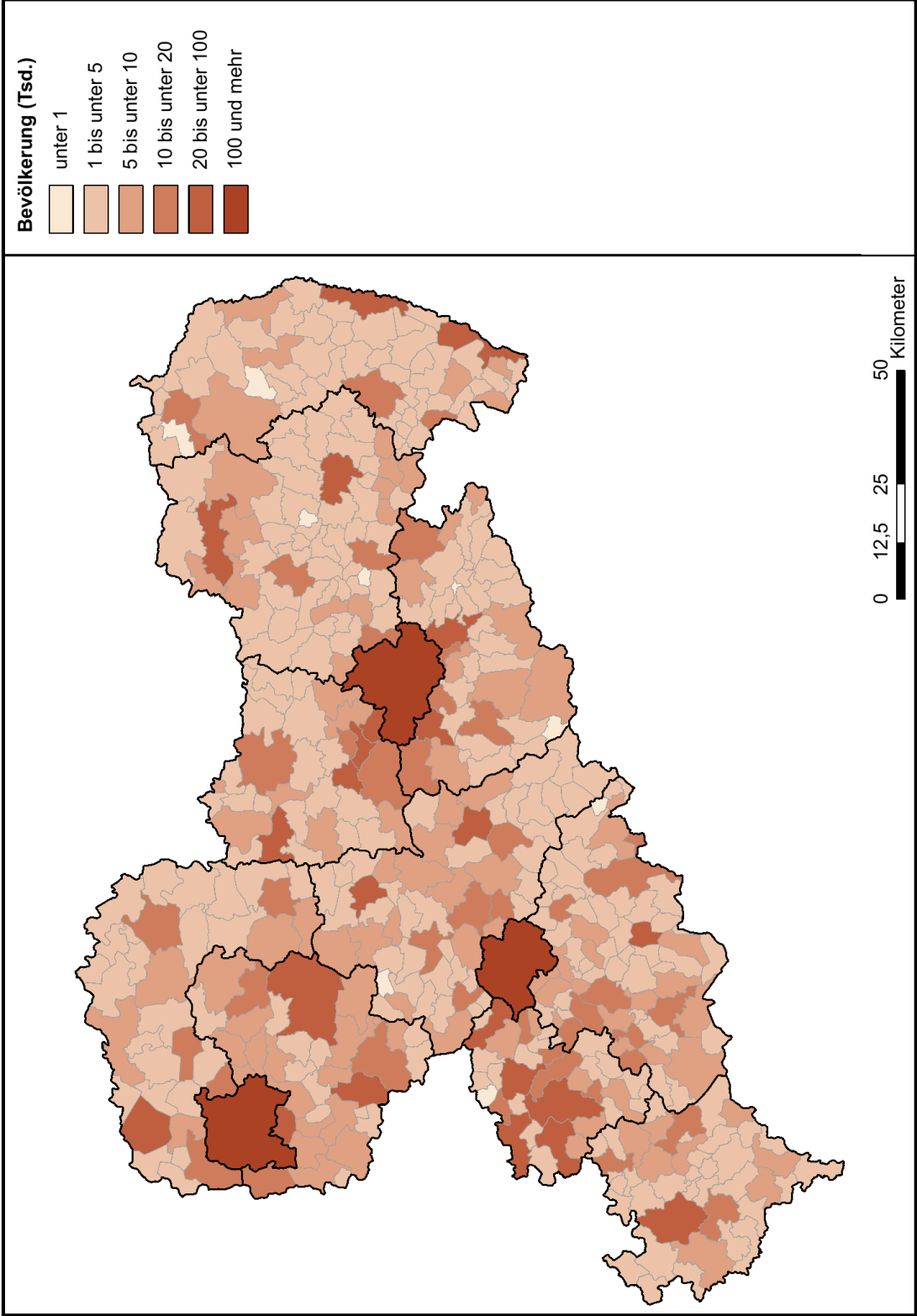
Tabelle 27: SAPV-Teams in Sachsen

Landkreis	Ort	Name	Adresse	PLZ
Chemnitz	Chemnitz	Palliativprojekt Chemnitz	Unritzstraße 21 c	09117
Erzgebirgskreis	Schwarzenberg	Palliativprojekt Aue-Schwarzenberg und Annaberg	Am Fichtbusch 38-40	08340
Mittelsachsen	Freiberg	Palliativnetz Freiberg	Dörnerzaunstr.1	09599
Zwickau	Zwickau	Brückenteam Zwickau	Karl-Keil-Str. 35	08060
Dresden	Dresden	<i>Brückenteam am Krankenhaus St. Josef-Stift</i>	<i>Wintergartenstr. 15-17</i>	<i>01307</i>
	Dresden	UPC-SAPV	Fetscherstr.74	01307
Bautzen	Bautzen	SAPV Team des Home Care Sachsen e. V.	Taucherstraße	02625
	Lauta/Laubusch	Palliativteam Lausitz	Hauptstraße 68	02991
Görlitz	Niesky/OT See	SAPV-Team Niesky	Martin-Voß-Str. 42	02906
Meißen	Riesa	SAPV-Team Elbland (Klinikum Riesa-Großenhain gGmbH)	Weinbergstr. 8	01589
Leipzig, Stadt	Leipzig	Palliativnotdienst	Gutsmuthsstr. 11	04177
	Leipzig	Brückenteam am Hospiz Villa Auguste SAPV	Kommandand-Prendel-Allee 106	04299

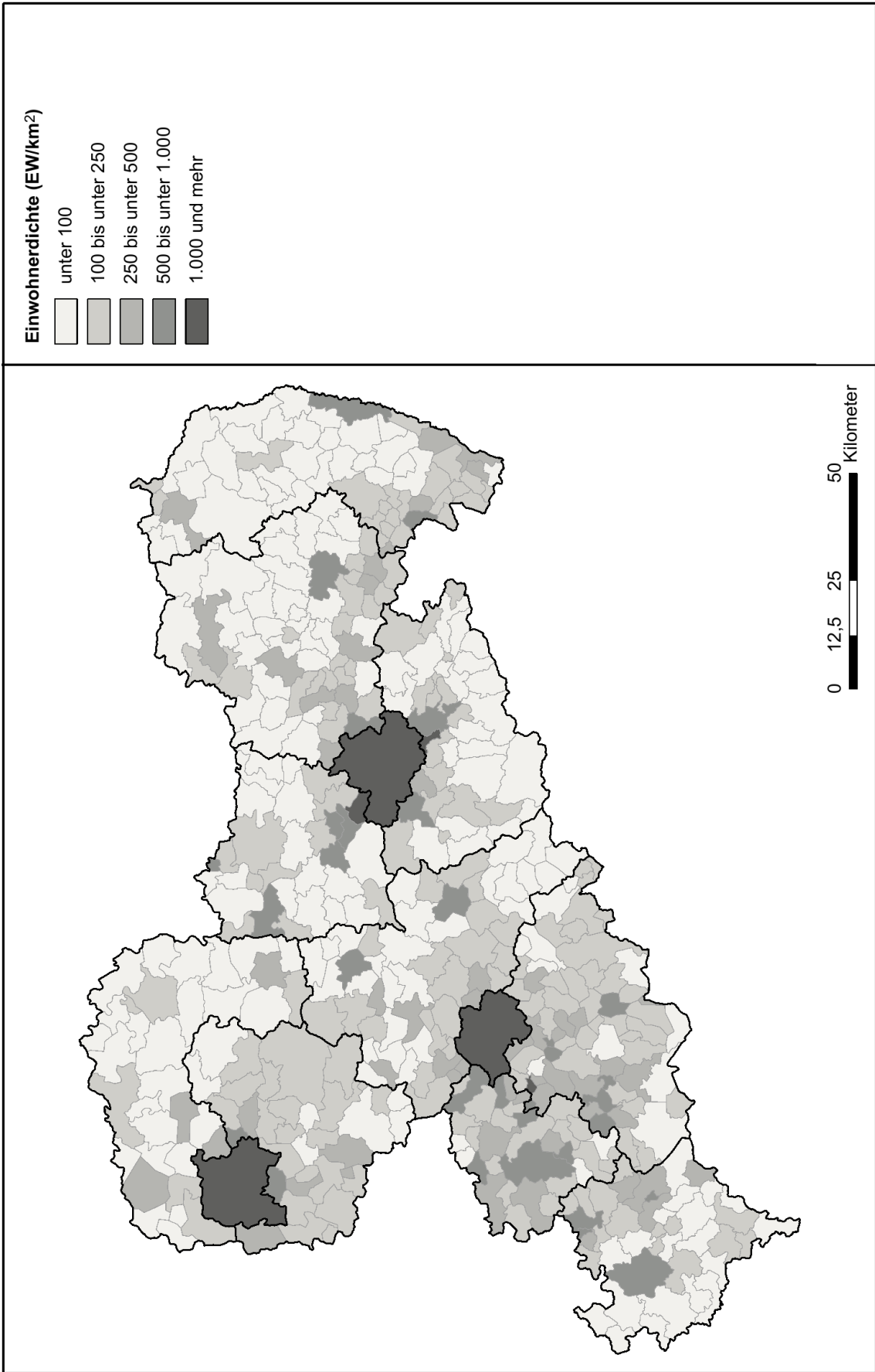
Kartenteil

Bevölkerung

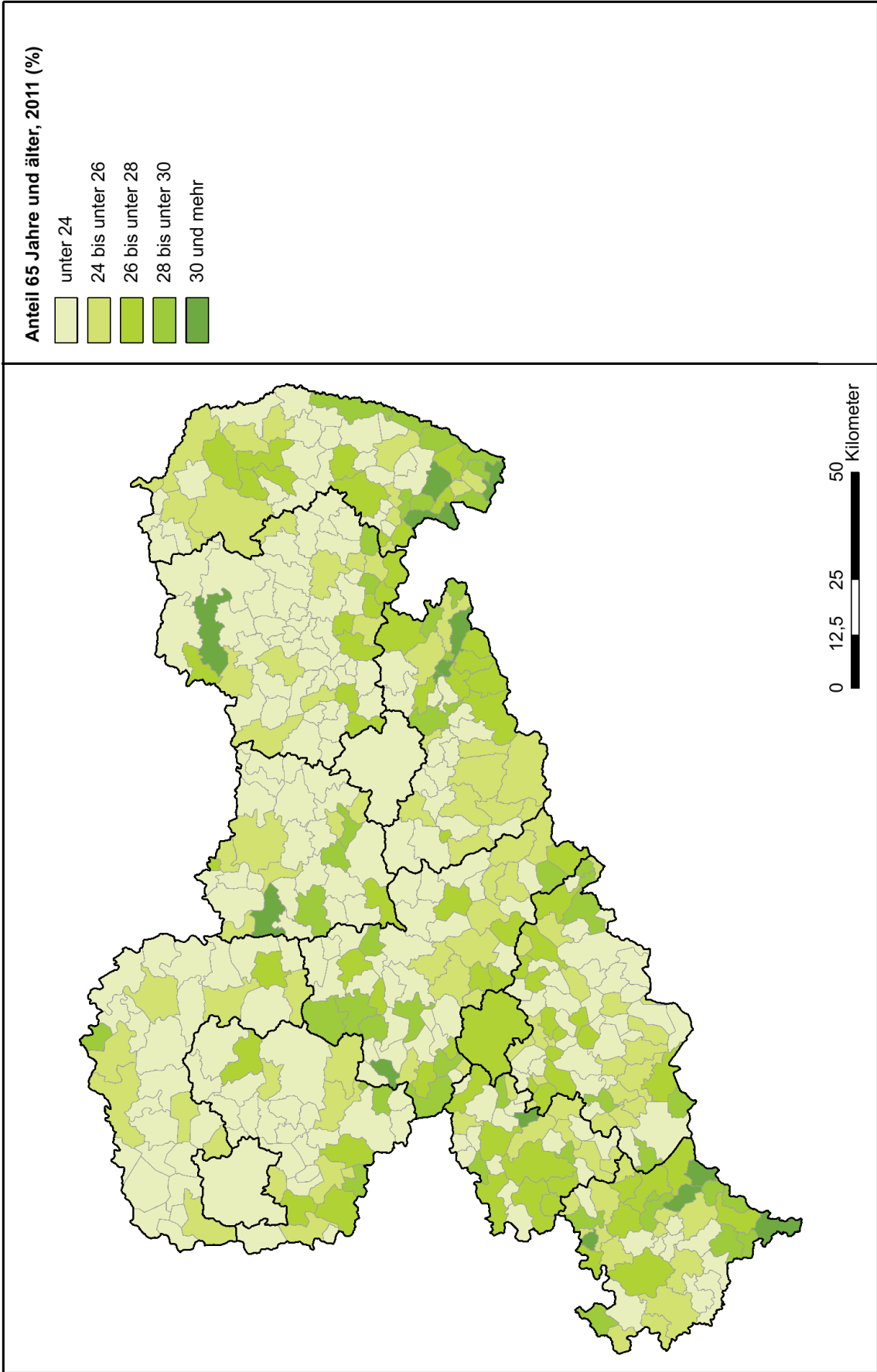
Karte 1: Bevölkerung in den Gemeinden Sachsens in Tsd., 2011



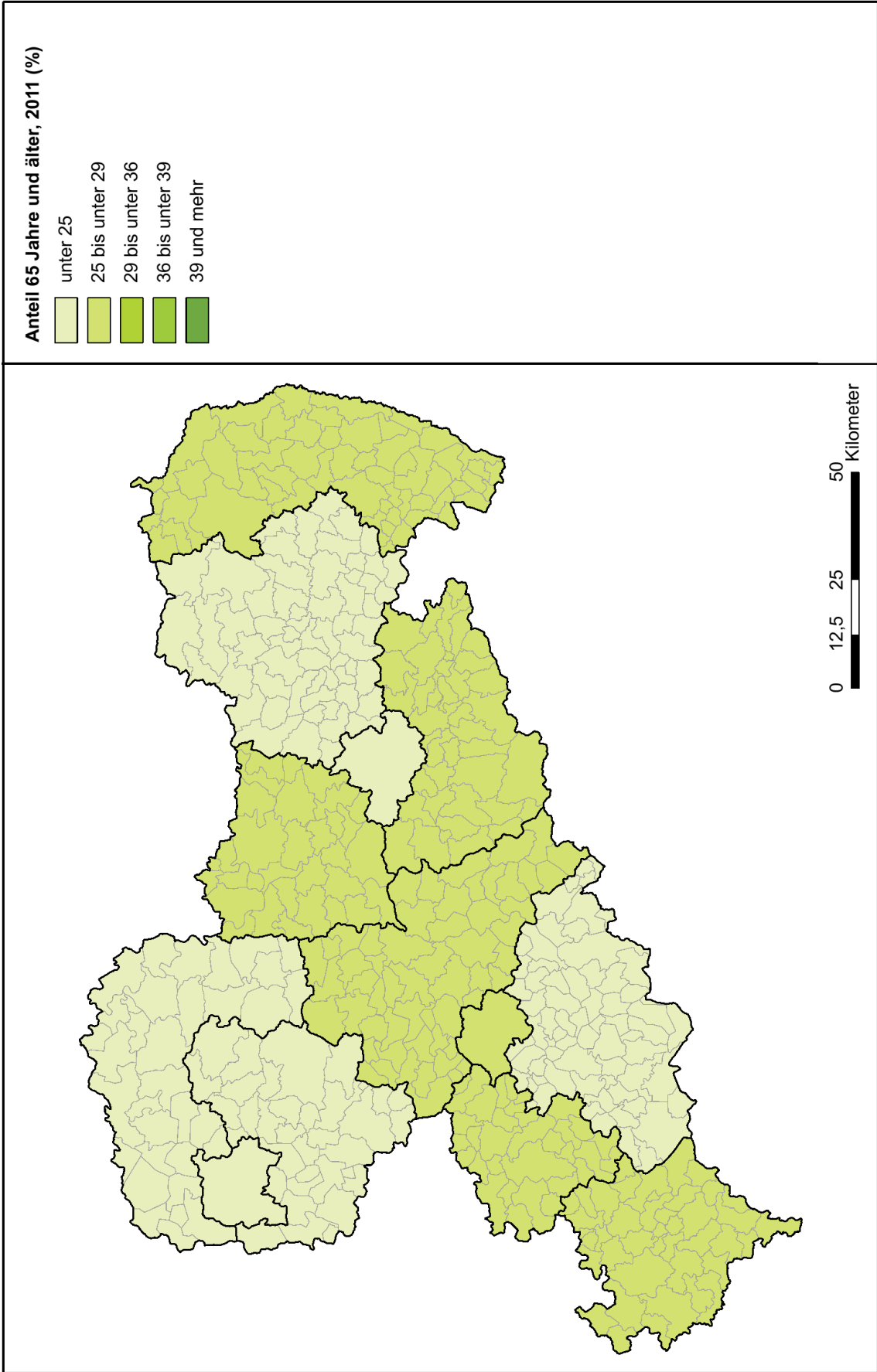
Karte 2: Einwohnerdichte in den Gemeinden Sachsens, 2011



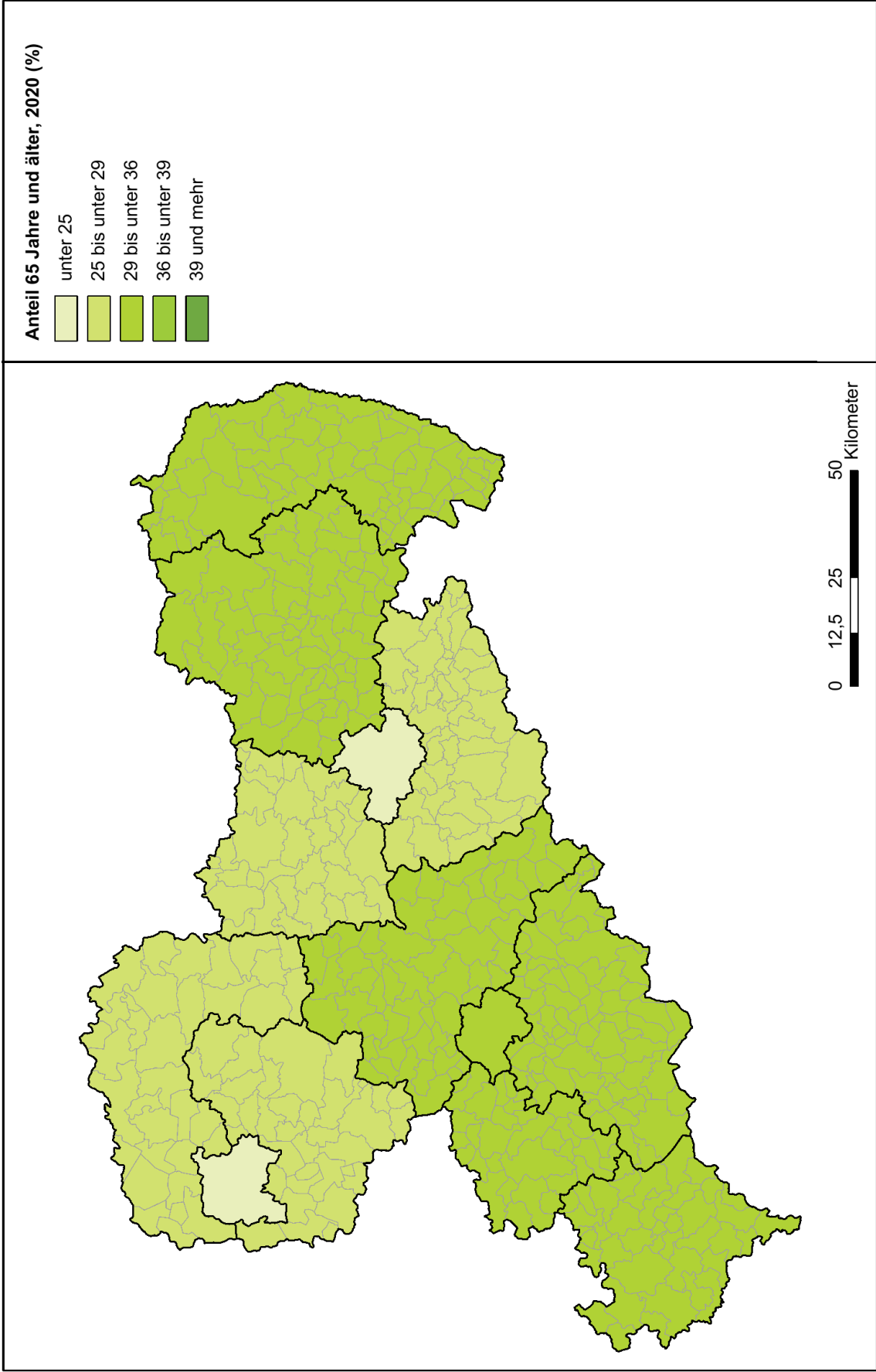
Karte 3: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Gemeinden Sachsens, 2011



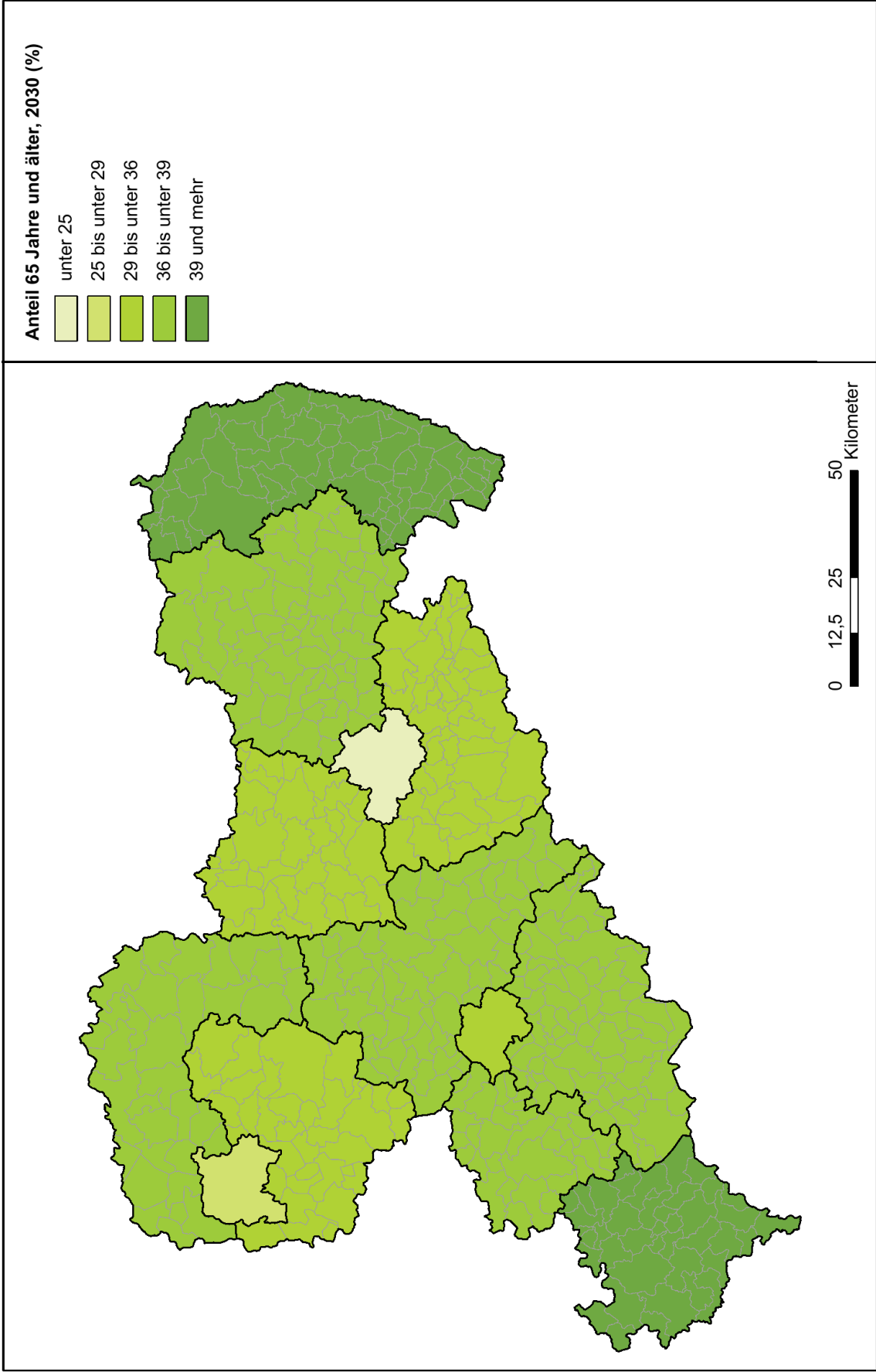
Karte 4: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2011



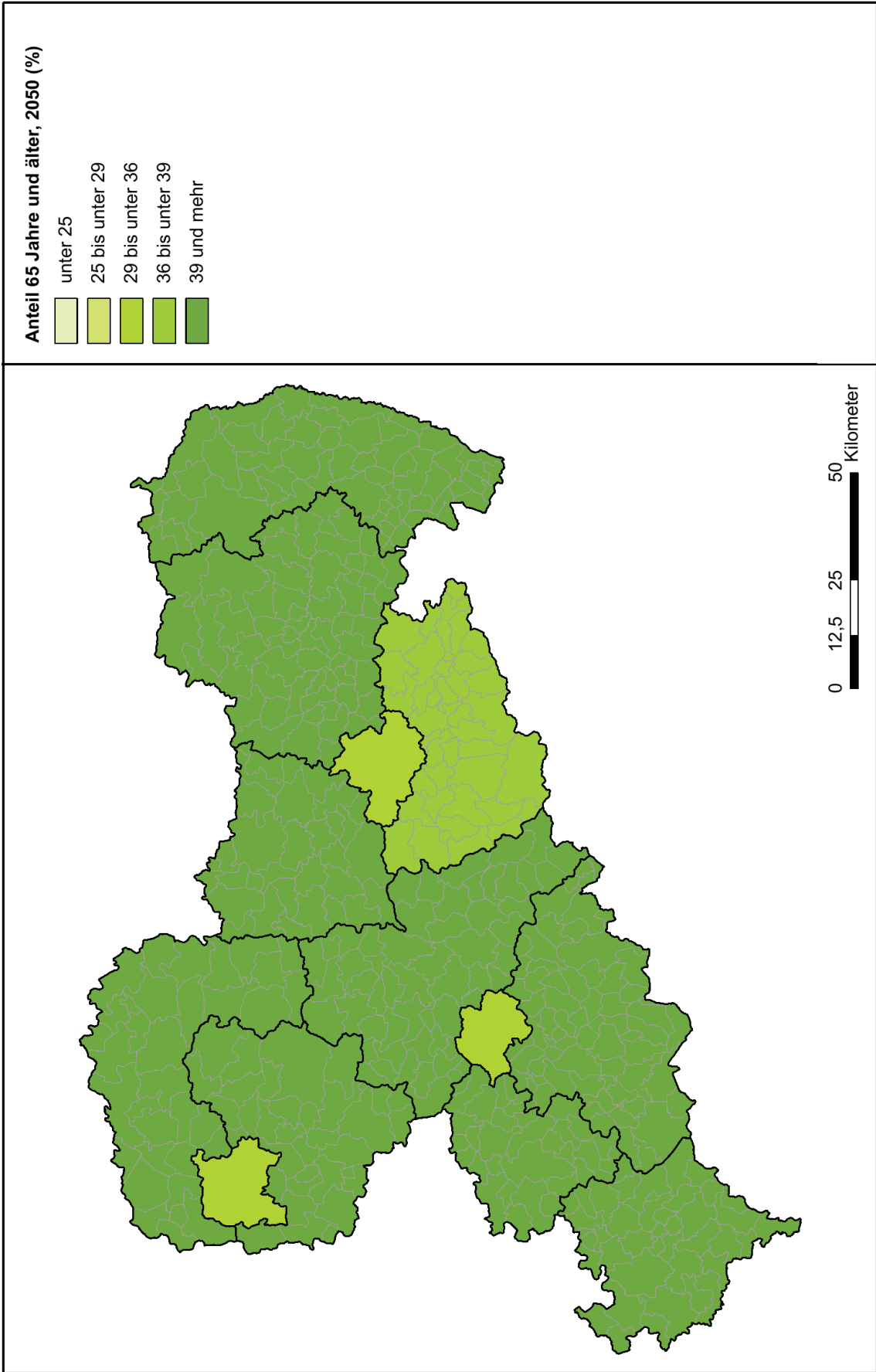
Karte 5: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2020



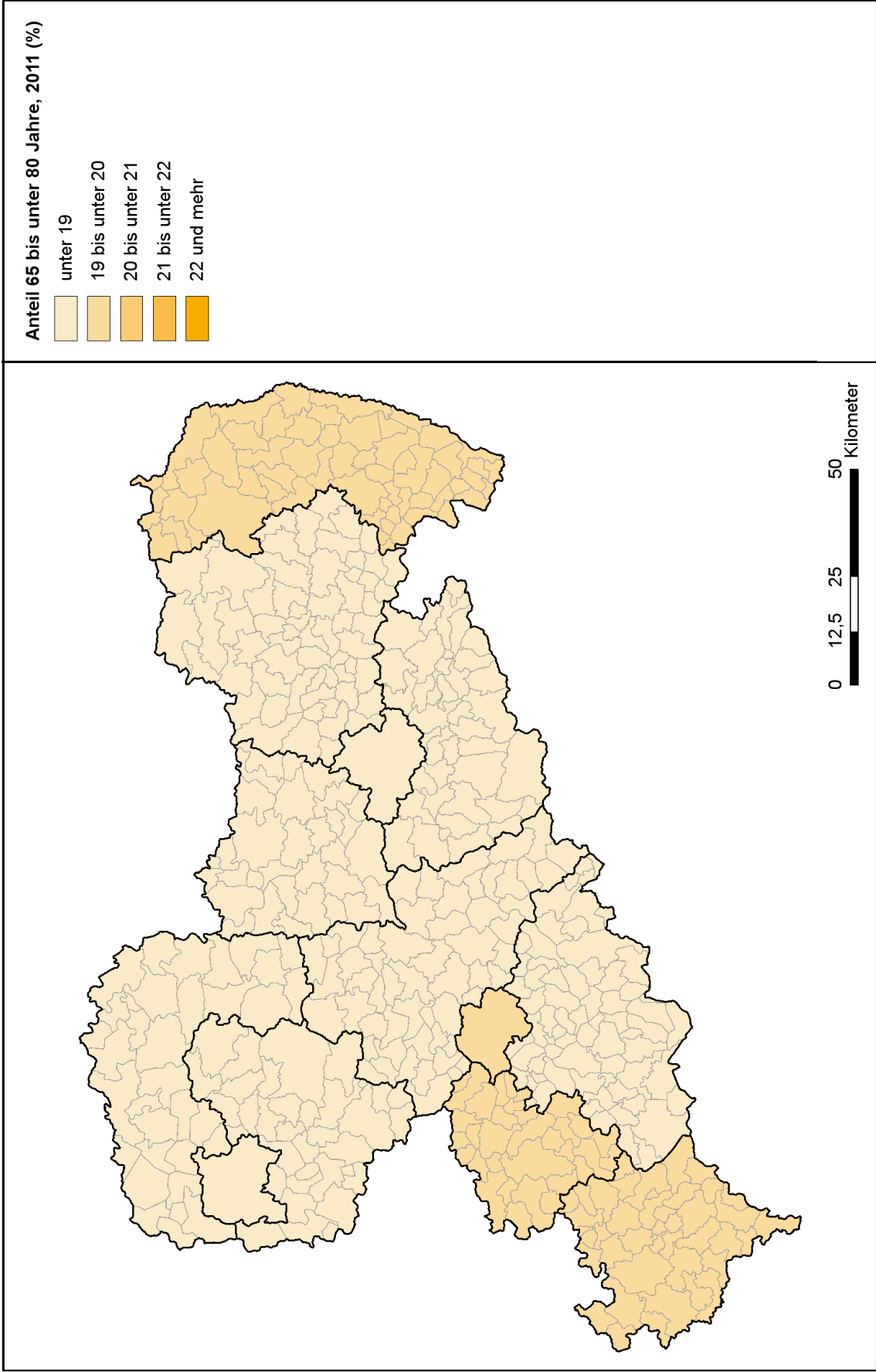
Karte 6: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2030



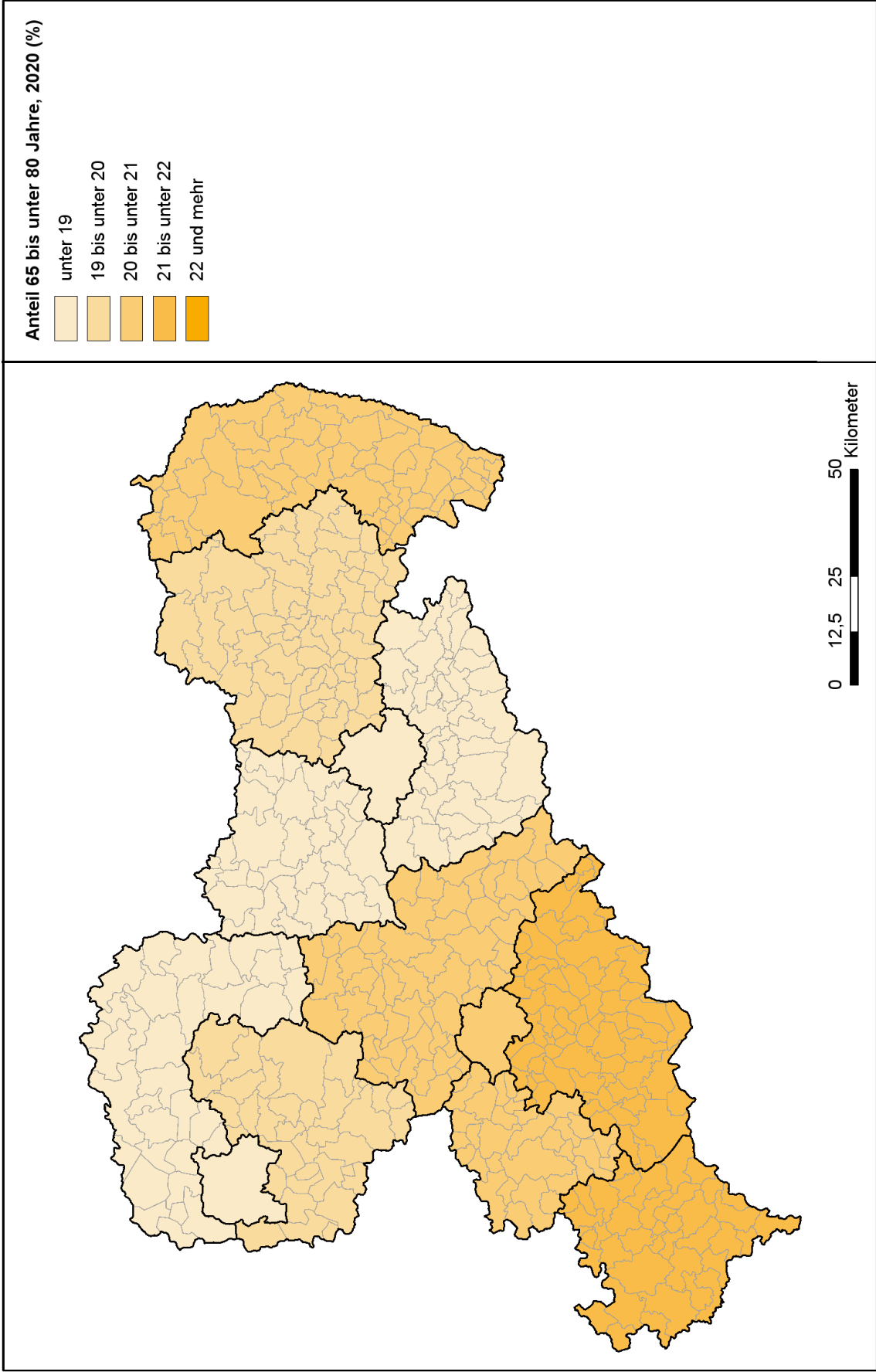
Karte 7: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2050



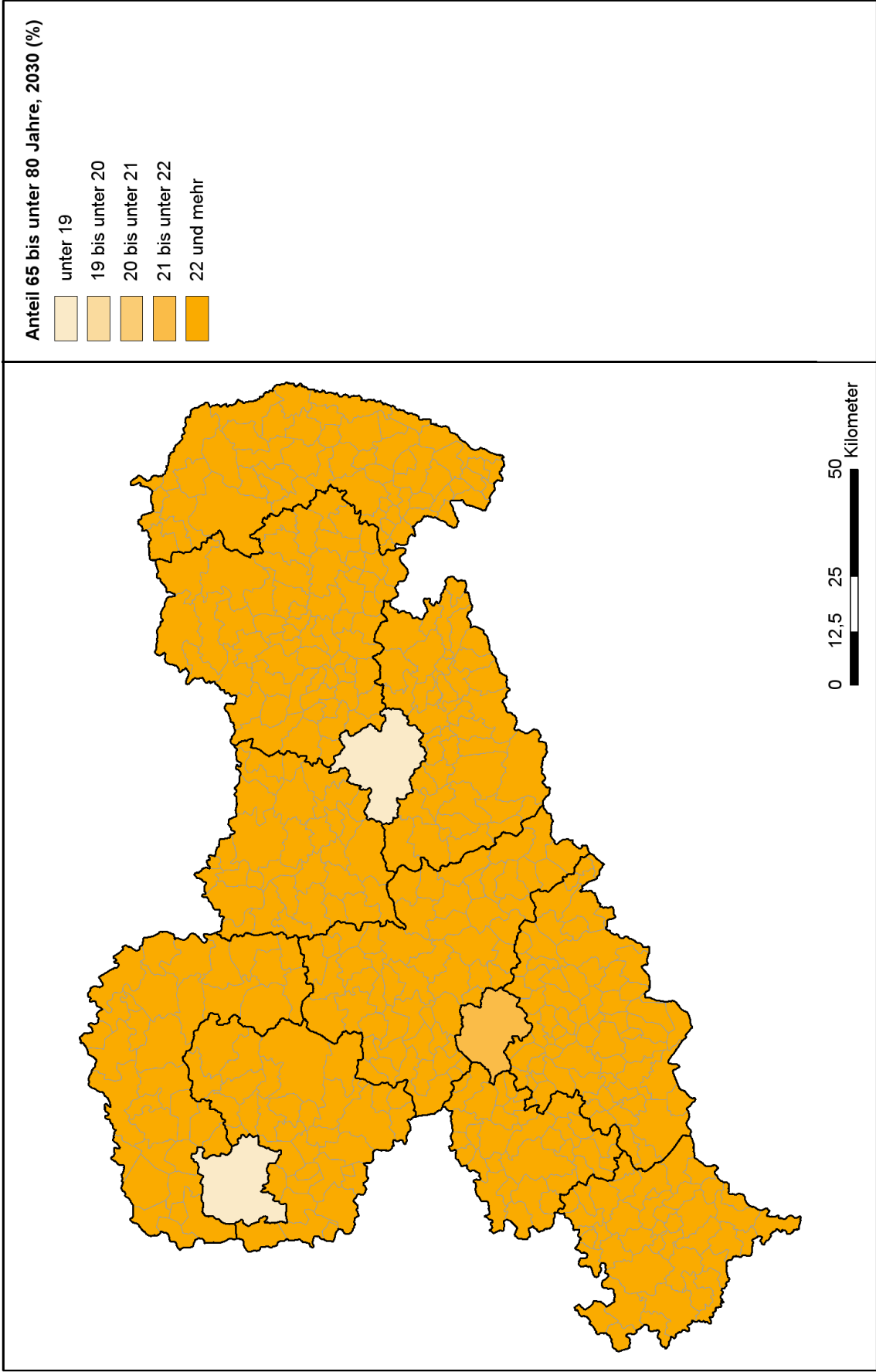
Karte 8: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Kreisen Sachsens, 2011



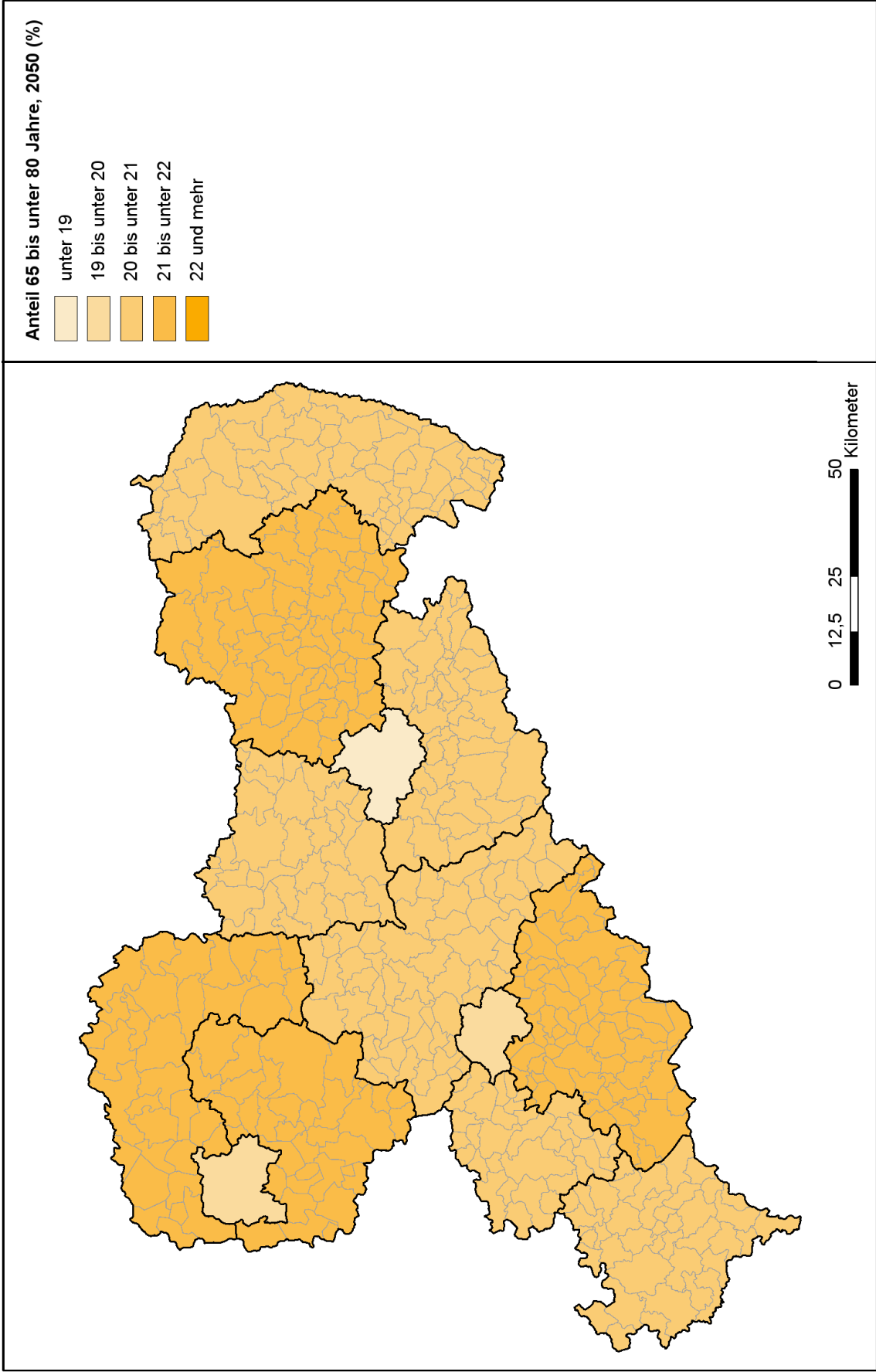
Karte 9: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Kreisen Sachsens, 2020



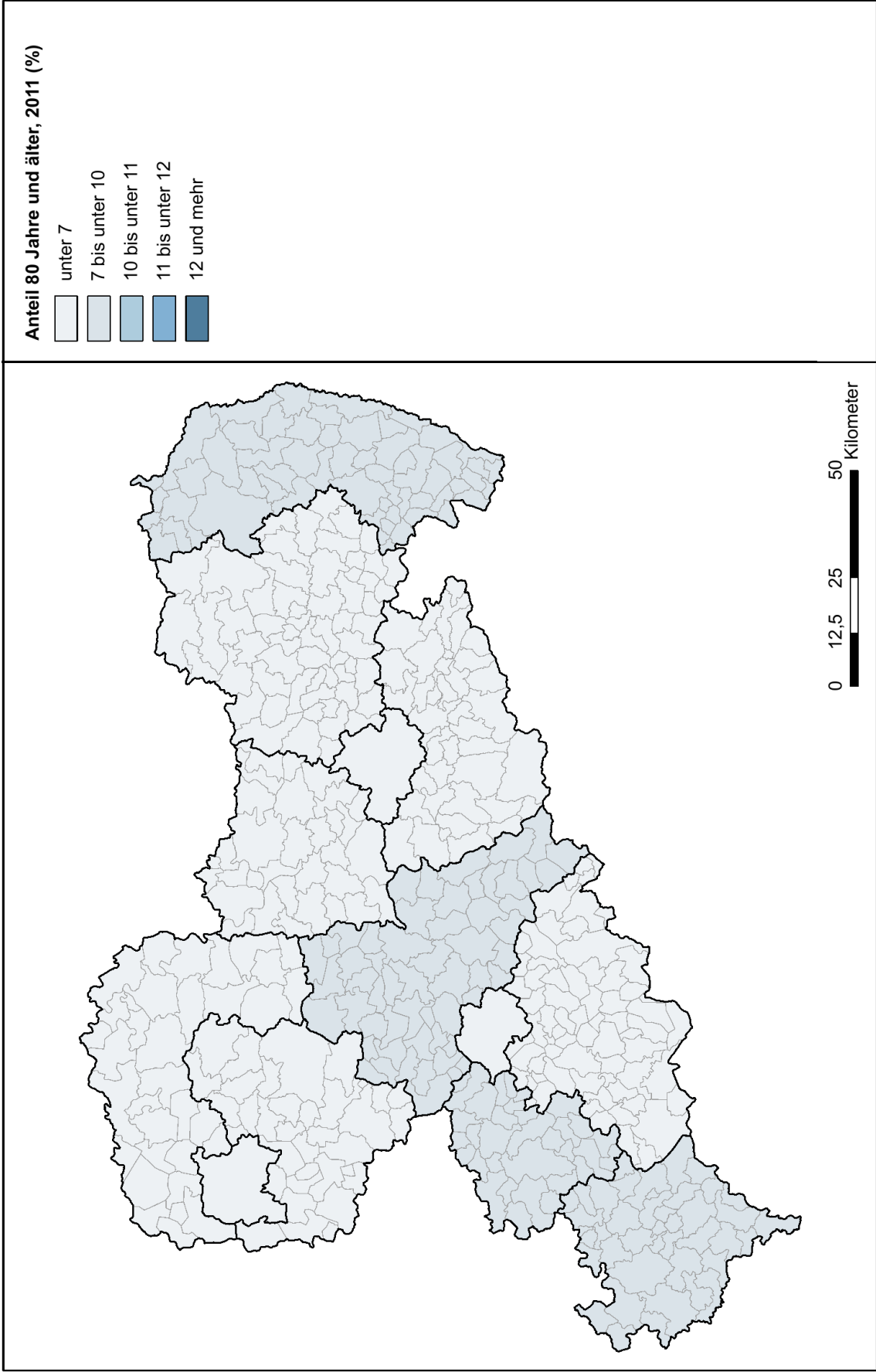
Karte 10: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Kreisen Sachsens, 2030



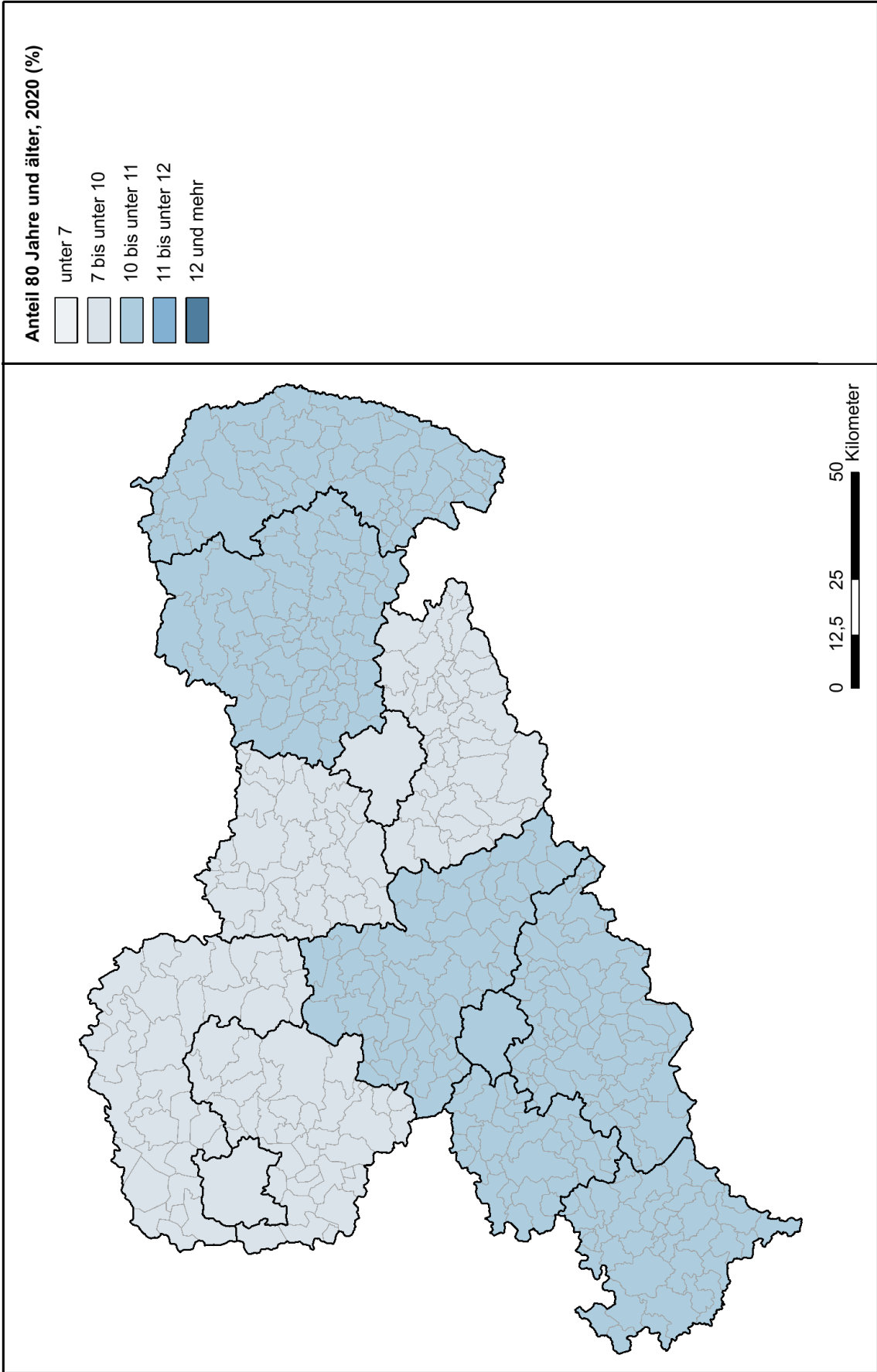
Karte 11: Bevölkerungsanteil 65 bis unter 80 Jahre in den Kreisen Sachsens, 2050



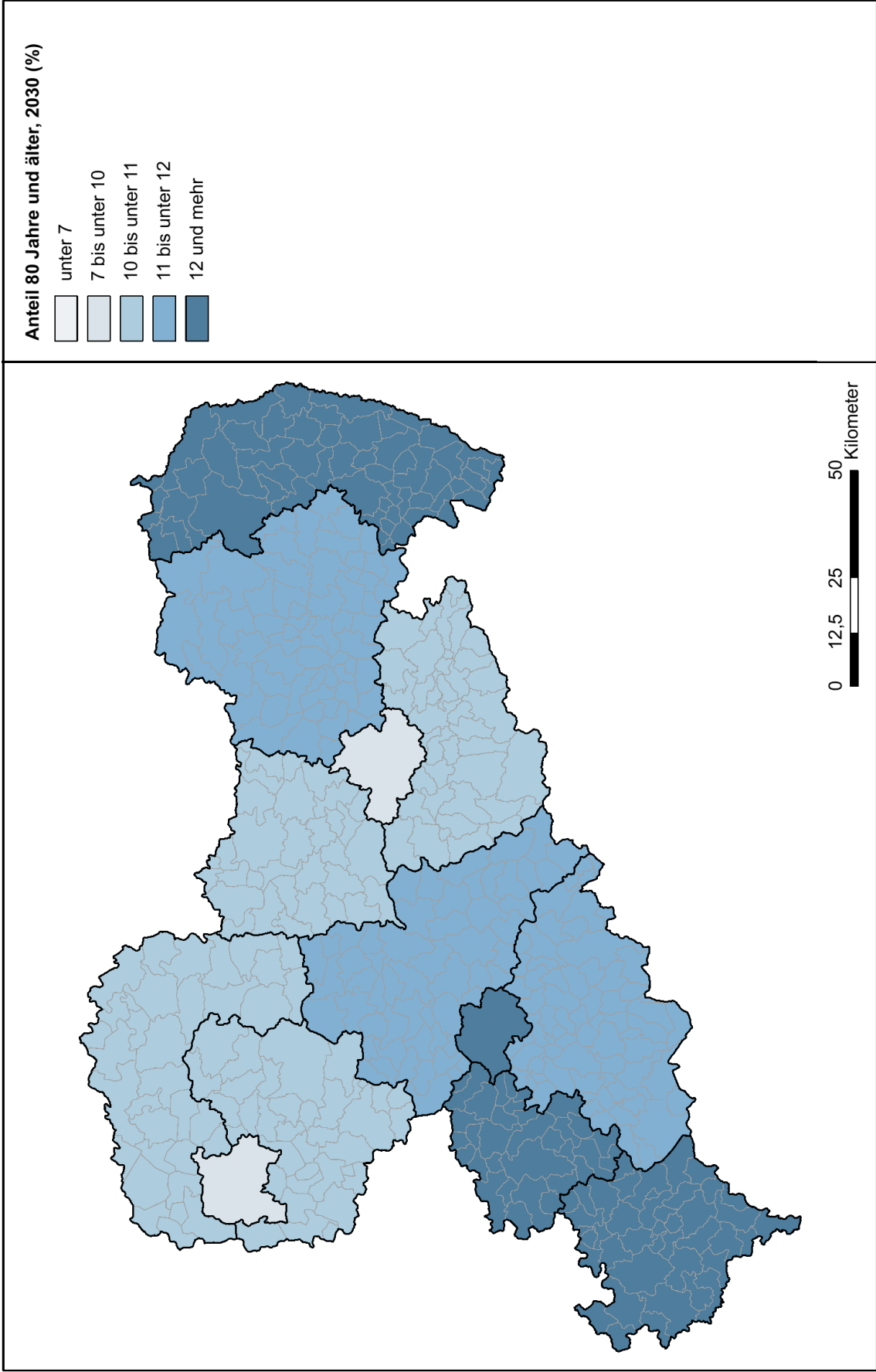
Karte 12: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2011



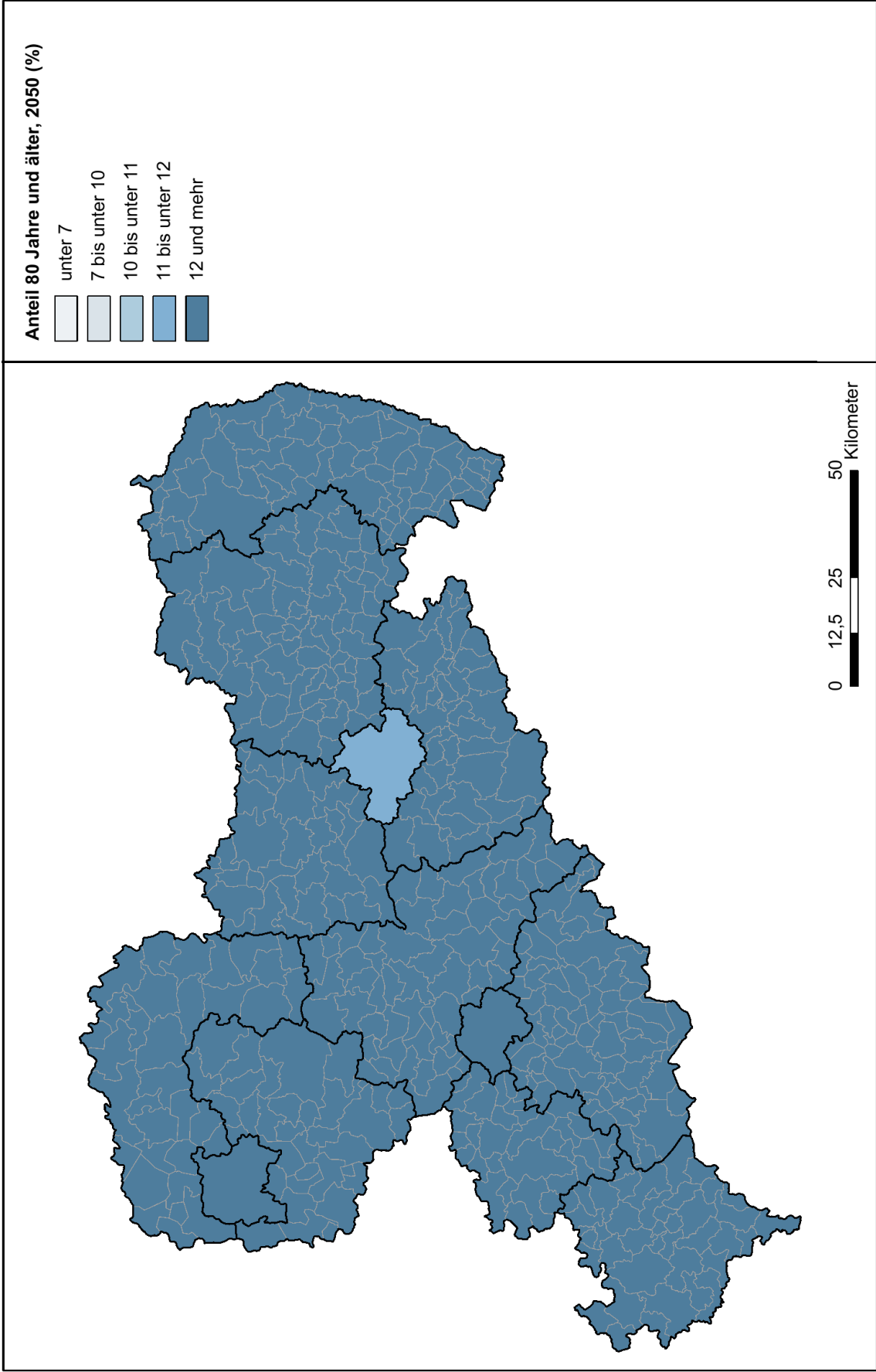
Karte 13: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2020



Karte 14: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2030

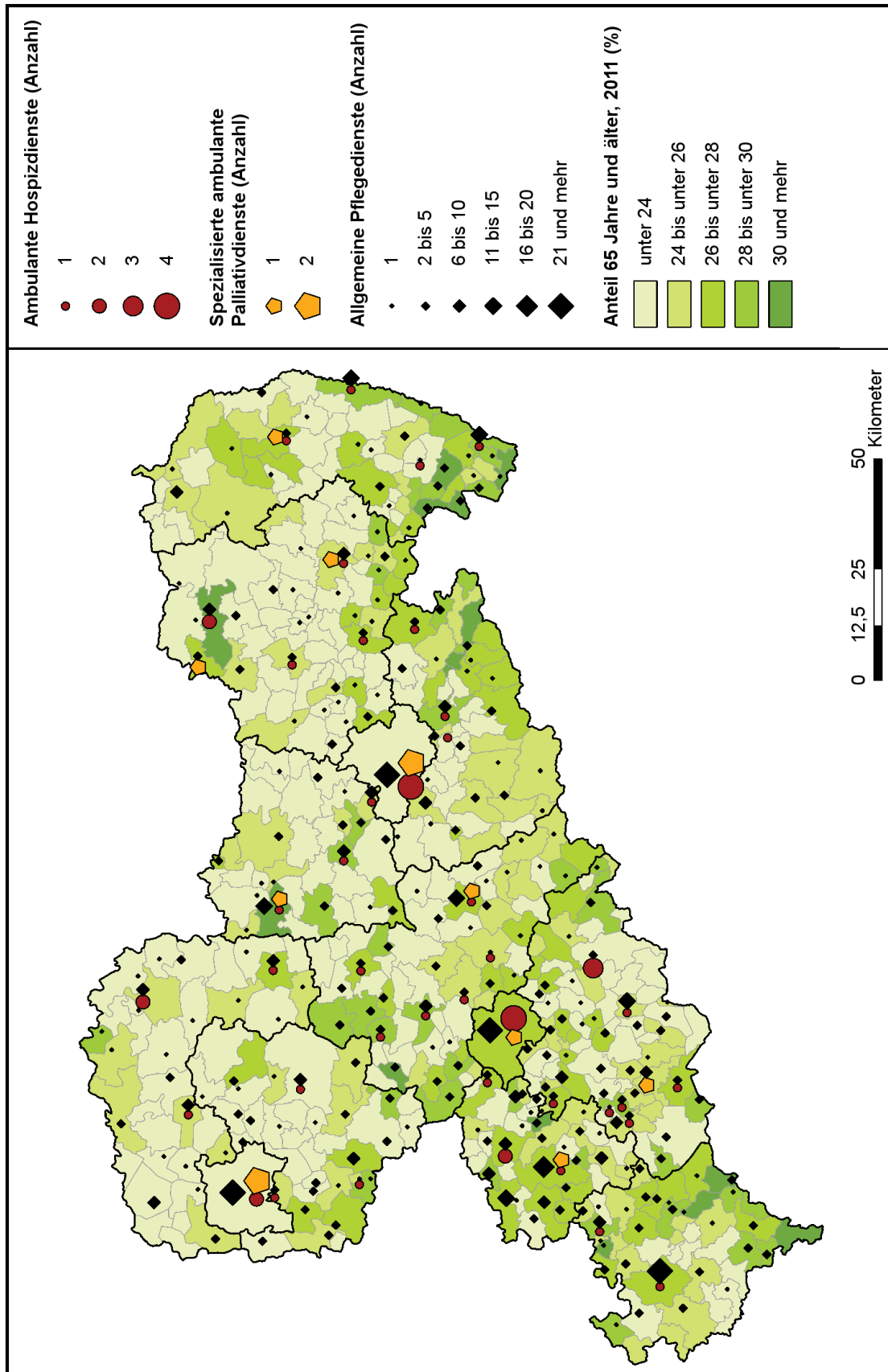


Karte 15: Bevölkerungsanteil 80 Jahre und älter in den Kreisen Sachsens, 2050

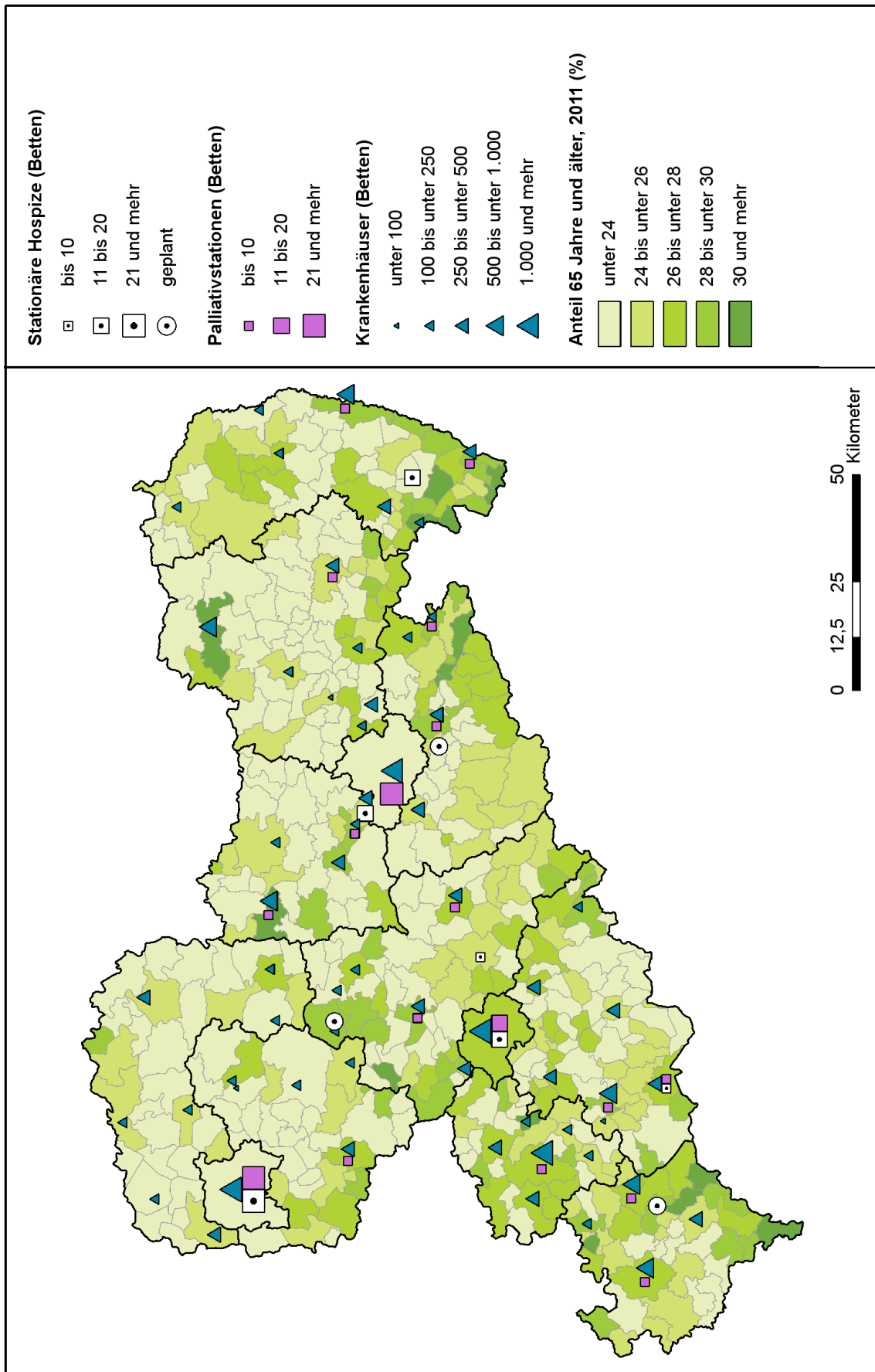


Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2012

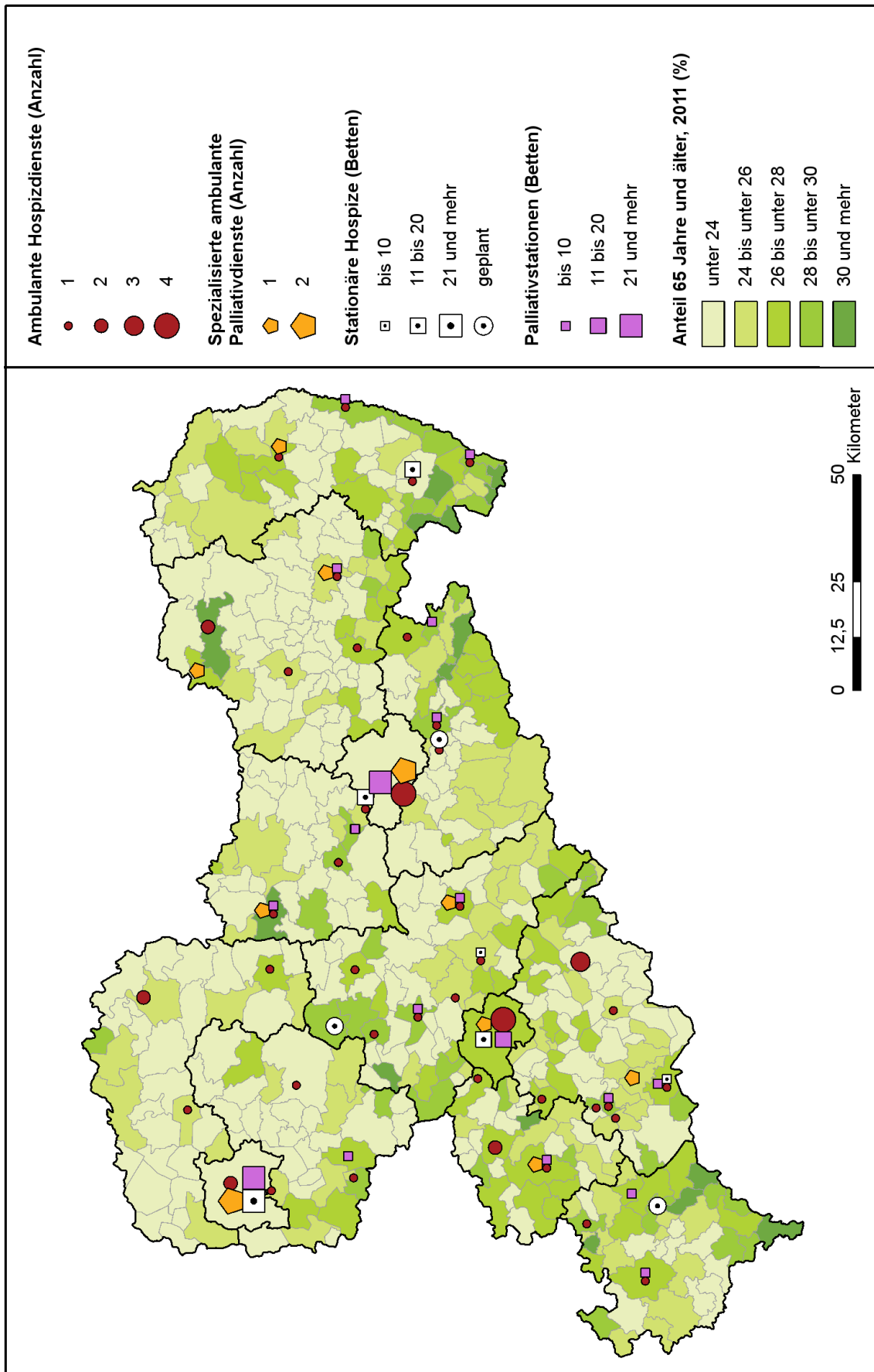
Karte 16: Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen, 2012



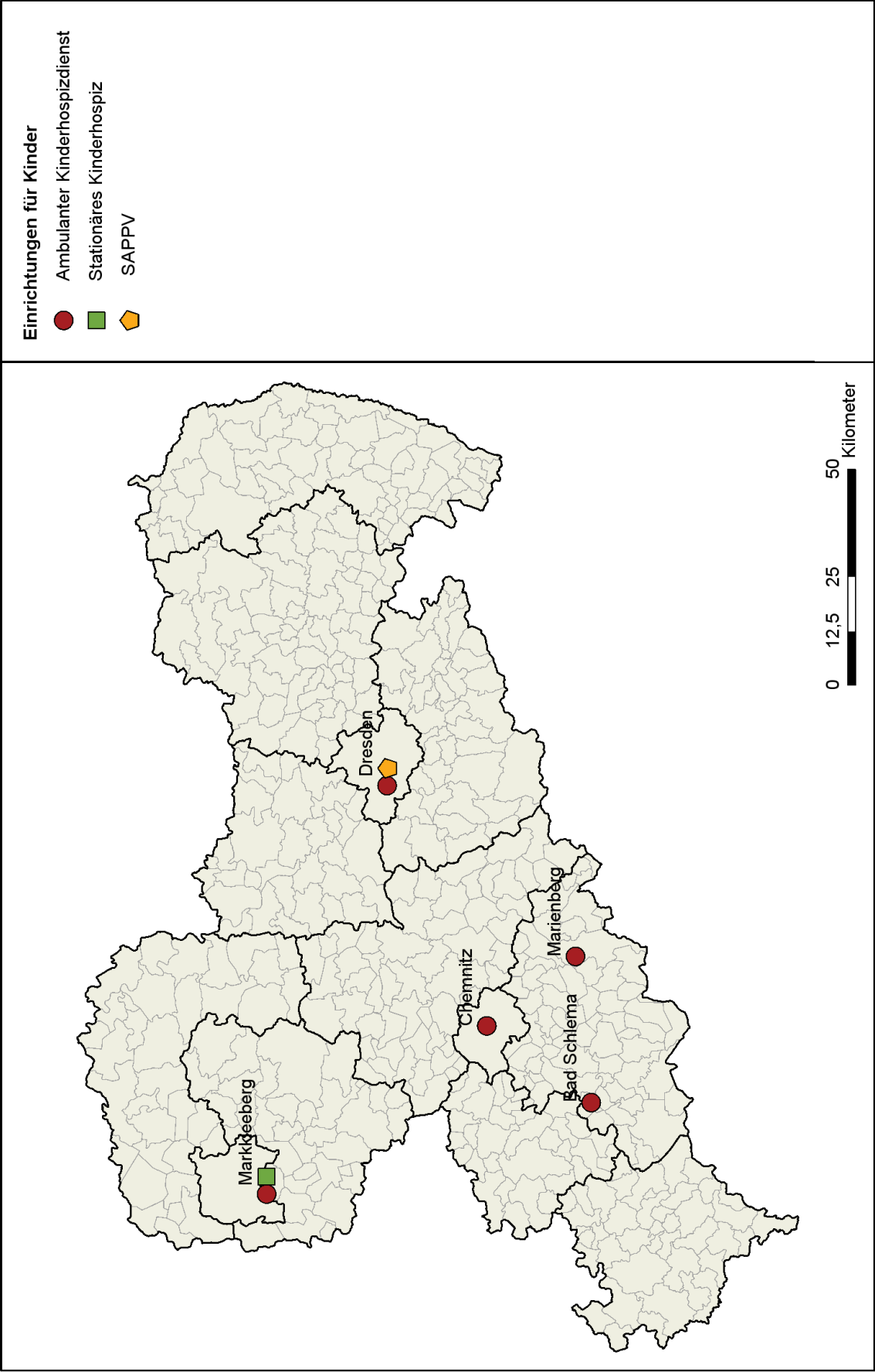
Karte 17: Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen, 2012



Karte 18: Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen, 2012



Karte 19: Kinderhospiz- und -palliativversorgung in Sachsen, 2012

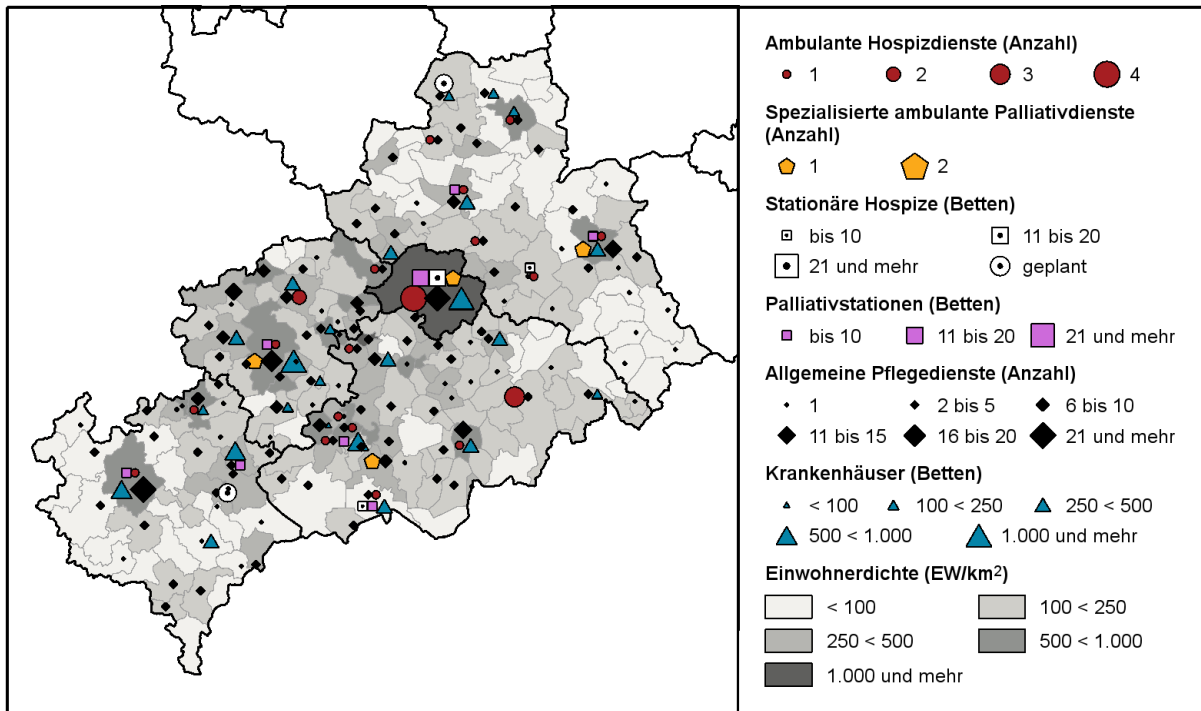


Steckbriefe der Landkreise und Kreisfreien Städte

Daten zur Bevölkerung: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2012a; Datenstand: 31.12.11

Einrichtungsdaten: AOK PLUS, SMS; Datenstand: 2012

Karte 20: Region Chemnitz



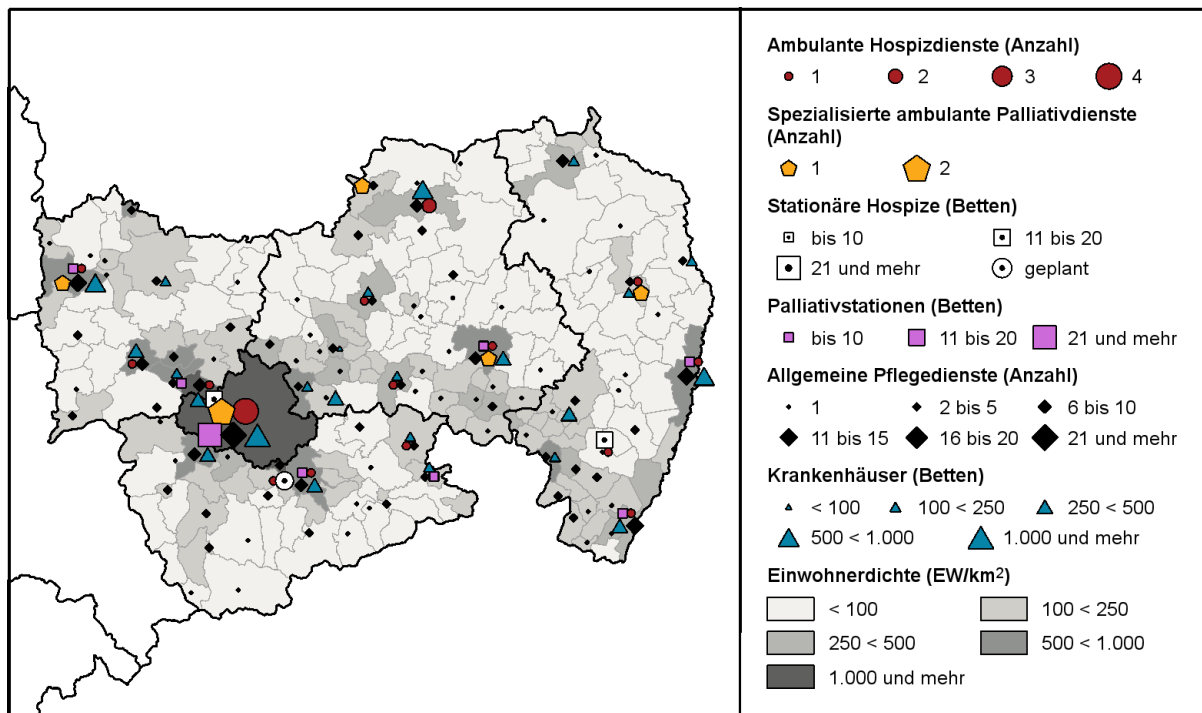
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	22	
Ambulante Kinderhospizdienste	3	
Stationäre Hospize	3	34
Stationäre Kinderhospize		
Palliativstationen	9	64
SAPV	4	
SAPPV		
Allgemeine Pflegedienste	444	
Krankenhäuser	29	9.619

Demographie

Fläche(km ²)	6.524
Bevölkerung (Anzahl)	1.511.733
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	232
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	26,0
Altdichte (65 Jahre und älter je km ²)	60

Karte 21: Region Dresden



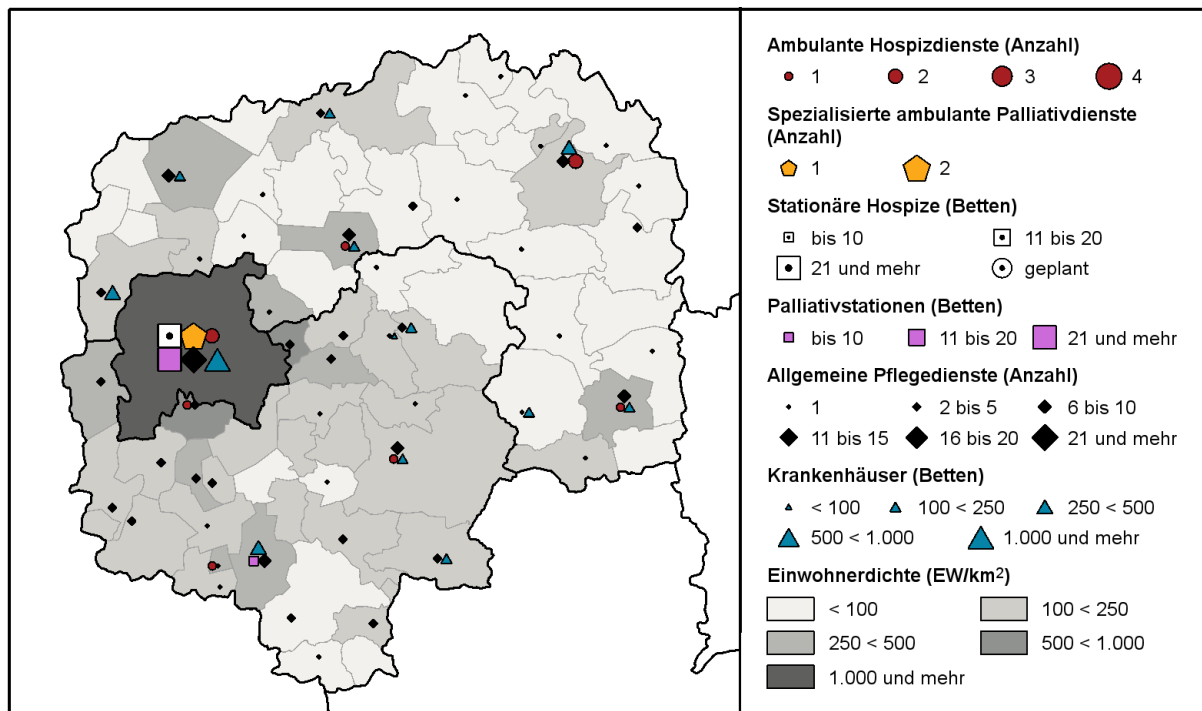
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	18	
Ambulante Kinderhospizdienste	1	
Stationäre Hospize	2	28
Stationäre Kinderhospize		
Palliativstationen	11	84
SAPV	6	
SAPPV	1	
Allgemeine Pflegedienste	357	
Krankenhäuser	32	10.179

Demographie

Fläche(km ²)	7.931
Bevölkerung (Anzahl)	1.624.098
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	205
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	20,0
Altendichte (65 Jahre und älter je km ²)	41

Karte 22: Region Leipzig



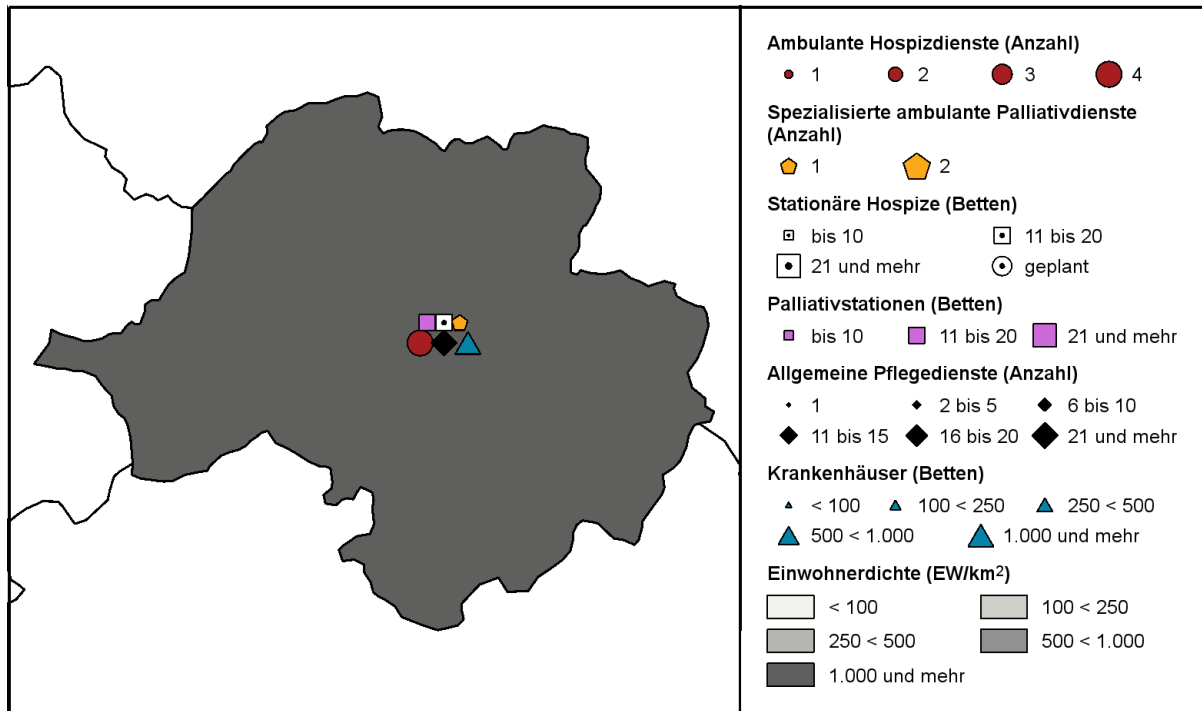
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	8	
Ambulante Kinderhospizdienste	1	
Stationäre Hospize	2	28
Stationäre Kinderhospize	1	12
Palliativstationen	4	40
SAPV	2	
SAPPV		
Allgemeine Pflegedienste	235	235
Krankenhäuser	20	6.625

Demographie

Fläche(km ²)	3.965
Bevölkerung (Anzahl)	1.001.220
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	253
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	21,7
Altendichte (65 Jahre und älter je km ²)	55

Karte 23: Kreisfreie Stadt Chemnitz



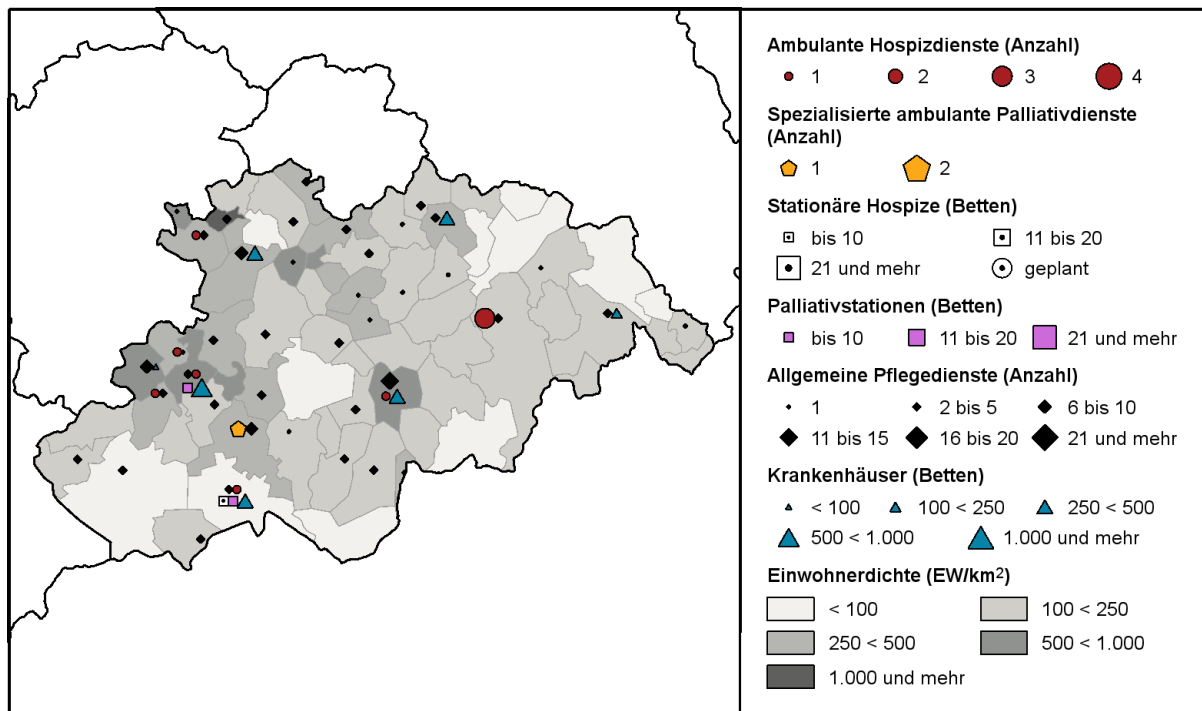
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	3	
Ambulante Kinderhospizdienste	1	
Stationäre Hospize	1	16
Stationäre Kinderhospize		
Palliativstationen	2	16
SAPV	1	
SAPPV		
Allgemeine Pflegedienste	53	
Krankenhäuser	3	2.255

Demographie

Fläche(km²)	221
Bevölkerung (Anzahl)	243.173
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	1.101
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	26,9
Altendichte (65 Jahre und älter je km²)	296

Karte 24: Erzgebirgskreis



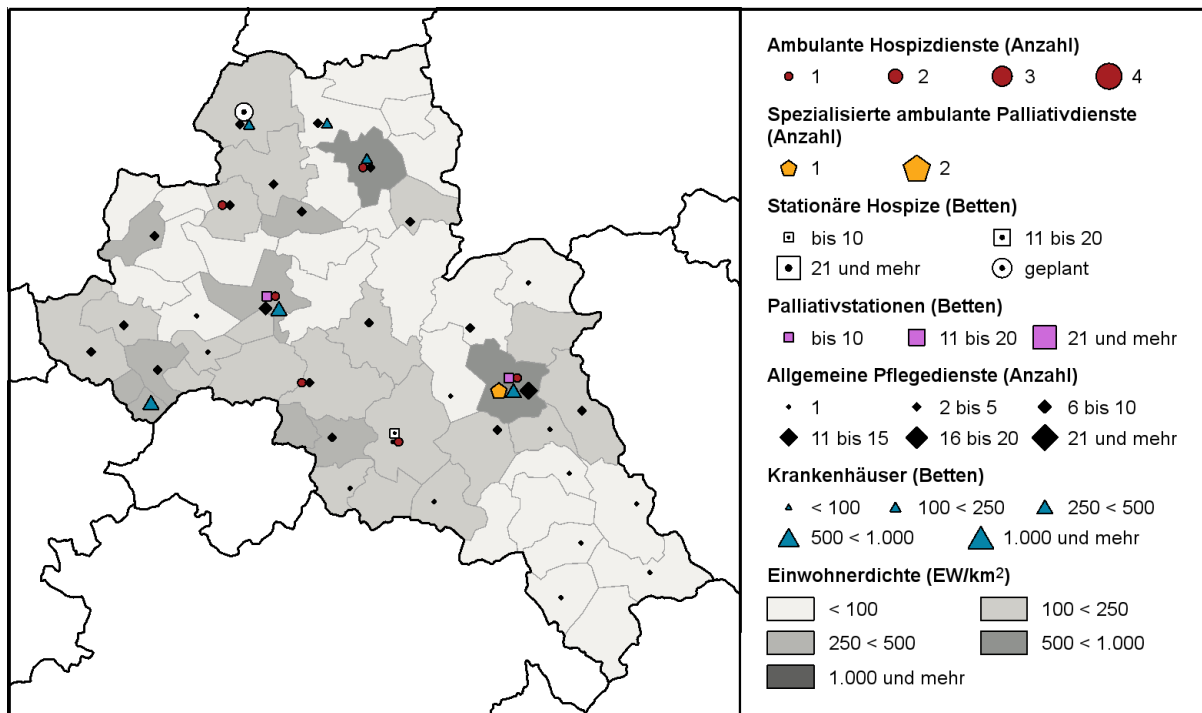
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	7	
Ambulante Kinderhospizdienste	2	
Stationäre Hospize	1	8
Stationäre Kinderhospize		
Palliativstationen	2	12
SAPV	1	
SAPPV		
Allgemeine Pflegedienste	110	
Krankenhäuser	7	2.083

Demographie

Fläche(km ²)	1.828
Bevölkerung (Anzahl)	363.741
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	199
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	24,8
Altdichte (65 Jahre und älter je km ²)	49

Karte 25: Landkreis Mittelsachsen



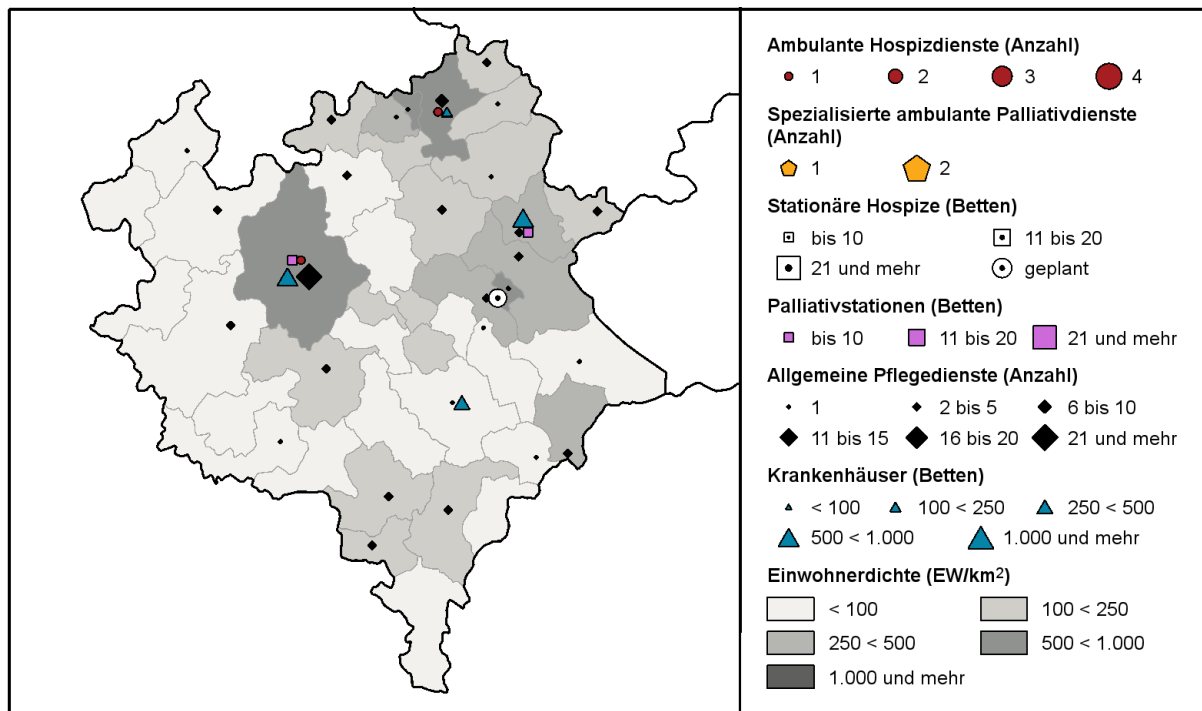
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	6	
Ambulante Kinderhospizdienste		
Stationäre Hospize	1	10
Stationäre Kinderhospize		
Palliativstationen	2	12
SAPV	1	
SAPPV		
Allgemeine Pflegedienste	91	
Krankenhäuser	6	1.550

Demographie

Fläche(km ²)	2.113
Bevölkerung (Anzahl)	324.904
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	154
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	25,5
Altdichte (65 Jahre und älter je km ²)	39

Karte 26: Vogtlandkreis



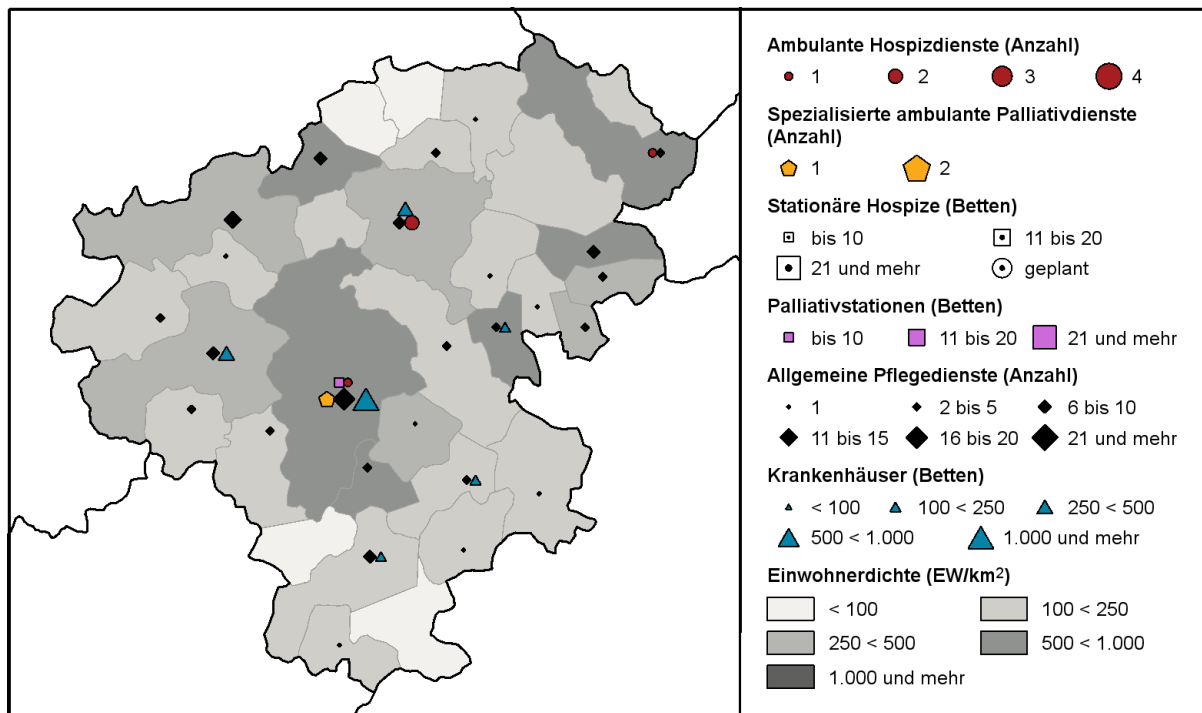
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	2	
Ambulante Kinderhospizdienste		
Stationäre Hospize		
Stationäre Kinderhospize		
Palliativstationen	2	14
SAPV		
SAPPV		
Allgemeine Pflegedienste	82	
Krankenhäuser	6	1.695

Demographie

Fläche(km ²)	1.412
Bevölkerung (Anzahl)	241.643
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	171
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	26,8
Altdichte (65 Jahre und älter je km ²)	46

Karte 27: Landkreis Zwickau



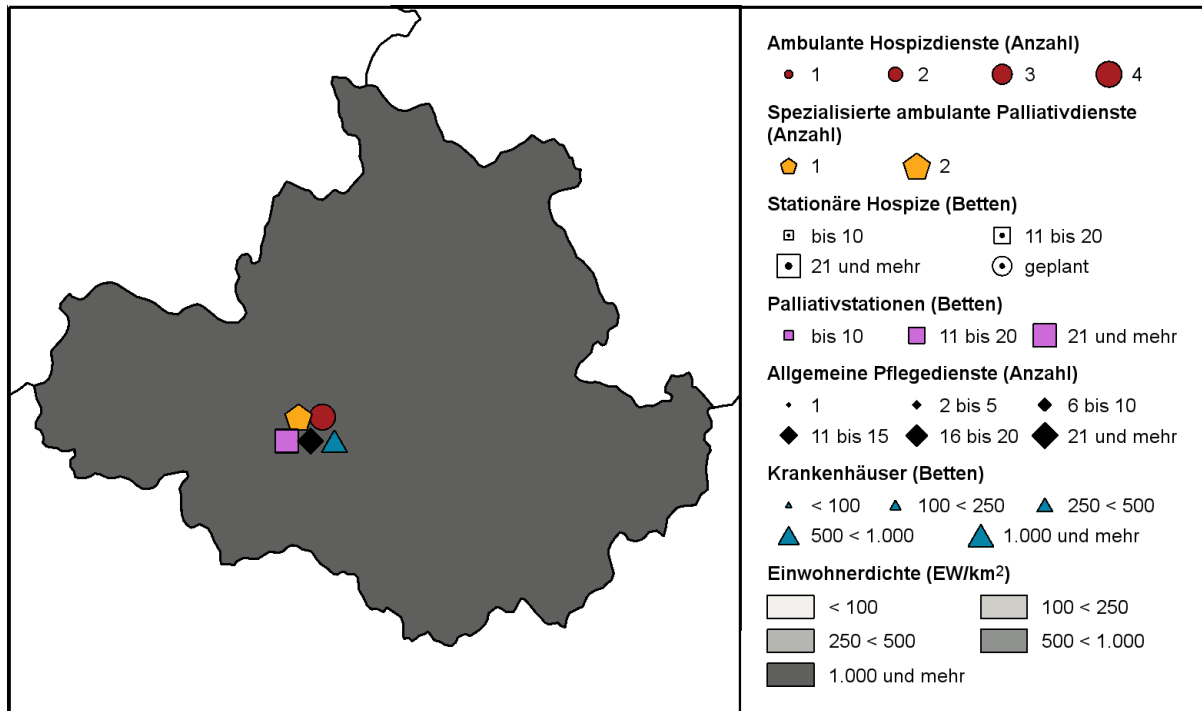
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	4	
Ambulante Kinderhospizdienste		
Stationäre Hospize		
Stationäre Kinderhospize		
Palliativstationen	1	10
SAPV	1	
SAPPV		
Allgemeine Pflegedienste	108	108
Krankenhäuser	7	2.036

Demographie

Fläche(km ²)	949
Bevölkerung (Anzahl)	338.272
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	356
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	26,4
Altdichte (65 Jahre und älter je km ²)	94

Karte 28: Kreisfreie Stadt Dresden



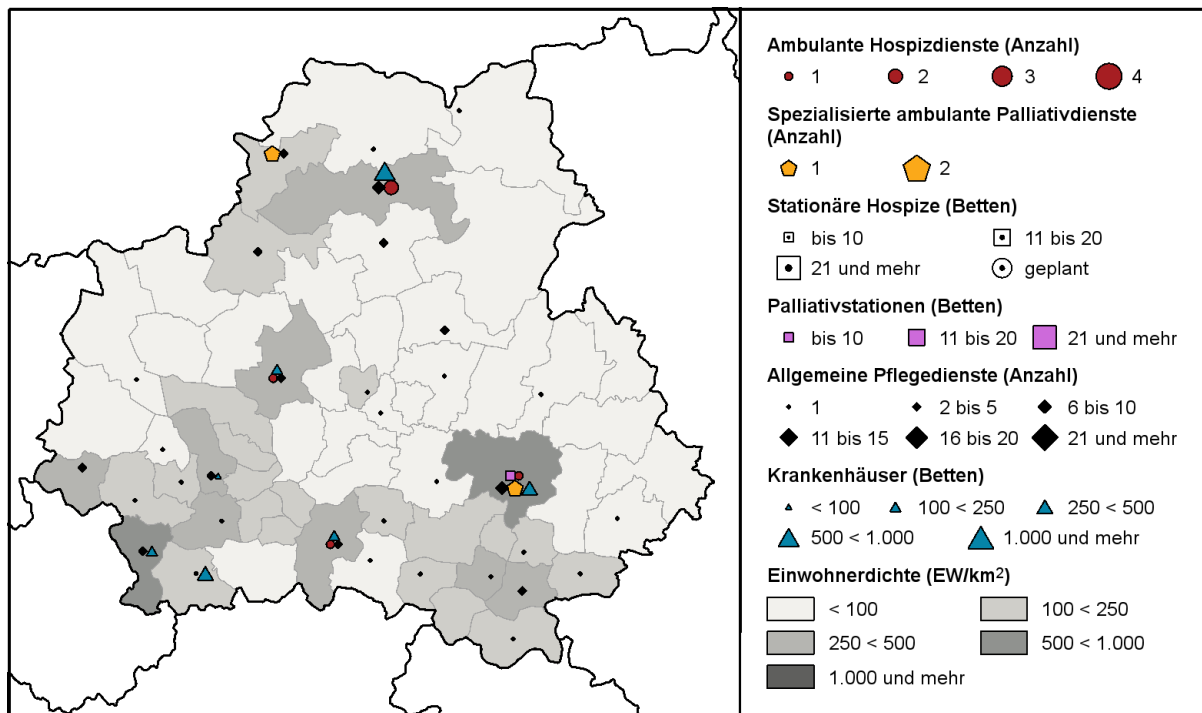
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	3	
Ambulante Kinderhospizdienste	1	
Stationäre Hospize		
Stationäre Kinderhospize		
Palliativstationen	4	40
SAPV	2	
SAPPV	1	
Allgemeine Pflegedienste	96	96
Krankenhäuser	7	3.661

Demographie

Fläche(km²)	328
Bevölkerung (Anzahl)	529.781
Bevölkerungsdichte (EW/km²)	1.614
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	21,7
Altdichte (65 Jahre und älter je km²)	350

Karte 29: Landkreis Bautzen



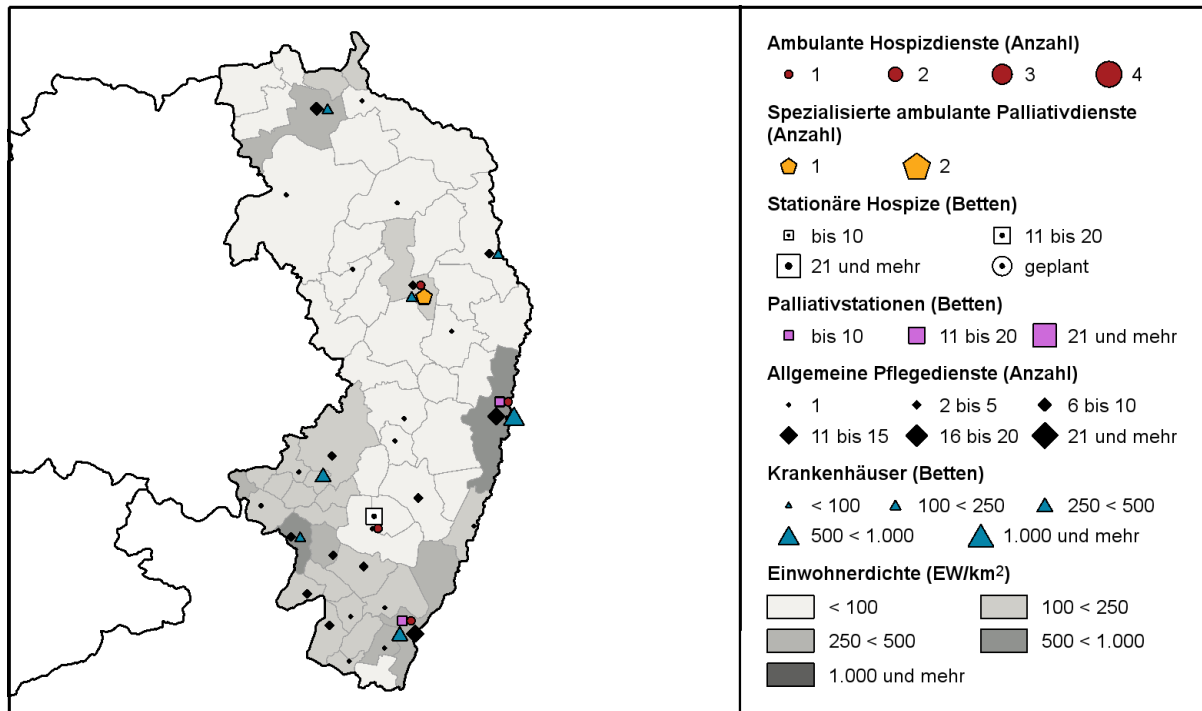
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	5	
Ambulante Kinderhospizdienste		
Stationäre Hospize		
Stationäre Kinderhospize		
Palliativstationen	1	8
SAPV	2	
SAPPV		
Allgemeine Pflegedienste	70	
Krankenhäuser	8	1.899

Demographie

Fläche(km ²)	2.391
Bevölkerung (Anzahl)	318.618
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	133
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	24,8
Altendichte (65 Jahre und älter je km ²)	33

Karte 30: Landkreis Görlitz



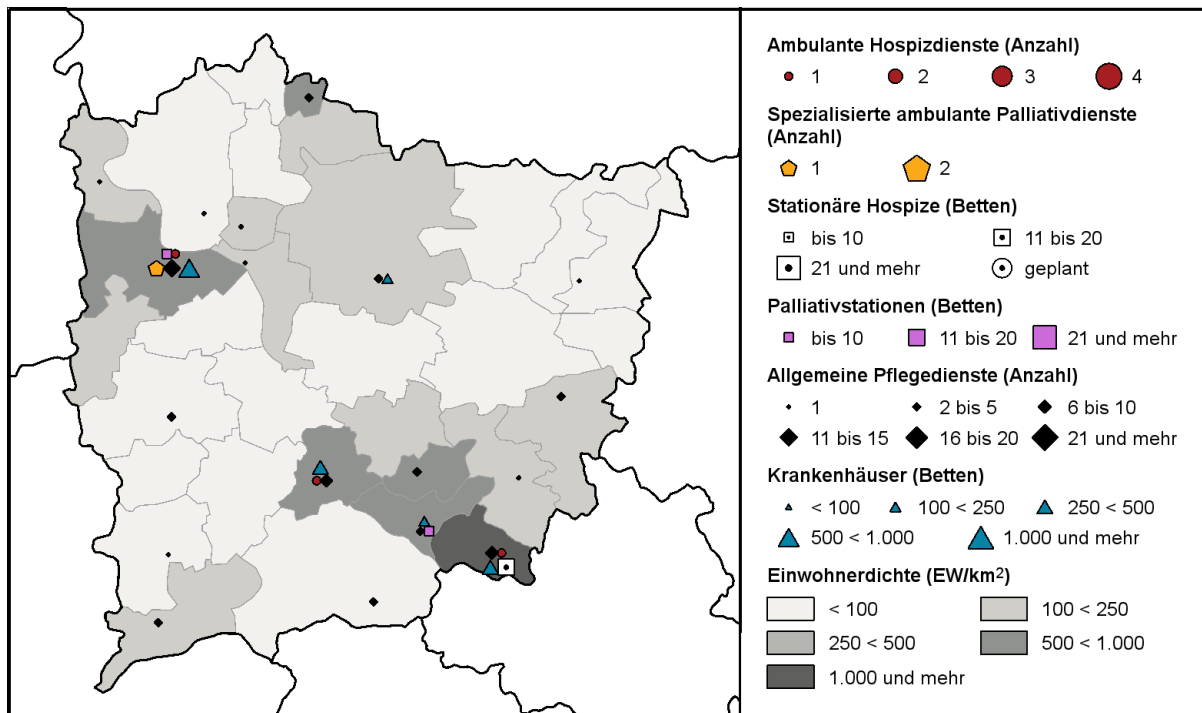
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	4	
Ambulante Kinderhospizdienste		
Stationäre Hospize	1	12
Stationäre Kinderhospize		
Palliativstationen	2	12
SAPV	1	
SAPPV		
Allgemeine Pflegedienste	75	
Krankenhäuser	8	2.042

Demographie

Fläche(km ²)	2.106
Bevölkerung (Anzahl)	273.511
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	130
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	26,7
Altendichte (65 Jahre und älter je km ²)	35

Karte 31: Landkreis Meißen



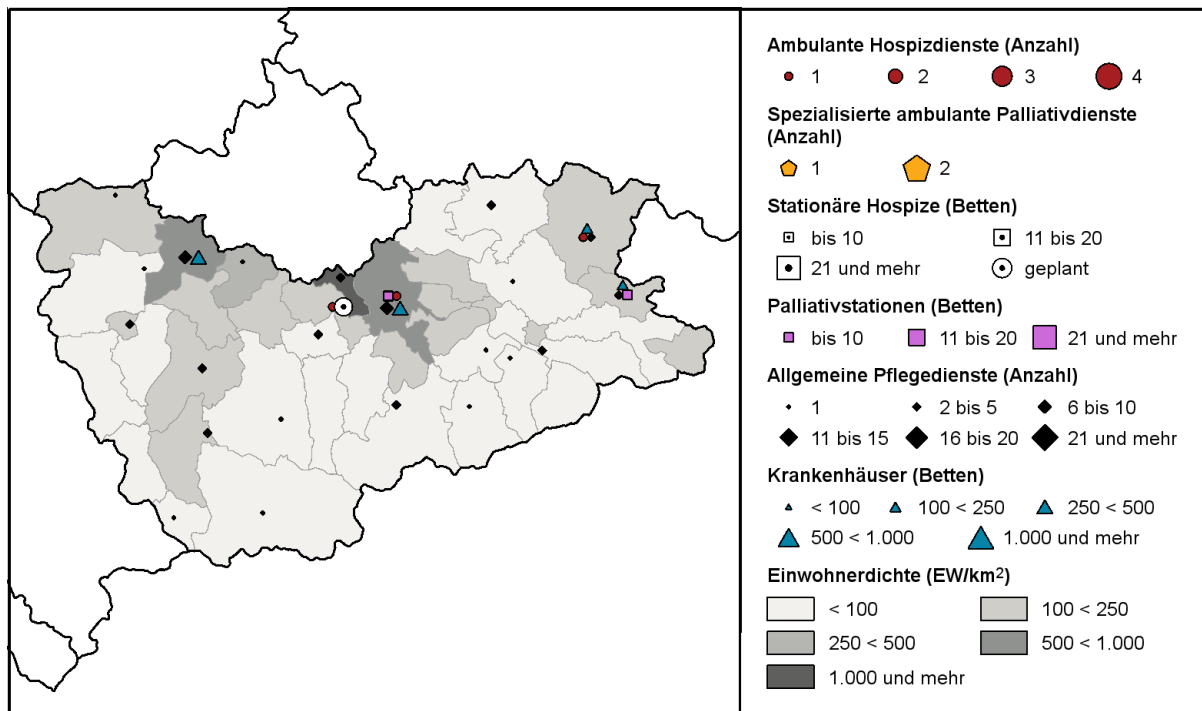
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	3	
Ambulante Kinderhospizdienste		
Stationäre Hospize	1	16
Stationäre Kinderhospize		
Palliativstationen	2	12
SAPV	1	
SAPPV		
Allgemeine Pflegedienste	62	
Krankenhäuser	5	1.537

Demographie

Fläche(km ²)	1.452
Bevölkerung (Anzahl)	251.328
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	173
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	25,2
Altdichte (65 Jahre und älter je km ²)	44

Karte 32: Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge



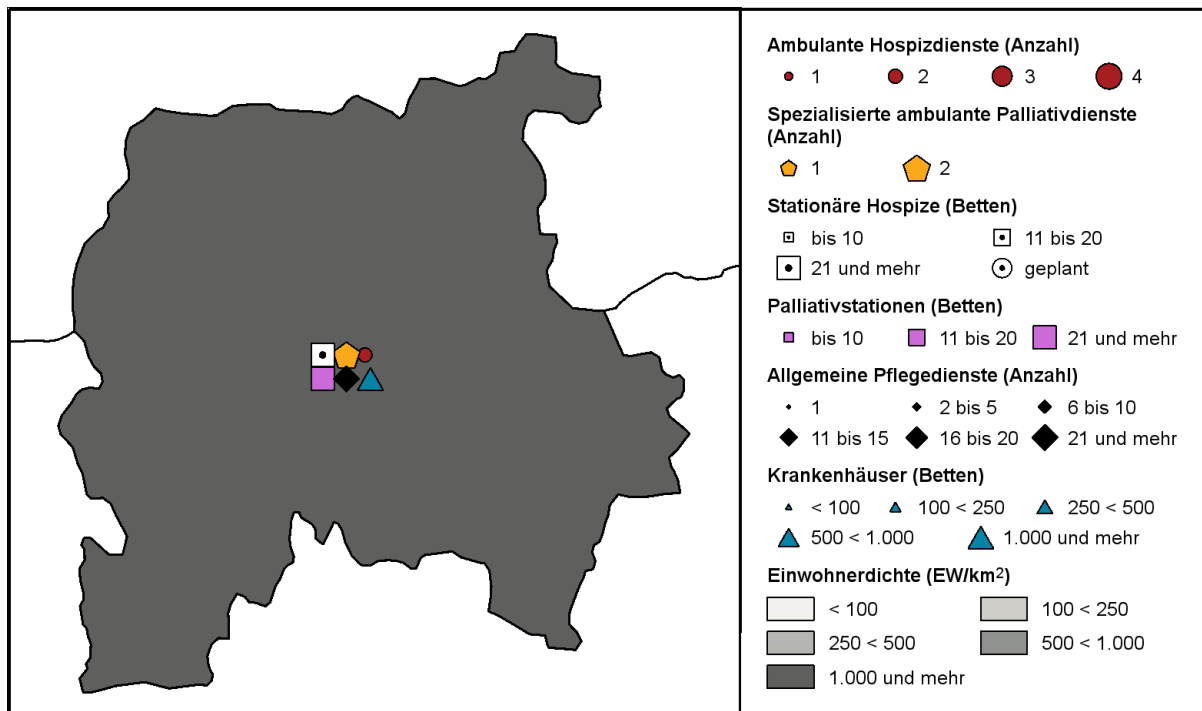
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	3	
Ambulante Kinderhospizdienste		
Stationäre Hospize		
Stationäre Kinderhospize		
Palliativstationen	2	12
SAPV		
SAPPV		
Allgemeine Pflegedienste	54	
Krankenhäuser	4	1.040

Demographie

Fläche(km ²)	1.654
Bevölkerung (Anzahl)	250.860
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	152
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	25,2
Altendichte (65 Jahre und älter je km ²)	38

Karte 33: Kreisfreie Stadt Leipzig



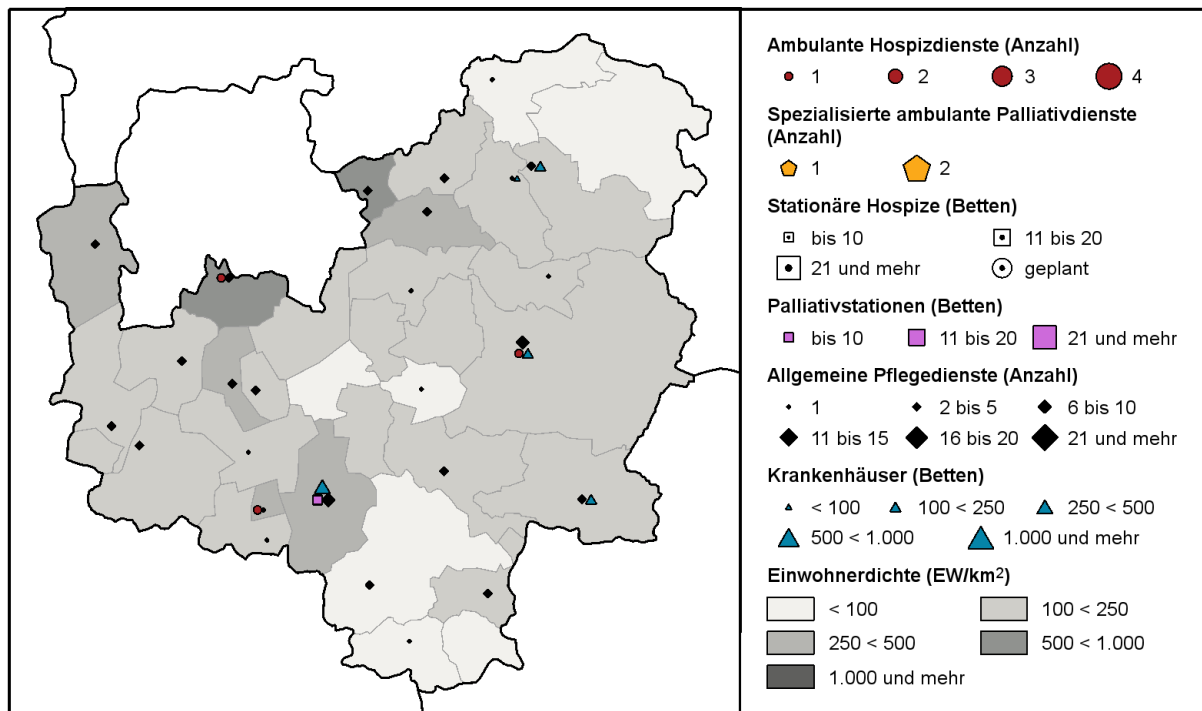
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	2	
Ambulante Kinderhospizdienste		
Stationäre Hospize	2	28
Stationäre Kinderhospize		
Palliativstationen	3	32
SAPV	2	
SAPPV		
Allgemeine Pflegedienste	111	
Krankenhäuser	7	4.113

Demographie

Fläche(km ²)	297
Bevölkerung (Anzahl)	531.809
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	1.788
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	21,9
Altdichte (65 Jahre und älter je km ²)	393

Karte 34: Landkreis Leipzig



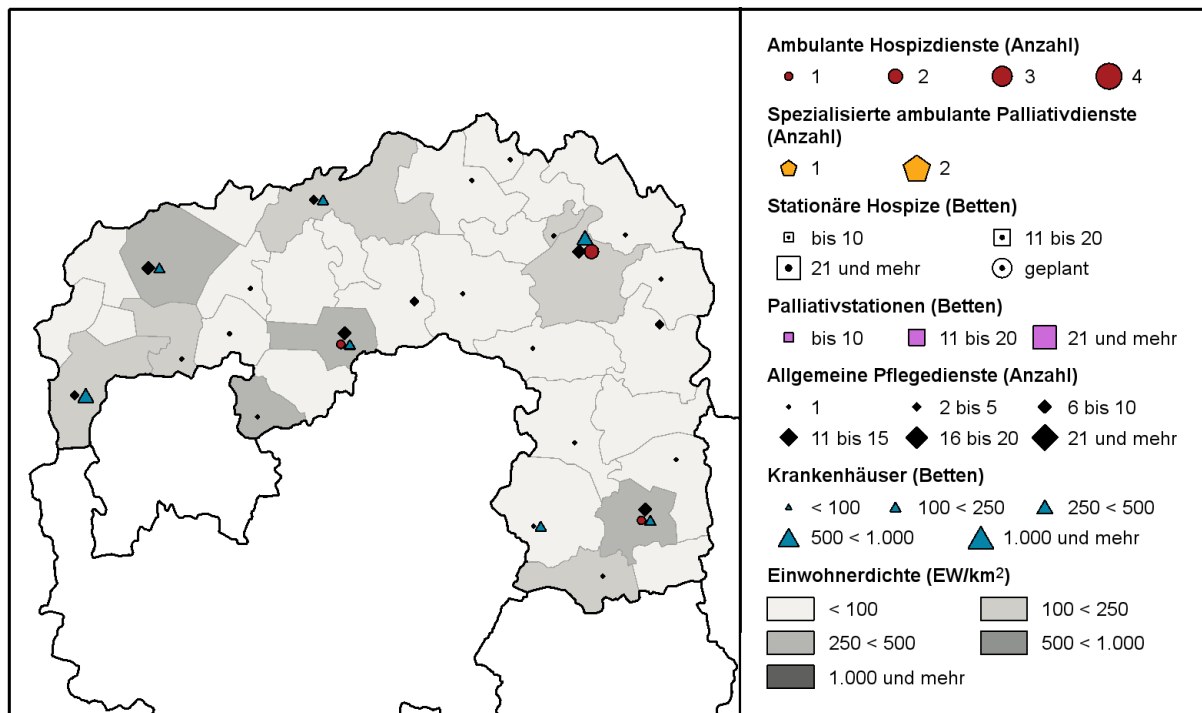
Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	2	
Ambulante Kinderhospizdienste	1	
Stationäre Hospize		
Stationäre Kinderhospize	1	12
Palliativstationen	1	8
SAPV		
SAPPV		
Allgemeine Pflegedienste	69	69
Krankenhäuser	5	1.040

Demographie

Fläche(km ²)	1.647
Bevölkerung (Anzahl)	265.250
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	161
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	24,0
Altdichte (65 Jahre und älter je km ²)	39

Karte 35: Landkreis Nordsachsen



Hospiz- und Palliativversorgung

	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Betten
Ambulante Hospizdienste	4	
Ambulante Kinderhospizdienste		
Stationäre Hospize		
Stationäre Kinderhospize		
Palliativstationen		
SAPV		
SAPPV		
Allgemeine Pflegedienste	55	
Krankenhäuser	8	1.472

Demographie

Fläche(km ²)	2.020
Bevölkerung (Anzahl)	204.161
Bevölkerungsdichte (EW/km ²)	101
Altenanteil (65 Jahre und älter in %)	23,3
Altdichte (65 Jahre und älter je km ²)	24