



Titel: Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) in Niedersachsen auf kommunaler Ebene -

Ergebnisse einer Bestandserhebung in Form von Telefoninterviews auf Landkreis- bzw. kreisfreier Stadt-Ebene

Erhebungszeitraum: November 2021 bis Februar 2022

Autor*innen: Rieke Schnakenberg (HPVN), unterstützt durch Sven Schwabe (LSHPN), Ulrich Kreutzberg (HPVN), Johanna Schmidtkunz (HPVN), Verena Gerdes (HPVN), Markus Wiemann (HPVN)

Zusammenfassung:

Die Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) erhält seit Anfang 2018 Einzug in stationären Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe, jedoch ist die Umsetzung bis 2021 noch recht langsam vorangeschritten.

Das Ziel der vorliegenden Erhebung war es, einen Überblick zu erlangen über GVP-relevante kommunale Mitarbeitende sowie Hürden und Möglichkeiten zur GVP-Förderung der Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen.

Die Telefoninterviews mit Koordinator*innen der Gesundheitsregionen und Mitarbeitenden der Kommunalverwaltungen haben aufgezeigt, a) welche Akteur*innen auf kommunaler Ebene zum Thema GVP relevant sind, b) welche Möglichkeiten, c) welche Hürden, und d) welche Aufgaben und Funktionen kommunale Akteur*innen im Hinblick auf GVP wahrnehmen. Insgesamt ist GVP als Thema bei den Kommunen noch wenig bekannt und wurde von vielen Kommunen noch nicht als eigenes Handlungsfeld identifiziert und bearbeitet. Insbesondere die Corona-Pandemie hindert die kommunalen Akteur*innen an einer vollumfänglichen Vernetzung und Unterstützung der Implementierung von GVP. Dennoch wurden vielfältige Möglichkeiten der kommunalen Unterstützung aufgezeigt und die erfolgreiche Anregung von acht Kick-Off-Treffen in Niedersachsen und einer GVP-Projektvorstellung in Bremen zeigen, dass das Engagement der Kommunen durch externe Unterstützung befördert werden kann.

Inhaltsangabe

- 1. Hintergrund und Ziel der Untersuchung**
 - 1.1 Hintergrund und Bedingungen der GVP-Implementierung und Vernetzung
 - 1.2 Ziel
- 2. Vorgehen**
- 3. Ergebnisse**
 - 3.1 Ergebnisse der Telefoninterviews mit den Gesundheitsregionen
 - 3.2 Ergebnisse der Telefoninterviews mit weiteren kommunalen Mitarbeitenden
 - 3.3 Möglichkeiten und Hürden zur Unterstützung von GVP auf kommunaler Ebene
- 4. Diskussion**
 - 4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse
 - 4.2 Aussagekraft der Ergebnisse
 - 4.3 Schlussfolgerung

Abkürzungen

AGs - Arbeitsgruppen

AOK - Allgemeine Ortskrankenkassen

EH - Eingliederungshilfe

GKV - Gesetzliche Krankenversicherung

GVP - Gesundheitliche Versorgungsplanung

HPVN - Hospiz- und PalliativVerband Niedersachsen

LK - Landkreise (hier Landkreise sowie kreisfreie Städte Niedersachsens)

LSHPN - Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen

Finanzielle gefördert durch:



und



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

1. Hintergrund und Ziel der Untersuchung

Seit Ende 2017 können besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe (EH) für Menschen mit Behinderungen (Wohnheime, Werk- und Förderstätten) sowie vollstationäre Pflegeeinrichtungen für ihre Bewohner*innen bzw. Kund*innen Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) nach § 132g SGB V anbieten. GVP wird für gesetzlich krankenversicherte Personen in diesen Settings refinanziert, sofern die Einrichtungen bzw. Träger einen Versorgungsvertrag mit der jeweils regional zuständigen Krankenkasse abgeschlossen haben. Genaue Voraussetzungen sind in der [Vereinbarung zum §132g](#) zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Vereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der EH für Menschen mit Beeinträchtigungen geregelt. Seit Erscheinen der Vereinbarung 2017 wird GVP zunehmend angeboten, jedoch gibt es noch immer viele Versorgende, die GVP nicht kennen oder nicht genau wissen, welche Möglichkeiten und Chancen GVP bietet. In Niedersachsen gibt es etwa 2.000 vollstationäre Pflegeeinrichtungen [1] sowie ca. 90 Werkstätten für Menschen mit Beeinträchtigungen und ca. 620 Leistungsvereinbarungen für Wohnangebote nach SGB IX [2]. Im Land Niedersachsen belief sich der Anteil vollstationär versorgter Menschen im Jahr 2019 auf 22,8 % aller Pflegebedürftigen [3]. Nach Information der AOK Niedersachsen gab es im November 2021 über die angegebenen Einrichtungen hinweg 194 abgeschlossene GVP-Versorgungsverträge [4]. Diese Zahlen verdeutlichen, dass bisher nur ein geringer Anteil an Einrichtungen GVP anbietet. Auch wenn es sich um eine freiwillige Leistung handelt, ist davon auszugehen, dass noch nicht alle Anbieter*innen hinreichend über die Möglichkeiten und Umstände des GVP-Angebotes informiert sind.

1.1 Hintergrund und Bedingungen der GVP-Implementierung und Vernetzung

Aktuell erfolgt die Implementierung von GVP in Niedersachsen in den o.g. Einrichtungen, ohne dass es flächendeckend einheitliche Vernetzungsstrukturen über die Einrichtungen bzw. über die einzelnen Träger hinweg gibt. Das bedeutet, dass es keinen flächendeckend regelmäßigen Austausch der Gesprächsbegleitenden untereinander gibt, die Gesprächsbegleitung unterschiedlich umgesetzt wird, ggf. unterschiedliche Dokumente über Einrichtungen hinweg genutzt werden und deshalb insgesamt von keiner Einheitlichkeit der Umsetzung ausgegangen werden kann – dies betrifft auch die Vernetzung der Gesprächsbegleitenden mit anderen Versorgenden (externe Vernetzung entsprechend der Rahmenvereinbarung zum §132 g SGB V, §11 [5]). An der Versorgung Beteiligte sind laut Rahmenvereinbarung beispielsweise „Ärzte, Rettungsdienste, SAPV-Teams und Kliniken“ (siehe Seite 12 der Vereinbarung), weitere Versorgende können (Berufs-) Betreuende, Notärzt*innen [6], Hausärzt*innen und andere eng behandelnde Fachkräfte sein.

Mitarbeitende der Landkreise bzw. kreisfreien Städte (LK), die im Bereich der Pflege oder der EH tätig sind, gehören zwar nicht zur Gruppe der Versorgenden, können aber zum Beispiel als Multiplikator*innen die Implementierung, Umsetzung und die Vernetzung vorantreiben. Welche Mitarbeitendengruppen aus welchen Arbeitsbereichen hier zuständig sein können, scheint von LK zu LK unterschiedlich zu sein. In Niedersachsen gibt es durch das 2014 initiierte Projekt der „Gesundheitsregionen“ mit den Koordinator*innen der teilnehmenden LK scheinbar besonders geeignete Ansprechpartner*innen. Die Aufgabe der Gesundheitsregionen besteht darin, LK bei der Gestaltung des regionalen Gesundheitswesens zu unterstützen und durch die Förderung von innovativen Projekten und kommunalen Strukturen eine bedarfsgerechte und möglichst wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu ermöglichen [7]. Durch die genannten kommunalen Strukturen ist die Chance gegeben, GVP bekannter zu machen und Diskussionen über zum Beispiel Qualitätsstandards und eine einheitliche Umsetzung anzuregen. Ein Landesprojekt in Nordrhein-Westfalen zur Umsetzung von Advance Care Planning im regionalen Netzwerk hat beispielsweise gezeigt, dass die Nutzung bereits bestehender Versorgungsstrukturen hilfreich für die Vernetzung und die Umsetzung sein kann [8]. Auch hier wird die Chance durch Einbindung kommunaler Vertreter*innen aus z.B.: Heimaufsichtsbehörden, Rettungswesen, Gesundheitsamt sowie Pflegekonferenz aufgrund der Kompetenz sowie Neutralität (bezüglich der Versorgung) hervorgehoben.

1.2 Ziel

Derzeit ist nicht bekannt, welche Aufgaben und Funktionen auf niedersächsischer LK-Ebene durch kommunale Mitarbeitende übernommen werden können zur Unterstützung der GVP-Implementierung und Vernetzung und welche Mitarbeitenden-Gruppen der Kommunen hier wie tätig werden können. Das Ziel der vorliegenden Erhebung war es daher, einen Überblick zu erlangen über GVP-relevante kommunale Mitarbeitende sowie Hürden und Möglichkeiten von LK zur GVP-Förderung in Niedersachsen.

2. Vorgehen

Diese Erhebung fand als Teilprojekt des „GVP-Projektes“ vom Hospiz- und PalliativVerband Niedersachsen (HPVN) sowie dem Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen (LSHPN) statt, welches vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie dem Gesundheitszentrum Bad Laer-Stiftung zur Förderung des Gesundheitswesens gefördert wird [9].

Im Zeitraum von November 2021 bis Februar 2022 wurden zunächst sämtliche Koordinator*innen der Gesundheitsregionen Niedersachsens (n=32) telefonisch bzw. im Falle von vergeblichen Kontaktversuchen per Mail kontaktiert. Die Gesundheitsregionen decken derzeit 38 von insgesamt 46 LK Niedersachsens ab [7]. Eine Gesundheitsregion umfasst mindestens einen LK, in manchen Fällen jedoch auch zwei oder bisher maximal drei LK als gemeinsame, LK-übergreifende Gesundheitsregion. Manche Landkreise sind nicht als Gesundheitsregion aktiv.

In einem zweiten Schritt von Dezember 2021 bis März 2022 wurden weitere kommunale Vertreter*innen, je nach Hinweisen der Koordinator*innen der Gesundheitsregionen, kontaktiert. Die GVP-relevanten Arbeitsbereiche Pflege (z.B. Heimaufsicht, Senior*innen- und Pflegestützpunkt, Zuständige für Pflegekonferenz¹ oder -Bericht) sowie EH sind in den Kommunen unterschiedlich zugeordnet: beide Arbeitsbereiche können in den Sozial- und/oder Gesundheitsämtern angesiedelt sein. Somit musste der Kontaktweg für jede Region individuell recherchiert werden.

In allen Telefonaten wurde über das GVP-Projekt informiert und folgende Angebote wurden unterbreitet:

- ständige telefonische und Mail-Beratung zu GVP bis Juli 2023
- Vorstellung des Projektes und Diskussion im LK
- Kick-Off-Treffen mit interessierten Versorgenden und Akteur*innen im LK
- Teilnahme der GVP-Koordinatorin (Rieke Schnakenberg) an Arbeitsgruppen (AG)-Treffen
- Vernetzung von Gesprächsbegleitenden in der Region durch die GVP-Koordinatorin

Den Koordinator*innen der Gesundheitsregionen wurden zusätzlich strukturierte Fragen gestellt zu folgenden Themen:

- Bekanntheit von GVP und regionalen Akteur*innen,
- bekannte AGs bzw. Akteur*innen, die GVP auf LK-Ebene vorantreiben,
- Möglichkeiten und Herausforderungen im Umgang mit GVP,
- Interesse an der Organisation gemeinsamer GVP-Infoveranstaltungen oder an GVP-Kick-Off-Treffen für den LK mit Vertretenden der relevanten Versorgungsbereiche.

¹ Nach § 4 des Niedersächsischen Pflegegesetzes von 2004 „sollen“ von den Landkreisen und kreisfreien Städten Pflegekonferenzen gebildet und mindestens alle 2 Jahre durchgeführt werden, um u.a. die pflegerische Versorgung(sstruktur) und die Koordinierung von Leistungsangeboten zu bearbeiten und zu diskutieren. Nicht alle Landkreise bieten diese Konferenzen an. Verstärkt seit Beginn der Corona-Pandemie, finden einige Konferenzen nicht (mehr) oder nur sehr unregelmäßig statt. Jedoch planen einige Kommunen eine Wiederaufnahme der Konferenzen.

Bei den Telefonaten mit den weiteren kommunalen Vertreter*innen fand keine strukturierte Befragung statt, sondern folgende Informationen wurden stichpunktartig dokumentiert:

- Anzahl der geführten Telefonate in den verschiedenen Arbeitsbereichen der Kommunen,
- Kenntnisse und Erfahrungen der Personen mit GVP,
- Möglichkeiten der Kommunen zur Förderung von GVP und der Vernetzung,
- Hürden, die ein kommunales Engagement zur GVP-Implementierung erschweren
- Anzahl sowie Art und Weise der zu Stande kommenden Veranstaltungen bzw. Kick-Off-Treffen in den Kommunen

Per Zufallsprinzip wurden in der Hälfte der 46 LK zunächst der Bereich der EH kontaktiert und in den anderen 23 LK zunächst Mitarbeitende aus dem Bereich der Pflege.

Die Ergebnisse beider Befragungen werden zunächst aufgeteilt in 1) *Kontakte zu den Gesundheitsregionen* und 2) *Kontakte zu anderen kommunalen Mitarbeitenden* berichtet und anhand einfacher Auszählung der geführten Excel-Listen (deskriptiv) dargestellt. Anschließend werden die inhaltlich identifizierten und dokumentierten Chancen sowie Hürden des kommunalen Einbezugs in die Implementierung von GVP gemeinsam über alle geführten Telefoninterviews sowie E-Mail-Kontakte hinweg zusammengefasst berichtet.

3. Ergebnisse

3.1 Ergebnisse der Telefoninterviews mit den Gesundheitsregionen

Zwischen dem 28.10.2021 und 02.12.2021 konnten 23 standardisierte Telefoninterviews mit Koordinator*innen bzw. Sprecher*innen der Gesundheitsregionen Niedersachsens geführt werden. Es wurden 23 (von insgesamt 38) Gesundheitsregionen erreicht, in denen 30 (von insgesamt 46) LK vertreten sind. Acht weitere Gesundheitsregionen konnten telefonisch nicht erreicht werden und wurden daher per Mail angeschrieben und um schriftliche Beantwortung der gestellten Fragen gebeten. Davon kam eine Mail mit schriftlichen Antworten zurück, drei Rückmeldungen enthielten die Information, dass aufgrund der Covid-19-Infektions-Nachverfolgung leider gerade keine Zeit zur Beantwortung der Fragen sei und 4 Mails wurden nicht beantwortet. Somit konnten Daten aus 24 Gesundheitsregionen zur Auswertung kommen.

Kenntnis von und Interesse an GVP

Die Koordinator*innen zeigten sich in der absoluten Mehrheit offen und interessiert am Thema, wünschten weitere Informationen und wollten bei der Implementierung von GVP einbezogen werden. Inhaltlich vertraut mit dem Thema GVP waren bereits sechs Personen. Eine aktive Beteiligung zeigten zunächst nur acht der Koordinator*innen, von denen drei bereits vor dem Telefoninterview aktiv engagiert waren. Es wurde eine Vielzahl von regional mit einzubeziehenden Akteur*innen zum Thema GVP genannt:

Relevante kommunale Akteur*innen aus Sicht der Koordinator*innen der Gesundheitsregionen

- Steuerungsgruppe der Gesundheitsregion (besteht aus einem Zusammenschluss unterschiedlich regional medizinisch, hospizlich, sozial und pflegerisch Versorgender sowie kommunalen Mitarbeitenden; variiert je nach Gesundheitsregion leicht)
- Senior*innen- und/oder Pflegestützpunkte
- Heimaufsicht
- Betreuungsstellen der Kommunen
- Dezernate für Gesundheit oder Soziales (je nach Zuordnung der Bereiche EH und Pflege)
- Gesundheits-/Sozialämter (je nach Zuordnung der Bereiche EH und Pflege). In manchen Regionen heißen diese Personengruppen Geschäftsbereichsleitung oder Fachdienstleitung oder ähnliches.

- Mitarbeitende der Bereiche Gesundheit oder Soziales mit passenden Tätigkeitsschwerpunkten
- Hospizlich und/oder palliativ Versorgende und/oder Netzwerke
- Ärztliche, pflegerische oder andere relevante Runde Tische, Qualitätszirkel, AGs usw.

Grenzen der GVP-Unterstützung seitens der Gesundheitsregionen

Die Gesundheitsregionen waren inhaltlich unterschiedlich aufgestellt und verfolgten teilweise Schwerpunktthemen (wie z.B.: Kinder- und Jugendgesundheit), die zunächst scheinbar keinen direkten Bezug zu GVP haben. Auch die Arbeitsbelastung und die zeitlichen Kapazitäten der Koordinator*innen variierten erheblich und wirkten sich auf ein mögliches Engagement zum Thema GVP aus. Darüber hinaus fiel auf, dass der Bereich der EH bei den Koordinator*innen der Gesundheitsregionen im Vergleich zur stationären Altenpflege weniger bekannt war und hier weniger Vernetzung bestand. Meistens waren Vertreter*innen der EH nicht regulär in der Steuerungsgruppe der Gesundheitsregionen vertreten und den Koordinator*innen meist nicht persönlich bekannt.

3.2 Ergebnisse der Telefoninterviews mit weiteren kommunalen Mitarbeitenden

Vom 16.12.2021 bis 02.03.2022 konnte ein telefonischer Kontakt mit 31 von 46 LK hergestellt werden. Wie bereits erwähnt, sind die Arbeitsbereiche Pflege und EH manchmal im Sozialamt angesiedelt, manchmal im Gesundheitsamt und manchmal über beide Ämter bzw. Fachdienste verteilt. An die 15 übrigen LK wurde eine Mail verschickt mit der Projektvorstellung, dem Angebot im Rahmen des Projektes sowie der Bitte um Kontaktaufnahme bei Interesse gemeinsamer Informations- oder Kick-Off-Veranstaltungen.

In 20 LK wurde mindestens eine Person aus dem Bereich der EH informiert und in 29 LK mindestens eine Person aus dem Bereich der Pflege. In 5 LK wurde die Leitung des Gesundheitsamtes kontaktiert, wobei in diesen Fällen offen blieb, wie direkt hier ein Kontakt zum Bereich der EH und wie zur Pflege hergestellt wurde. In insgesamt 9 LK konnten Gespräche mit beiden Bereichen geführt werden.

Der am häufigsten genannte Grund für Absagen oder erschwerte sowie zeitaufwändige Erreichbarkeit der kommunalen Mitarbeitenden war die Corona-Pandemie.

3.3 Möglichkeiten und Hürden zur Unterstützung von GVP auf kommunaler Ebene

Im Folgenden werden die identifizierten Unterstützungsmöglichkeiten, Hürden und Tätigkeitsfelder der kommunalen Ebene zur GVP vorgestellt. Die Ergebnisse aus der Befragung der Gesundheitsregionen und der kommunalen Stellen werden gemeinsam berichtet, da es viele Überschneidungen gab.

Möglichkeiten der kommunalen Unterstützung

- Regionale Förderung einer Koordinierungsstelle für GVP
- Integration des Themas GVP in kommunale Netzwerke wie Runde Tische, Qualitätszirkel, AGs, Fachgruppensitzungen oder ähnliches (siehe Tabelle 1)
- Information aller oben genannten Akteur*innengruppen über bestehende Verteiler
- Information der Öffentlichkeit über Infoveranstaltungen, auf schriftlichem Wege oder über andere Öffentlichkeitsarbeit (TV, Rundfunk, Podcast, Social Media, etc.)

Konkret wurden folgende Wege zur Informationsverbreitung zu GVP genannt, die insgesamt drei Personengruppen erreichen können:

1. **Versorgende** aus Pflege, Medizin, Sozialer Arbeit, Hospizarbeit, Palliativversorgung oder anderen GVP-relevanten Bereichen
2. **Kommunal Mitarbeitende** (hiermit sind alle auf Seite 4 identifizierten kommunalen Akteur*innen zusammengefasst),
3. Die **Öffentlichkeit**

Tabelle 1: Mögliche kommunale Aktivitäten zur Bekanntmachung von GVP auf LK-Ebene

| Weg der Bekanntmachung | | Adressat*innen |
|------------------------------------|---|--|
| Informationsveranstaltungen | | |
| | Heimleiter*innentreffen | Einrichtungsleitung und (indirekt) Mitarbeitende |
| | Pflegefachtage/Pflegekonferenzen/Pflegetische | Versorgende aus dem Bereich der (Heilerziehungs-)Pflege, Medizin und anderen Versorgenden |
| | Treffen der Steuerungsgruppe der Gesundheitsregion | Mitglieder der Steuerungsgruppe (Versorgende und kommunale Mitarbeiter*innen) |
| | Fachgruppensitzungen der Eingliederungshilfe | Versorgende und Mitarbeitende von Einrichtungen der Eingliederungshilfe |
| | Qualitätszirkel, Runde Tische oder andere Arbeitsgemeinschaften | Je nach Ausrichtung hospizlich-palliativ Versorgende, Hausarzt*innen oder andere Versorgende |
| | Inhaltlich vergleichbare, aber anders benannte Veranstaltungen (je nach Region individuell verschieden) | Versorgende, kommunale Akteur*innen und/oder Öffentlichkeit |
| | Extra organisierte Kick-Off-Treffen mit Vertreter*innen möglichst aller Versorgenden | Vertreter*innen der kommunalen und versorgenden Akteur*innen |
| | Informationsveranstaltungen der kommunalen Träger | Je nach Ausrichtung: Mitarbeitende, Kund*innen oder Öffentlichkeit |
| | Informationsveranstaltungen der Volkshochschulen | Öffentlichkeit |
| Schriftliche Informationen | | |
| | Erläuterung zu GVP auf Homepage der Kommune | Öffentlichkeit |
| | Versand von Informationsmaterial per Mail | Versorgende und andere kommunale Mitarbeiter*innen |
| | Pflegebericht oder vergleichbare Berichte | Überwiegend Versorgende und kommunale Mitarbeitende, aber auch Öffentlichkeit |
| | Pressemitteilungen und andere schriftliche Öffentlichkeitsarbeit | Öffentlichkeit |

Hürden, die ein kommunales Engagement zur GVP-Implementierung erschweren

- Die Corona-Pandemie und später zusätzlich die Unterstützung von Flüchtlingen zwingen kommunale Mitarbeitende zu anderer Prioritätensetzung
- Unklare Zuordnungen des Themas GVP innerhalb der Kommune oder innerhalb einer großen Organisation wie z.B.: einem Klinikum(sverbund)
- Fehlender regelmäßiger Austausch der relevanten Ebenen der Bereiche Soziales und Gesundheit
- Mangelndes Wissen zu Möglichkeiten der kommunalen GVP-Unterstützung

Kick-Off-Treffen auf regionaler Ebene

Aufgrund der geführten Telefonate und der Öffentlichkeitsarbeit des GVP-Projektes konnten bis März 2022 bereits folgende Kick-Off-Treffen zur Unterstützung von GVP in der Kommune durchgeführt bzw. geplant werden, die sich im Umfang und der Zielgruppe stark unterscheiden können:

Tabelle 2: Erste GVP-Kick-Off-Treffen auf regionaler Ebene

| | Kick-Off-Format | Landkreis/ kreisfreie Stadt/Region |
|---|---|------------------------------------|
| 1 | GVP-Vortrag und Diskussion beim „Pflegetisch“ | Peine |
| 2 | GVP-Kick-Off mit Vertreter*innen der Bereiche: Pflegestützpunkt, Gesundheitsregion, Palliativnetzwerk, Geschäftsführung regionales Klinikum, ärztliche Leitung Klinik für Palliativmedizin, Leitung der Notaufnahme, Vertretung des Rettungsdienste, Vertretung hausärztlicher Qualitätszirkel, bereits aktive Gesprächsbegleitende, Vertretung des Bereiches EH und der Betreuungsstelle der Kommune | Schaumburg |
| 3 | Kick-Off mit Koordination der Gesundheitsregion, Kreisrätin, Fachbereichsleitung Gesundheit | Goslar |
| 4 | GVP-Vorstellung in Steuerungsgruppensitzung der Gesundheitsregion | Celle |
| 5 | Kick-Off-Treffen mit ambulantem Hospizdienst, Koordination Gesundheitsregion, Gesprächsbegleitung in Ausbildung, Mitarbeiter*in des regionalen Klinikums | Delmenhorst |
| 6 | Kick-Off-Treffen (Vertretung Klinikum, Rettungsdienst, Hausarzt*innen, Gesundheitsregion, Eingliederungshilfe, Betreuungsstelle, Pflegestützpunkt, Fachbereichsleitung) | Wittmund |
| 7 | GVP-Standortbestimmung und Zukunftsplanung für die Region durch Vertretung Gesundheitsregion und regionale Gesprächsbegleitende | Cloppenburg |
| 8 | Qualitätszirkel Palliativmedizin | Bremen |
| 9 | Fachgruppe Ambulante Assistenz im Sozialpsychiatrischen Verbund | Nienburg |

Im Rahmen des GVP-Projektes werden nach Möglichkeit weitere Kick-Off- und Informationsveranstaltungen für das Jahr 2022 angestrebt. Bisherige Bemühungen für Kick-Off-Treffen in Präsenz wurden aufgrund der Corona-Pandemie auf die Zeit nach Ostern 2022 verschoben.

4. Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Die Telefoninterviews mit Koordinator*innen der Gesundheitsregionen und Mitarbeitenden der Kommunalverwaltungen haben aufgezeigt, a) welche Akteur*innen auf kommunaler Ebene zum Thema GVP relevant sind, b) welche Möglichkeiten, c) welche Hürden, und d) welche Aufgaben und Funktionen kommunale Akteur*innen im Hinblick auf GVP wahrnehmen. Insgesamt ist GVP als Thema bei den Kommunen noch wenig bekannt und wurde von vielen Kommunen noch nicht als eigenes Handlungsfeld identifiziert und bearbeitet. Dennoch wurden vielfältige Möglichkeiten der kommunalen Unterstützung aufgezeigt und die erfolgreiche Anregung von acht Kick-Off-Treffen in Niedersachsen und einer GVP-Projektvorstellung in Bremen zeigen, dass das Engagement der Kommunen durch externe Unterstützung befördert werden kann.

4.2 Aussagekraft der Ergebnisse

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen erstmalig verschiedene kommunale Akteur*innengruppen aus den Bereichen der EH sowie der Pflege auf, nennen Chancen und Hürden des kommunalen Einbezugs und geben

daher hilfreiche Hinweise für die GVP-Implementierung und Vernetzung. Jedoch zeigt die vorliegende Untersuchung kein vollständiges Abbild aller möglichen kommunalen Unterstützungswege und vielleicht auch nicht aller Akteur*innen, da nicht alle Personengruppen aus allen LK kontaktiert werden konnten. Da die Projektdurchführung und Dokumentation von nur einer Person durchgeführt wurde und keine Kontrollen stattfinden konnten, muss ggf. mit Übertragungsfehlern gerechnet werden. Die Übertragung der Ergebnisse auf andere Bundesländer ist aufgrund der Besonderheit der Niedersächsischen Gesundheitsregionen und lokal individuell variierender Strukturen nur begrenzt möglich. Dennoch können die hier identifizierten Akteur*innengruppen und Chancen sowie Hürden eine Hilfestellung beim kommunalen Einbezug in die GVP-Implementierung und Vernetzung anderer Bundesländer geben.

4.3 Schlussfolgerung

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass Kommunen wichtige Akteurinnen für die Implementierung von GVP sein können, indem sie bereits bestehende Netzwerke, Verteiler, Medien für Öffentlichkeitsarbeit und regelmäßig organisierte Veranstaltungen zur Verbreitung von Informationen nutzen können. Jedoch wird das Potential des Einbezugs noch nicht hinreichend genutzt. Neben Krisen, die die Arbeitskraft der kommunalen Mitarbeitenden bedürfen, können inhaltlich unterschiedlich gesetzte Schwerpunkte, mangelndes Wissen über das Potential kommunaler Bemühungen oder unklare Zuordnung des Themas GVP zu kommunalen Strukturbereichen die kommunale Unterstützung für GVP einschränken.

Zukünftig könnte ein stärkerer Einbezug der relevanten Akteur*innen, die gezieltere Verbreitung und Bekanntmachung von GVP über die Kanäle der Kommunen sowie die Initiierung und Unterstützung von Informations- und Kick-Off-Veranstaltungen zu einer effektiveren Implementierung von GVP führen. Das niedersächsische GVP-Projekt kann hier ansetzen und Unterstützung leisten.

Quellenverzeichnis

1. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Referat 104 (Hrsg.). Landespflegebericht Niedersachsen 2020 (2021). https://www.ms.niedersachsen.de/download/170841/Landespflegebericht_2020.pdf (Letzter Aufruf: 13.05.2022)
2. Information per Mail des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie (Fachgruppe Sozialhilfe/Eingliederungshilfe) vom 10.12.2021
3. Matzk S., Tsiasioti C., Behrendt S., Jürchott K., Schwinger A. (2021) Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K., Kuhlmeier A., Greß S., Klauber J., Schwinger A. (eds) Pflege-Report 2021. Springer, Berlin, Heidelberg. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-63107-2.pdf> (Letzter Aufruf 13.05.2022)
4. Information per Mail der AOK-Niedersachsen, Unternehmensbereich Pflege vom 10.11.2021
5. Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen). Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017. https://www.dhvp.de/files/public/themen/2018_Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_GVP.pdf (Letzter Aufruf: 13.05.2022)
6. In der Schmitt J., Rixen S., Marckmann G. Vorausplanung in der Notfall- und Intensivmedizin. In Coors M., Jox R.J., in der Schmitt J., Hrsg. Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Stuttgart: Kohlhammer; 2015: 288 – 301
7. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Gesundheitsregionen Niedersachsen. https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pfleger/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html (Letzter Aufruf: 13.05.2022)
8. Kern M., von Schmude A., Beu C. Umsetzung von Advance Care Planning in einem regionalen Netzwerk. Erste Erfahrungen von einem Landesprojekt in NRW. Therapeutische Umschau (2022) 79: 9-15.
9. Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen (HPVN). <https://www.hospiz-nds.de/idee/> (Letzter Aufruf: 13.05.2022)