

# GESUNDHEITLICHE VERSORGUNGSPLANUNG (GVP) NACH § 132G SGB V IN NIEDERSACHSEN



Informationsbroschüre zur Umsetzung  
und Vernetzung für Gebietskörperschaften  
und regionale Versorgungsakteur:innen



# INHALT

<b>I. Vorwort</b> .....	4
<b>II. Einführung in das Thema</b> .....	7
A. Was bedeutet GVP? .....	7
B. Wie ist der Ablauf von GVP? .....	8
<b>III. Das GVP-Projekt in Niedersachsen</b> .....	11
A. Projektziele .....	11
B. Durchführung .....	12
- Umsetzungskonzepte – eine Bestandserhebung .....	13
- Unterstützung regionaler Umsetzung auf Bundeslandebene .....	16
- Landkreisebene bzw. kreisfreie Stadt-Ebene .....	16
- Unterschiedliche Perspektiven .....	17
<b>IV. Fazit</b> .....	30
<b>V. Weiterführende Informationen zu GVP</b> .....	32
<b>VII. Impressum</b> .....	Rückseite

# I. VORWORT

Anfang 2015 ist die Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V im so genannten Hospiz- und Palliativgesetz eingeführt worden. Mit der Ausgestaltung des Gesetzes in der Handlungsvereinbarung zum § 132g SGB V können vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe die GVP seit Dezember 2017 über die gesetzliche Krankenversicherung finanziell gefördert anbieten.

**Das übergeordnete Ziel von GVP ist es, durch ein Gesprächsangebot mit beratenden Elementen die Autonomie zu stärken, sodass die Menschen wohlinformiert darüber entscheiden können, wie sie im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit medizinisch und pflegerisch behandelt werden wollen.**

Hierzu verhelfen speziell nach § 132g SGB V fortgebildete Gesprächsbegleitende, die nach Wunsch auf Basis der Gespräche eine besonders aussagekräftige Patientenverfügung erstellen. Denn konventionelle, allgemein formulierte Vorlagen von Patientenverfügungen werden häufig ohne professionelle Beratung ausgefüllt und geben den Patient:innenwillen gegebenenfalls nicht verlässlich und vollständig wieder. So decken sie meist keine akuten Notsituationen ab, sind im Bedarfsfall oftmals nicht auffindbar oder nicht mehr aktuell. Außerdem sind Bevollmächtigte und versorgende Personen nicht immer hinreichend über die festgehaltenen Entscheidungen informiert. An allen diesen Punkten setzt GVP an.

Es handelt sich um ein freiwilliges Angebot sowohl seitens der Einrichtungen als auch seitens der Leistungsempfänger:innen.

Dem Einbezug nicht nur von Vertrauenspersonen wie der Familie oder guten Freund:innen, sondern auch von relevanten in die medizinische und pflegerische Versorgung eingebundenen Leistungserbringenden kommt in der GVP eine besonders wichtige Rolle zu. Denn sie sind im Fall der Fälle diejenigen, die die Wünsche vertreten oder zumindest den mutmaßlichen Willen für die anstehende Entscheidung ermitteln müssen. Nur wenn alle Versorgenden die Behandlungswünsche verlässlich kennen und wiedergeben können, kann eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden.

Die Informiertheit über das GVP-Beratungsangebot sowie die aktive Unterstützung der GVP-Implementierung und Vernetzung durch die Gebietskörperschaften, also Landkreise bzw. kreisfreie Städte in Niedersachsen sind unumgänglich, um eine möglichst einheitliche und gut koordinierte Umsetzung zu erreichen.

Um die Bekanntheit von GVP bei möglichst vielen relevanten Akteur:innen zu fördern und die Relevanz der Vernetzung herauszustellen, wurde von August 2021 bis Juli 2023 das Projekt: Koordination Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) in Niedersachsen durchgeführt.

Das GVP-Projekt wurde vom Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen e. V. (HPVN) in Kooperation mit dem Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e. V. (LSHPN) geleitet. Die finanzielle Förderung des Projektes wurde übernommen vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung sowie der Stiftung des Gesundheitszentrums Bad Laer.

Von 2023 bis 2025 wird das Projekt zur weiteren Unterstützung der GVP-Implementierung, Vernetzung sowie der Verstärkung der bereits bestehenden GVP-Vernetzungsstrukturen fortgeführt, was dank der Folgefinanzierung durch das Sozialministerium Niedersachsen ermöglicht wird.

Mit der vorliegenden Broschüre sollen die Koordinierungs- sowie Praxiserfahrungen aus dem Projekt gesammelt werden und an der Umsetzung und Vernetzung interessierten Akteur:innen mit Hinweisen zur Verfügung gestellt werden. Hierbei wird insbesondere ein Augenmerk auf die teils sehr unterschiedlichen Möglichkeiten und Herangehensweisen von allen relevanten Akteur:innen gelegt.

Geleitet vom:



In Kooperation mit:

Landesstützpunkt

Hospizarbeit und  
Palliativversorgung  
Niedersachsen e.V.



Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium  
für Soziales, Arbeit, Gesundheit  
und Gleichstellung

## II. EINFÜHRUNG IN DAS THEMA

### A. WAS BEDEUTET GESUNDHEITLICHE VERSORGUNGSPLANUNG?

GVP ist ein anhaltendes Gesprächsangebot durch eine entsprechend § 132g SGB V weitergebildete Fachperson über die Wünsche zur medizinischen und pflegerischen Versorgung für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit.

Auf Wunsch werden die Beratenen darin unterstützt, eine aussagekräftige und umfassende Patientenverfügung zu erstellen. Nahestehende Personen, gesetzliche Vertreter:innen und Versorgende werden nach Möglichkeit und Wunsch mit in den Prozess einbezogen. In Deutschland ist in § 132g SGB V geregelt, dass Bewohner:innen der vollstationären Altenpflege sowie Menschen in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe dieses professionelle Gesprächsangebot (GVP) von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziell gefördert bekommen.

Ziele von GVP, Anforderungen an die Weiterbildung und die Gesprächsbegleitenden, Inhalte der Beratung und Bedingungen zur finanziellen Förderung sind in der Vereinbarung zum § 132g SGB V [1] geregelt.

1) GKV-Spitzenverband (2020). Bericht des GKV-Spitzenverband zur Palliativversorgung zum Stichtag 31.12.2019. Online verfügbar unter:  
[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hospiz\\_palliativversorgung/2020\\_12\\_14\\_final\\_Bericht\\_SAPV\\_HKP\\_und\\_132g004.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/2020_12_14_final_Bericht_SAPV_HKP_und_132g004.pdf)

## B. WIE IST DER ABLAUF VON GVP?

Die umfassende Gesundheitliche Versorgungsplanung bezogen auf gesundheitliche Vorsorgedokumente beinhaltet fünf Abschnitte, die mit der zu beratenden Person besprochen werden. Die folgenden Fragen sind beispielhaft formuliert und werden nicht in einer einheitlichen Reihenfolge oder Formulierung besprochen, sondern sollen dazu dienen, sich das Besprochene besser vorstellen zu können.

### 1. Klärung grundlegender Fragen zu GVP

- Möchte ich überhaupt das GVP Angebot nutzen?
- Was wird besprochen und welche Vorsorgedokumente gibt es? Was beinhalten sie jeweils?
- Ist eine Patientenverfügung für immer gültig?

### 2. Werteanamnese/Wertebogen/Allgemeine Einstellungen zum Leben, Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit, Sterben und dem Tod

- Was ist für mich (eine ausreichende) Lebensqualität?
- Wie gerne lebe ich und möchte ich noch möglichst lange leben?
- Welche positiven und negativen Erfahrungen habe ich mit Pflegebedürftigkeit und dem Sterben gemacht?
- Gibt es religiöse oder spirituelle Vorstellungen, die mir wichtig sind?

### 3. Akute Notsituation mit unklarer Prognose

- Wenn ich aufgrund eines Unfalls oder einer akuten Erkrankung plötzlich nicht mehr ansprechbar bin, aber unbekannt ist, ob ich eine gute oder schlechte Prognose habe, wie möchte ich behandelt werden?
- Wie kann notfallmedizinische Versorgung aussehen?

### 4. Anhaltende Einwilligungsunfähigkeit mit unklarer Prognose

- Möchte ich ab einem gewissen Punkt im Krankenhaus nicht weiter lebensverlängernd behandelt werden oder möchte ich jede noch so geringe Chance mitnehmen?
- Ist für mich persönlich ein Therapieabbruch bzw. Therapieverzicht bei bestimmten körperlichen und/ oder kognitiven Einschränkungen wichtig?

### 5. Dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit

- Wenn feststeht, dass ich nicht wieder einwilligungsfähig werde, was möchte ich dann?
- Kenne ich die Möglichkeiten palliativmedizinischer Versorgung? Wünsche ich mir diese im Bedarfsfall?

### Allgemeines zum Ablauf

In der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist die Person, die beraten wird, Expert:in. Die Gesprächsbegleiter:innen sollten so wenig wie möglich nicht suggestiv beraten, in eine Richtung beeinflussen und ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen aus dem Gespräch herauslassen. Sie sind dazu da, der zu beratenden Person die relevanten Fragen zu stellen, sämtliche möglicherweise für eine Entscheidung nötigen Erläuterungen geben zu können, relevante Personen(gruppen) einzubeziehen und je nach Wunsch über das Besprochene zu informieren.

Einerseits verhelfen die Gesprächsbegleitenden auf Wunsch zu individuellen Entscheidungen und andererseits drängen sie in keine Richtung. Denn Freiwilligkeit ist eine unerlässliche Voraussetzung der GVP: So können Ergebnisse in einer Patientenverfügung festgehalten werden, müssen es aber nicht und auch der Gesprächsprozess darf jederzeit beendet werden.

Ebenfalls können Partner:innen, Kinder oder andere Vertrauenspersonen bzw. Versorgende mit einbezogen werden, sollen sich allerdings selbst zurücknehmen mit ihren eigenen Vorstellungen.

Eine umfassende GVP erstreckt sich über mehrere Termine und wird als Prozess verstanden, der bis zum Tod hin nicht komplett abgeschlossen ist, weil sich Versorgungswünsche immer wieder ändern können.

Sehr wichtiger Bestandteil von GVP ist der Einbezug sämtlicher in den Versorgungsprozess eingebundener Akteur:innen – die Vernetzung!

Dabei gilt es einerseits die interne Vernetzung, welche sich auf die Reichweite der einzelnen GVP anbietenden Einrichtung bezieht und andererseits die regionale Vernetzung zu unterscheiden. In den Häusern ist die Verankerung des Konzeptes nötig. So braucht es Information und Schulungen für das gesamte Team, damit die qualifizierte Ansprache von Bewohner:innen erfolgen kann und alle Mitarbeitende über die Ablage von Vorausverfügungen im Notfall informiert sind.

Auf regionaler Ebene bedeutet die Vernetzung, möglichst alle in die Versorgung eingebundenen Akteur:innen über das GVP-Angebot in der Region zu informieren, dieses einheitlich umzusetzen und Vernetzung zu verstetigen.

### III. DAS GVP-PROJEKT IN NIEDERSACHSEN

Seit Beginn 2018 wird Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende nach § 132g SGB V auch in einigen niedersächsischen Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie der stationären Pflege umgesetzt und durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziell gefördert.

Obwohl der regionalen Vernetzung sowohl bei der Implementierung als auch der Verstetigung eine große Bedeutung zukommt, gibt es keine verstetigte Koordinierung in den Regionen. Nur wenn alle Versorgenden die Vorgehensweise der GVP sowie im Einzelfall die Behandlungswünsche verlässlich aus der Patientenverfügung und anderen Vorsorgedokumenten kennen, kann eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden. Bisher war unklar, wie bekannt die GVP in Kommunalverwaltungen ist und was förderliche sowie hinderliche Faktoren aus Sicht der relevanten Akteur:innen sind.

#### A. PROJEKTZIELE

Hier setzt das seit August 2021 vom Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen e. V. (HPVN) in Kooperation mit dem Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. (LSHPN) geleitete Projekt: Koordination Gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) nach § 132g SGB V in Niedersachsen an. Die übergeordneten Ziele beider Projektphasen haben dabei die Vernetzung im Fokus. So war in der ersten Projektphase die Verbesserung der regionalen GVP-Vernetzung und Implementierung durch die Unterstützung der lokalen Strukturen in Niedersachsen das richtungsweisende Ziel. Dieses sollte durch mehrere Teilziele verfolgt werden, welche im folgenden Absatz erklärt werden.

## B. DURCHFÜHRUNG

### Im Projekt wurden folgende Tätigkeiten durchgeführt:

1. Systematische Telefonabfrage aller niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte zum Stand der Umsetzung und Unterstützungsbedarf bei der Implementierung von GVP
2. Onlinebefragung der niedersächsischen Gesprächsbegleitenden zu (Vernetzungs-)Erfahrungen, wahrgenommenen Chancen und Hürden bzgl. der GVP-Implementierung
3. Fachliche und organisatorische Beratung der Landkreise und der Anbieter:innen beim Aufbau einer regionalen Koordination sowohl telefonisch, als auch persönlich vor Ort und online
4. Organisation und Durchführung von zwei Erfahrungskonferenzen zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) als Vernetzungstreffen mit Fortbildungsmöglichkeit
5. Verstetigung und Dokumentation des niedersächsischen GVP-Prozesses

### Ergebnisse

In dieser Informationsbroschüre werden die Ergebnisse der ersten Phase des Projektes zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung in Niedersachsen, welche von August 2021 bis Juli 2023 durchgeführt wurde, nicht im Einzelnen berichtet.[2]

Vielmehr werden die Erkenntnisse aus den oben dargestellten Teilzielen im Folgenden gesammelt, aufgearbeitet und als Handlungshinweise für eine möglichst umfassende Planung zur regionalen GVP-Implementierung für interessierte Akteur:innen dargestellt.

2) Mehr Informationen zu den Ergebnissen der ersten Projektphase finden Sie unter:  
<https://www.hospiz-nds.de/ergebnisse/>.

Zunächst werden die in Niedersachsen identifizierten Umsetzungskonzepte von GVP vorgestellt, bevor die Relevanz auf Bundes- und regionaler/kommunaler Ebene kommentiert wird. Den Schwerpunkt der folgenden Informationen bilden die verschiedenen Perspektiven der GVP-Akteur:innen, deren Kenntnis unabdingbar für eine gelungene überregionale GVP-Koordinierung und regionale Implementierung ist.

## 1. Umsetzungskonzepte – eine Bestandserhebung

Umsetzungskonzepte für die Gesundheitliche Versorgungsplanung beinhalten zum einen die Einrichtungs- bzw. Trägerebene und zum anderen die regionale Ebene. Es ist wichtig bei der Implementierung zu beachten, dass sich diese beiden Ebenen gegenseitig bedingen. Deshalb sollten für eine gelungene regionale Umsetzung möglichst alle Einrichtungen und Träger einbezogen werden. Umgekehrt sollte Einrichtungen mit einem Interesse an einer gelungenen regionalen GVP-Umsetzung auch an einer regionalen GVP-Koordinierung gelegen sein.

### Einrichtungs- bzw. Trägerebene

Auf der Einrichtungsebene gilt es entsprechend der aktuellen Gesetzeslage unter anderem Folgendes zu entscheiden:

- Wo bilde ich welche Person als GVP-Fachkraft aus, bzw. mit welcher externen Kraft kooperiere ich?
- Wie gestalte ich die Umsetzung auf Einrichtungs- bzw. Trägerebene konkret?
  - (GVP-Angebot an Bewohnende/ Klient:innen, Bewerbung des Angebotes, Schulung des gesamten Personals, wer übernimmt die Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen?)

Einrichtungen oder Träger können von extern Gesprächsbegleitende anwerben und mit ihnen eine Kooperationsvereinbarung abschließen. Darin wird geregelt, wie viele Personen in wie vielen Einrichtungen die GVP-Gespräche anbieten, welche Aufgaben hierbei durch die Einrichtung und welche durch die Gesprächsbegleitenden übernommen werden. Somit kann es Gesprächsbegleitende geben, die entweder nur für ein Haus mit einer vollen Stelle oder einer Teilzeitstelle tätig sind oder auch für mehrere Häuser eines oder unterschiedlicher Träger zuständig sind.

#### **Bis zum Jahr 2023 wurden in Niedersachsen folgende Umsetzungen erprobt:**

- In den meisten Fällen sind Mitarbeitende einer Einrichtung bzw. eines Trägers für eine oder mehrere Einrichtungen desselben Trägers zuständig. Sie wurden zumeist in Teilzeit, in einigen Fällen aber auch im Rahmen einer Vollzeitstelle, durch die GKV gefördert.
- Wenige, erste nach § 132g SGB V ausgebildete Gesprächsbegleitende haben sich selbständig gemacht und bieten ihre Leistung von extern an. In einer Kooperationsvereinbarung mit einem oder mehreren Häusern sind die Details mit den Einrichtungen geregelt.
- Außerdem gibt es, zum Beispiel aus dem Bereich der Hospizarbeit und Palliativversorgung, Vereine oder Gesellschaften, bei denen Mitarbeitende nach § 132g SGB V ausgebildet sind. Diese Mitarbeitenden bieten in einem oder mehreren Häusern Gespräche an, was ebenfalls in Kooperationsvereinbarungen geregelt ist.

Der Übergang zur regionalen Umsetzung ist hier fließend. Denn je nach Größe eines oder mehrerer externer Anbieter:innen könnte bereits eine gesamte Region (Landkreis oder kreisfreie Stadt) abgedeckt sein.

Dies ist bisher in Niedersachsen noch nicht der Fall. Allerdings gibt bereits einen externen Anbieter, der in vielen verschiedenen Häusern in mehreren Landkreisen bzw. kreisfreien Städten tätig ist.

#### **Regionale GVP-Umsetzungskonzepte**

Eine regionale GVP-Umsetzung bedeutet ein im Landkreis, der kreisfreien Stadt oder auch in der Region landkreisübergreifend koordiniertes GVP-Angebot.

Dies kann sowohl direkt bei der Kommune, unabhängig organisiert und auf regionaler Ebene angeboten oder auch bei auf regionaler Ebene agierenden Versorgungsanbieter:innen angesiedelt sein. Mit einem regionalen Angebot geht ein so genannter „Pool“, also eine Gruppe aus mehreren ausgebildeten Gesprächsbegleitenden einher, die sich ggf. bei Bedarf und sofern von den Kostenträgern akzeptiert gegenseitig vertreten können.

Bis zum Jahr 2023 gibt es in Niedersachsen einen privat gegründeten und überregional tätigen Anbieter, dieser bietet einen solchen „Pool“ von mehreren Gesprächsbegleitenden an.

Darüber hinaus gibt es bisher wenige, selbständig tätige Gesprächsbegleitende, die mit begrenzter personeller Ressource in der Region GVP nach § 132g SGB V anbieten.

Im Rahmen des GVP-Projektes gab es bis zum Jahr 2023 weit mehr Nachfrage nach externen Anbieter:innen, als das bestehende Angebot abdecken konnte.



## 2. Unterstützung regionaler Umsetzung auf Bundeslandebene

Dass es möglich ist eine GVP-Koordinierung auf Bundeslandebene einzurichten, zeigt das von 2021 bis 2023 laufende und im Sinne der Verstetigung der bestehenden Netzwerkstrukturen bis 2025 weitergeplante GVP-Projekt in Niedersachsen.

Eine solche Koordinierung auf Bundeslandebene bietet viele Chancen, beispielsweise die Option Gesprächsbegleitende (über-) regional miteinander zu vernetzen. Außerdem kann hier allgemeines Wissen gebündelt werden, wodurch Parallelstrukturen vermieden werden. Ein überregionaler Austausch zu GVP-relevanten Themen bedeutet neue Anregungen und kontrolliert ein Stück weit die Qualität des Angebotes, weil hierdurch ein Vergleich möglich wird. Eine Koordinierung auf Landesebene sollte allen Ausbildungs- und Leistungsangeboten gegenüber neutral sein, zwischen ihnen vermitteln und hierüber eine Übersicht schaffen. Außerdem kann eine Koordinierung auf Bundeslandebene das Sprachrohr zu Landesverbänden von Förderer:innen, Versorgungsakteur:innen und der Politik bilden.

## 3. Landkreisebene bzw. kreisfreie Stadt-Ebene

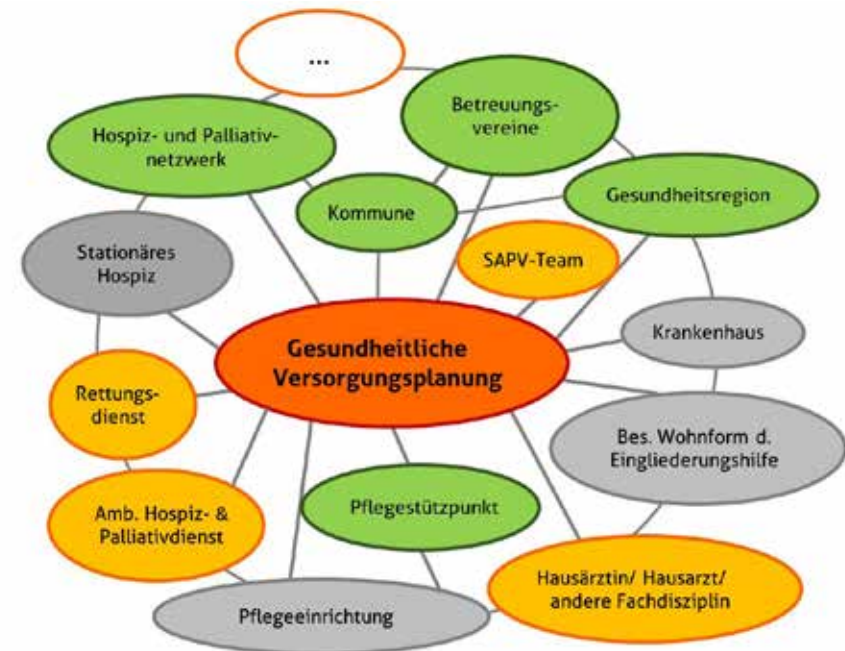
Gemeinschaftliche eingeführte regionale Umsetzungskonzepte fördern eine einheitliche Umsetzung, vor allem bezogen auf Absprachen rund um die einzusetzenden Vorsorgedokumenten. Des Weiteren ermöglicht die Zusammenarbeit auf regionaler Ebene eine Qualitätskontrolle durch vereinfachten Austausch im Sinne der kollegialen Beratung und eine gewisse Konstanz im Angebot, weil die Beratungen meist nicht nur von einer gesprächsbegleitenden Person abhängen.

## 4. Unterschiedliche Perspektiven

Ein weiteres Ergebnis des GVP-Projektes ist die Erkenntnis, dass die einzelnen Akteur:innen alle verschiedene Perspektiven auf das Versorgungsangebot haben und auf unterschiedliche Weise von GVP profitieren können.

Die GVP-Umsetzung ist in einer Region dann erfolgreich, wenn das Ziel erfüllt wird, dass Menschen medizinisch und pflegerisch so behandelt werden, wie sie es sich wünschen.

Dafür ist der Einbezug aller Versorgender und anderer in den Versorgungsprozess einbezogenen Gruppen (siehe Grafik) unerlässlich.



**Zu den wichtigsten regionalen Versorgungsakteur:innen zählen folgende Gruppen:**

**vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe**

→ Als (potentiell) leistungserbringende Einrichtungen

**Landkreise/kreisfreie Städte als Kommune**

→ Mit dem Auftrag der Daseinsvorsorge (Bereitstellung der Grundversorgung, zu der auch notwendige Dienstleistungen zählen) gehört die Unterstützung der GVP-Umsetzung zur kommunalen Aufgabe. Diese kann beispielsweise erfüllt werden durch die Organisation von Informationsveranstaltungen oder durch die Einrichtung einer regionalen Koordinierung. Eine solche kommunal geförderte regionale GVP-Koordinierung gibt es in Niedersachsen jedoch bisher nicht. Die Vernetzung von Gesprächsbegleitenden gehört allerdings laut Richtlinie des § 39d SGB V zum Aufgabenbereich der Koordinator:innen hospizlicher und palliativer Netzwerke.

**Kliniken**

→ Erleben oftmals unerwünschte und damit unnötige Einweisungen ins Krankenhaus oder von Palliativpatient:innen in die Notaufnahme, wenn die ambulante Symptomkontrolle und pflegerische Versorgung nicht zufriedenstellend gewährleistet werden kann oder verläuft.

**Betreuungsvereine und Betreuungsstellen**

→ Sind diejenigen Akteur:innen, die im Falle der Einwilligungsunfähigkeit im Sinne der Patient:innen entscheiden müssen.

**Rettungsdienst (teils zugehörig zur Kommune, teils als privater Dienstleister tätig)**

→ Kann/könnte dank einer gut funktionierenden GVP auch in der Akutsituation durch aussagekräftige ärztliche Anordnungen für den Notfall und durch informierte Angehörige sowie informiertes Pflegepersonal dem Willen der Patient:innen entsprechend handeln.

**Hausärzt:innen und andere in die Versorgung eingebundene Fachärzt:innen**

→ Ihre fachliche Einschätzung zu möglichen individuellen, zukünftigen, gesundheitlichen Einschränkungen oder bei akut anstehenden Entscheidungen, ist unerlässlich.

**Hospiz- und Palliativnetzwerke**

→ Können durch ihren Auftrag zur Versorgung und Begleitung einen hohen Stellenwert auf sämtliche individuelle Wünsche legen.

→ Falls Netzwerkkoordination nach § 39d SGB V in der Region vorhanden, ist die Vernetzung von GVP-Gesprächsbegleitenden Bestandteil der Aufgabe.

(Merke: eine GVP-Koordinierung ist hier nicht abgedeckt, nur eine Vernetzung der Akteur:innen).

An dieser Stelle ist es wichtig zu erwähnen, dass je nach Setting und je nach Versorgungsbedarf auch andere Versorgende GVP-relevante Akteur:innen sind. Beispielhaft sollen hier die Psycholog:innen, Physiotherapeut:innen, oder Tätige der Sozialen Arbeit genannt sein. Ein Verständnis der Tätigkeiten und der unterschiedlichen Perspektiven dieser Berufsgruppen, sowie der Einbezug der jeweils besonders relevanten Themen der Akteur:innen, kann über eine erfolgreiche, regionale GVP-Umsetzung entscheiden. Für die verschiedenen Akteur:innen bietet GVP unterschiedliche Chancen und Hürden, die einer erfolgreichen Umsetzung je nach Versorgungsgruppe im Wege stehen können.

Hieraus ergeben sich wiederum unterschiedliche Herausforderungen für regionale Umsetzungsprojekte.

Im Folgenden wird im Detail auf die Gruppe der Gesprächsbegleitenden sowie auf die der kommunalen Akteur:innen ein Augenmerk gelegt, weil sie in den vergangenen zwei Jahren im Fokus des niedersächsischen GVP-Projektes lagen.

### a) GVP-Gesprächsbegleitende

Die Perspektive von Gesprächsbegleitenden wirkt sich auf die GVP-Umsetzung aus. Der berufliche Hintergrund und die Erfahrungen, welche die Gesprächsbegleitenden mitbringen, sind sehr unterschiedlich. Ebenso verhält es sich auch mit dem Grad der Vorbereitung, welcher je nach Ausbildungsstätte variiert. Worin diese Unterschiede liegen und was dies für Auswirkungen auf die Umsetzung von GVP auf Einrichtungs- sowie auf regionaler Ebene hat, wird auf den folgenden Seiten beispielhaft dargestellt.

## (1) Charakteristika der Gesprächsbegleitenden

Alle drei Jahre erscheinen aktuelle Zahlen auf Deutschlandebene im jeweils aktuellen Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der Palliativversorgung in Deutschland und damit auch zur Umsetzung der GVP.

Der zuletzt veröffentlichte Bericht zu Ende Dezember 2019 berichtet von einer noch sehr niedrigen Umsetzungsrate in insgesamt 1.405 Einrichtungen der Pflege und der Eingliederungshilfe zusammen[3]. Der nächste Bericht mit aktuellen Zahlen auf Bundesebene wird Ende des Jahres 2023 erwartet.

Von der AOK Niedersachsen wurden im Jahr 2022 in einer persönlichen Korrespondenz zuletzt knapp 200 abgeschlossene Vergütungsvereinbarungen, gegenüber 148 im Jahr 2019 berichtet, was einen verhältnismäßig niedrigen Zuwachs zeigt.

3) GKV-Spitzenverband (2020). Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung zum Stichtag 31.12.2019. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hospiz\\_palliativversorgung/2020\\_12\\_14\\_final\\_Bericht\\_SAPV\\_HKP\\_und\\_132g004.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/2020_12_14_final_Bericht_SAPV_HKP_und_132g004.pdf) [Zugriff am 11.06.2023].

Derzeit sind qualifizierte und praktisch tätige Gesprächsbegleitende in Niedersachsen zum größten Teil Heilerziehungspfleger:innen im Bereich der Eingliederungshilfe oder Gesundheits- und Krankenpfleger:innen in der Altenpflege, wie eine Onlinebefragung im Rahmen des niedersächsischen GVP-Projektes Ende 2021 gezeigt hat[4].

## (2) Erlebte Hürden

Während der Durchführung des GVP-Projektes in Niedersachsen wurden einige Aspekte identifiziert, welche aus Sicht der Gesprächsbegleitenden der Einführung des GVP-Angebotes eingangs im Weg stehen können. Folgende Hürden wurden auf Grund individueller Erfahrungen benannt:

### Anfängliche Mehrarbeit für die Hausleitung, das Personal und die Verwaltung der Einrichtungen

- Die GVP-Einführung muss im Detail geplant, mit dem Team besprochen, beworben und bei der GKV beantragt werden (Vergütungsvereinbarung).
- Im Falle einer externen Implementierung kommt noch der Abschluss eines Kooperationsvertrages mit den externen Anbieter:innen hinzu.
- Falls eine Einführung gewünscht ist, ohne dass es in der Region bereits Gesprächsbegleitende gibt, die zum Einsatz kommen können, muss die Qualifizierung zunächst finanziert und durchgeführt werden.

4) GKV-Spitzenverband (2020). Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung zum Stichtag 31.12.2019. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hospiz\\_palliativversorgung/2020\\_12\\_14\\_final\\_Bericht\\_SAPV\\_HKP\\_und\\_132g004.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/2020_12_14_final_Bericht_SAPV_HKP_und_132g004.pdf) [Zugriff am 11.06.2023].

### **Mangel an ausgebildeten Gesprächsbegleitenden**

- Derzeit mangelt es in einigen Regionen Niedersachsens noch an Gesprächsbegleitenden (mit ausreichender Qualifizierung).
- Besonders das Angebot durch externe Anbieter:innen ist in fast allen Regionen noch nicht (genügend) vorhanden.
- Im Falle einer internen Implementierung besteht die Notwendigkeit einer Freistellung der Mitarbeitenden im Rahmen der Qualifizierung.

### **Unsicherheiten bezüglich der (Re-)Finanzierung**

- Häufig wurden Informationsdefizite im Hinblick auf Abrechnungsprozesse, Ansprechpartner:innen bei den jeweiligen Krankenkassen und Beratungsmöglichkeiten genannt. Der Mehraufwand scheint dadurch bereits in der Planungsphase oft nicht tragbar.

### **Probleme mit der Kontaktaufnahme zu den Krankenkassen bezüglich GVP**

- Erfahrungsmäßig standen bei den Krankenkassen nicht immer informierte und verlässliche Ansprechpersonen zur Verfügung oder diese waren schwer zu erreichen. Dies führte zu Verzögerungen bei den Antrags- und Abrechnungsprozessen.

### **Keine einheitlichen Standards bei der GVP-Qualifizierung**

- Teilweise wurde in den GVP-Weiterbildungen nur unzureichend z.B. zu rechtlichen Fragestellungen informiert und auch nicht auf die Vermittlung an andere Angebote vorbereitet.

- Keine Dokumentationsvorlagen (Patientenverfügungen) in der Weiterbildung ausgehändigt und/oder deren Anwendung hinreichend eingeübt.
- Manche Trainer:innen schienen selbst ungenügende Erfahrung in der GVP-Praxis zu haben.

### **Noch keine Hospiz- oder Palliativkultur in Einrichtung etabliert**

- Noch keine, oder nur eine unzureichende Vernetzung mit palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgenden in der Region.
- Die Mitarbeitenden sind teilweise unzulänglich über die Hospizarbeit und Palliativkultur informiert.
- Hospizlicher oder palliativer Versorgungsbedarf wird nicht immer erkannt oder nicht ideell unterstützt.
- Innerhalb des Einrichtungsteams sind keine festen Abläufe zur diesbezüglichen Versorgung und Begleitung etabliert. (Dies gilt selbstverständlich auf für andere Versorgungsbereiche, wurde bezüglich Hospizarbeit und Palliativversorgung jedoch besonders häufig als Hürde genannt.)

### (3) Erlebte Chancen

Den erlebten Hürden zur Implementierung stehen einige Chancen gegenüber, die aus Sicht der Gesprächsbegleitenden und den leistungserbringenden Einrichtungen für eine GVP-Umsetzung sprechen. Folgende Chancen wurden erlebt:

#### **Bewohner:innenwünsche finden mehr Beachtung; Vermeidung von Über-, Unter-, Fehlversorgung**

- Erste Praxiserfahrungen haben auch in Niedersachsen gezeigt, dass durch eine erfolgreiche GVP unerwünschte und damit unnötige Krankenhauseinweisungen und unerwünschte (z.B. stationäre) Behandlungen vermieden werden können. Darüber hinaus berichten Pflegeleitungen aus regionalen Kliniken, dass durch eine vorliegende umfassende Patientenverfügung im Rahmen der GVP eine größere Handlungssicherheit im Team herrscht und der Patient:innenwille auch im Falle der Einwilligungsunfähigkeit bekannter ist. Dies wirkt sich auch positiv auf die Angehörigen aus.

#### **Rechtsverbindliche Handlungssicherheit für Pflegende**

- Durch den vermehrten Austausch zur Reichweite der in einer Patientenverfügung festgelegten Patient:innenwünsche und die Klärung von Fragen zur Rechtsverbindlichkeit berichten Gesprächsbegleitende, dass rechtliche Unsicherheiten genommen werden können und die Pflege hierdurch an Handlungssicherheit gewinnt.

### **Bessere Schnittstellenarbeit mit anderen Versorgenden**

- Absprachen zwischen beispielsweise Rettungsdienstmitarbeitenden; Pflegeheimpersonal; hospizlich-palliativ Versorgenden und Einrichtungen der Eingliederungshilfe werden durch GVP erleichtert.

Eine funktionierende Netzwerkarbeit von GVP-Akteur:innen fördert ein besseres Verständnis über ergänzende Versorgungsangebote in der Region über den Bereich der einzelnen Versorgenden hinaus.

- Einführung/ Stärkung der Hospiz- und Palliativkultur.

- Wie oben bereits erläutert, ist eine vorhandene Hospiz- und Palliativkultur (das Verständnis davon, welche hospizlichen und palliativen Versorgungsoptionen in der Region bestehen und die Begleitung und Behandlung zu jederzeit vollständig nach dem Willen der einzelnen Person auszurichten) die Voraussetzung für ein umfassendes Versorgungsangebot in einer Einrichtung sowohl der Eingliederungshilfe, als auch der vollstationären Pflege.

Durch das GVP-Angebot werden die Hospiz- und Palliativkultur in den Einrichtungen und die regional vorhandenen hospizlichen und palliativen Angebote oftmals (erneut) besprochen und dadurch die Kenntnis des Einrichtungspersonals über diese Versorgungsstrukturen gefördert.

### **Nahestehende Personen werden einbezogen**

- Durch den Einbezug von Vertrauenspersonen in die Gesprächsbegleitung kann Unsicherheiten begegnet, Fragen und Missverständnisse geklärt sowie alternative Versorgungswege aufgezeigt werden. Dies zeigen die Erfahrungen aus der Praxis.

Es gibt zum jetzigen Zeitpunkt (August 2023) keine wissenschaftlichen Nachweise zur statistisch signifikanten Verbesserung der oben genannten Punkte durch das GVP-Angebot in Deutschland. Die genannten Chancen sind von praktisch tätigen Gesprächsbegleitenden in Niedersachsen berichtet worden.

## **b) Erfahrungen kommunalen Versorgungsakteur:innen**

Die kommunalen Versorgungsakteur:innen schienen den Autor:innen dieser Broschüre und den Durchführenden des Projektes: Koordination Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) in Niedersachsen bis zum Projektstart (im August 2021) noch zu wenig in den Blick genommen und in ihrer Relevanz betont wurde. Deshalb wurden sie neben den Gesprächsbegleitenden in den letzten zwei Jahren besonders in das Projekt einbezogen und in ihren Interessen und Möglichkeiten in den Blick genommen.

### **(1) Wer sind kommunale GVP-Akteur:innen?**

Es wurde eine Vielzahl von regional mit einzubeziehenden Akteur:innen zum Thema GVP identifiziert, die je nach Arbeitsschwerpunkt und Organisationsstruktur in der Kommune und Engagement mit in die GVP-Implementierung und die GVP-Koordinierung eingebunden sein können oder wenigstens über GVP und den Umsetzungsstand in der Kommune informiert sein sollten.

Insgesamt kommt also nicht allen eine gleichgewichtige Aufgabe im Hinblick auf GVP in der Kommune zu. Die Rolle hängt davon ab, wie intensiv sie jeweils in medizinische und pflegerische Versorgungsprozesse und Entscheidungen eingebunden sind. Dies muss bei der Implementierung auf kommunaler Ebene jeweils individuell betrachtet und entschieden werden.

### **Im GVP-Projekt aus Niedersachsen wurden folgende relevante kommunale Akteur:innen-Gruppen identifiziert:**

- Steuerungsgruppe der Gesundheitsregion (bestehend aus einem Zusammenschluss unterschiedlicher regionaler sozial, medizinisch, hospizlich und pflegerisch Versorgender sowie kommunalen Mitarbeitenden; dieser variiert je nach Region leicht)
- Betreuungsstellen der Kommunen und Betreuungsvereine
- Dezernate und Ämter für Gesundheit oder Soziales (je nach Zuordnung der Bereiche Eingliederungshilfe und Pflege)
- Senior:innen- bzw. Pflegestützpunkte
- Heimaufsicht
- Andere kommunale Mitarbeitende mit thematisch passenden Tätigkeitsschwerpunkten
- Hospizliche/palliative Versorgende und/oder Netzwerke
- Sprecher:innen/Vorsitzende von ärztlichen, pflegerischen oder andere relevanten Runden Tische, Qualitätszirkel, AGs
- Rettungsdienstmitarbeiter:innen und ärztliche sowie nicht-ärztliche Leitung des Rettungsdienstes
- Vertretende regionaler Kliniken (Pflege, Medizin, Seelsorge, Sozialdienst, Klinikumsleitung)

### **(2) Bisherige Tätigkeiten der Kommunen bzgl. GVP**

Bisher gestaltet sich die Umsetzung der GVP in den Regionen Niedersachsens sehr unterschiedlich. In den meisten Gebietskörperschaften Niedersachsens gibt es im Jahr 2023 noch keine umfassende regionale Arbeitsgruppe oder Koordinierungsstelle für die Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende.

Erste Kommunen haben eine für alle oben genannten Akteur:innen geöffnete Arbeitsgruppe. Im Rahmen eines Forschungsprojektes gab es in Niedersachsen bereits eine GVP-Koordinierungsstelle für eine Region, die jedoch entsprechend des Projektes nur befristet finanziert war und nicht verstetigt werden konnte.

Im kleineren Stil als alle Akteur:innen umfassend gab es in mehreren Regionen Niedersachsens bereits Aktivitäten zur GVP-Information und GVP-Implementierung auf Einrichtungsebene. Beispielsweise fanden Informationsveranstaltungen für Steuerungsgruppen der Gesundheitsregionen, Pflegetische bzw. Pflegekonferenzen, extra für das Thema GVP einberufene Kick-Off-Veranstaltungen für kommunale Mitarbeitende oder Fachgruppen für Eingliederungshilfe statt.

Insgesamt wurden bis März 2023 in 15 von insgesamt 45 Kommunen derartige Aktivitäten durchgeführt.

### (3) Hürden aus Sicht der Kommunen

Im Rahmen des GVP-Projektes wurden folgende Hürden seitens der kommunalen Akteur:innen identifiziert:

- In vielen Kommunen sehen die Dezernatsleitung oder andere Entscheidungsträger:innen die Relevanz einer regionalen Koordinierung und dessen nötigen Stellenumfang, jedoch fehlt es an finanziellen Ressourcen zur Etablierung und Verstetigung einer solchen Stelle.
- In Krisenzeiten wie der Corona-Pandemie oder auf Grund steigender Ankunftsahlen von geflüchteten Menschen wie durch den Ukraine-Krieg, sind kommunale Mitarbeitende zu anderer Prioritätensetzung gezwungen.
- Unklare Zuordnungen des Themas GVP innerhalb der Kommune oder innerhalb einer großen Organisation wie beispielsweise einem Klinikverbund oder einem großen Klinikum kann ebenfalls als Umsetzungshürde gesehen werden. Denn wo sich keine zuständige Person findet, wird kein strukturierter und regelmäßiger Austausch zu dem Thema stattfinden.

- Fehlender regelmäßiger Austausch der relevanten Bereiche „Soziales“ und „Gesundheit“ wurde in manchen Kommunen bemängelt, weshalb ein Thema, das diese beiden Bereiche betrifft, nicht in einem regulären Treffen besprochen werden kann, sondern gesondert angeregt werden muss.
- Mangelndes Wissen zu Möglichkeiten der kommunalen GVP-Unterstützung verhindert den Blick auf das Potenzial dieser Beratungsleistung und dadurch das Interesse einzelner relevanter Personen, die Gesundheitliche Versorgungsplanung zu thematisieren.

### (4) Möglichkeiten und Chancen der Kommunen

Folgende Möglichkeiten der kommunalen Unterstützung bei der Implementierung und Vernetzung zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende wurden genannt:

- Regionale Förderung einer GVP-Koordinierungsstelle.
  - Hierdurch wird maximale Neutralität sowie eine Einheitlichkeit des Angebotes gefördert.
- Integration des Themas GVP in kommunale Netzwerke wie Runde Tische, Qualitätszirkel, AGs, Fachgruppensitzungen oder hospizlich-palliative Netzwerke.
  - Maximal mögliche Einflussnahme auf das Beratungsangebot im Interesse der Kommune.
- Information aller oben genannten Akteur:innengruppen über bestehende Verteiler, Qualitätszirkel oder Termine.
  - Einbezug von allen und Steuerungsmöglichkeit durch kommunale Beratungsstellen und Akteur:innen.
- Benachrichtigung der Öffentlichkeit über z.B. Informationsveranstaltungen oder auf schriftlichem Weg.
  - Neutrale, qualitätskontrollierte und einheitliche Verbreitung von Informationen.

- Öffentlichkeitsarbeit (Pressearbeit, TV, Rundfunk, Podcast, Social Media, etc).
- Öffentlichkeitswirksame Aktionen im Sinne der Daseinsfürsorge fördern das Ansehen der Kommune und bedeuten damit zunächst ein Alleinstellungsmerkmal, weil bisher kaum Kommunen bezüglich GVP informieren.

## IV. FAZIT

Die GVP-Koordinierung für Niedersachsen konnte in den vergangenen zwei Jahren zur Bekanntheit des Themas und den damit verbundenen Anforderungen, Chancen, Fragen und Perspektiven beitragen. Aus den oben dargestellten Chancen und Hürden der GVP-Implementierung aus Sicht der unterschiedlichen Akteur:innen ergeben sich **für die Planung der Umsetzung von Gesundheitlicher Versorgungsplanung am Lebensende nach § 132g SGB V zum Teil unterschiedliche zu bedenkende Hinweise.**

### **Für den erfolgreichen Einbezug der Gesprächsbegleitenden sollten:**

- Die Chancen für Einrichtungen bekannt sein
- Genügend Fachkräfte für GVP qualifiziert werden
- Die „(Re-)Finanzierung“ beispielsweise der externen Vernetzungsarbeit hinterfragt werden
- Von beiden Seiten gut darüber aufgeklärt werden.

### **Aus den Gesprächen und der Zusammenarbeit mit den kommunalen Mitarbeitenden ergeben sich die Hinweise, dass:**

- Bisherige Netzwerke genutzt werden können
- Externe GVP-Anbieter:innen gestärkt werden sollten
- Für eine einheitliche Implementierung die beiden Bereichen der Eingliederungshilfe und der Pflegezunächst besser vernetzt werden sollten.

Mit der Kenntnis der Perspektiven, sind hier die individuellen Chancen, aber auch die für die Umsetzung erlebten Hürden anderer Akteur:innen gemeint.

Die Überwindung der dargestellten Hürden zur GVP-Implementierung sowie die Unterstützung der Verstetigung der bereits gebildeten GVP-Strukturen braucht aus Sicht des Projektteams auch zukünftig Unterstützung auf der Systemebene, um die GVP in Deutschland auf gesellschaftlicher Ebene relevant zu implementieren.

Wir sind sehr dankbar, dass das GVP-Projekt von 2023 bis 2025 für zwei weitere Jahre vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung finanziell gefördert wird. In dieser Zeit wird durch die GVP-Projekt Koordinatorin zum einen die Implementierung auf regionaler Ebene weiter vorgebracht und zum anderen ein besonderes Augenmerk auf die Verstetigung der GVP-Vernetzungsstrukturen gelegt.





## V. WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN ZU GVP

1. GKV-Spitzenverband (2018). Fragen-/Antworten-Katalog zur Umsetzung der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017 durch die Vereinbarungspartner nach § 132g Abs. 3 SGB V. PDF-Datei zuletzt aufgerufen am 14.07.2023:  
[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hospiz\\_palliativversorgung/versorgungsplanung/20181029\\_FAQ\\_letzte\\_Lebensphase\\_Umsetzung\\_132g\\_SGB\\_V.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/20181029_FAQ_letzte_Lebensphase_Umsetzung_132g_SGB_V.pdf)
2. GKV-Spitzenverband (2022). Federführerschaft: Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V. PDF-Datei zuletzt aufgerufen am 14.07.2023:  
[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hospiz\\_palliativversorgung/versorgungsplanung/2022\\_12\\_05\\_HP\\_Federfuhrerschaft\\_zur\\_GVP\\_nach\\_132g\\_SGB\\_V.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/2022_12_05_HP_Federfuhrerschaft_zur_GVP_nach_132g_SGB_V.pdf)
3. Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbetreuung (ALPHA NRW) (2022). Gesundheitliche Versorgungsplanung geht uns alle an! Projektbericht „Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) nach § 132 g SGB V im regionalen Netzwerk“. PDF-Datei zuletzt aufgerufen am 14.07.2023:  
[https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2023/02/gvp\\_doku\\_final\\_ds\\_web-komprimiert.pdf](https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2023/02/gvp_doku_final_ds_web-komprimiert.pdf)

4. Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbetreuung (ALPHA NRW) (2022). Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach §132g SGB V (GVP). Handreichung zur regionalen Umsetzung. PDF-Datei zuletzt aufgerufen am 14.07.2023:  
<https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2022/12/gvp-handreichung-2022.pdf>
5. Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen (HPVN) (2022). Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) in Niedersachsen auf kommunaler Ebene – Ergebnisse einer Bestandserhebung in Form von Telefoninterviews auf Landkreis- bzw. kreisfreier Stadt-Ebene. PDF-Datei zuletzt aufgerufen am 14.07.2023:  
[https://www.hospiz-nds.de/wp-content/uploads/2022/05/Ergebnisse\\_LK\\_Befragung\\_20052022.pdf](https://www.hospiz-nds.de/wp-content/uploads/2022/05/Ergebnisse_LK_Befragung_20052022.pdf)
6. Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen (HPVN) (2022). Informationsblatt für Einrichtungen der Pflege und der Eingliederungshilfe zur Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP). PDF-Datei zuletzt aufgerufen am 14.07.2023:  
[https://www.hospiz-nds.de/wp-content/uploads/2022/09/Informationen\\_GVP\\_an\\_Einrichtungen\\_13092022.pdf](https://www.hospiz-nds.de/wp-content/uploads/2022/09/Informationen_GVP_an_Einrichtungen_13092022.pdf)
7. Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen (HPVN) (2022). Informationsschreiben über die Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) für den Rettungsdienst. PDF-Datei zuletzt aufgerufen am 14.07.2023:  
[https://www.hospiz-nds.de/wp-content/uploads/2022/09/GVP\\_Infoschreiben\\_Rettungsdienst\\_23092022.pdf](https://www.hospiz-nds.de/wp-content/uploads/2022/09/GVP_Infoschreiben_Rettungsdienst_23092022.pdf)
8. Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen (LSHPN) (2022). Gesundheitliche Versorgungsplanung. Häufig gestellte Fragen. Website zuletzt aufgerufen am 14.07.2023:  
<https://www.hospiz-palliativ-nds.de/themen-materialien/themen/versorgungsplanung-am-lebensende/>

---

### Wissenschaftliche Interventionsstudien zu Advance Care Planning aus Deutschland

1. In der Schmitt J, Lex K, Mellert C et al. Implementing an advance care planning program in German nursing homes: results of an interregionally controlled intervention trial. *Dtsch Arztebl Int.* 2014 Jan 24;111(4):50-7. doi: 10.3238/arztebl.2014.0050.
2. Schnakenberg R, Silies K, Berg A et al. Study on advance care planning in care dependent community-dwelling older persons in Germany (STADPLAN): protocol of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Geriatr.* 2020 Apr 17;20(1):142. doi: 10.1186/s12877-020-01537-4.
3. Seifart C, Koch M, Leppin N et al. Collaborative advance care planning in advanced cancer patients: col-ACP-study-study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Palliat Care.* 2020 Aug 24;19(1):134. doi: 10.1186/s12904-020-00629-7.
4. Meinders MJ, Gentile G, Schrag AE et al. Advance Care Planning and Care Coordination for People With Parkinson's Disease and Their Family Caregivers-Study Protocol for a Multicentre, Randomized Controlled Trial. *Front Neurol.* 2021 Aug 5;12:673893. doi: 10.3389/fneur.2021.673893. eCollection 2021.
5. Götze K, Bausewein C, Feddersen B et al. Effectiveness of a complex regional advance care planning intervention to improve care consistency with care preferences: study protocol for a multi-center, cluster-randomized controlled trial focusing on nursing home residents (BEVOR trial). *Trials.* 2022 Sep 12;23(1):770. doi: 10.1186/s13063-022-06576-3.

### Weitere Informationen:

<https://www.hospiz-nds.de/gvp-projekt>

[1] GKV-Spitzenverband (2020). Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung zum Stichtag 31.12.2019. Online verfügbar unter:

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hospiz\\_palliativversorgung/2020\\_12\\_14\\_final\\_Bericht\\_SAPV\\_HKP\\_und\\_132g004.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/2020_12_14_final_Bericht_SAPV_HKP_und_132g004.pdf) [Zugriff am 11.06.2023].

[2] Mehr Informationen zu den Ergebnissen der ersten Projektphase finden Sie unter: <https://www.hospiz-nds.de/ergebnisse/>.

[3] GKV-Spitzenverband (2020). Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativ-versorgung zum Stichtag 31.12.2019. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hospiz\\_palliativversorgung/2020\\_12\\_14\\_final\\_Bericht\\_SAPV\\_HKP\\_und\\_132g004.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/2020_12_14_final_Bericht_SAPV_HKP_und_132g004.pdf) [Zugriff am 11.06.2023].

[4] Schnakenberg, R. et al. (2023). Bestands- und Bedarfserhebung zur Umsetzung und Vernetzung von Gesundheitlicher Versorgungsplanung in Niedersachsen nach § 132g SGB V – Ergebnisse einer Online-Befragung von Gesprächsbegleitenden. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2023; 24(03): 129-137. DOI: 10.1055/a-2036-3066.

### Bildnachweise

Titelbild: von Gerd Altmann, Pixabay

Seite 15: Grafik zur Vernetzung rund um das Thema GVP vom Hospiz- und PalliativVerband Niedersachsen e.V.

Seite 29: Logo des GVP-Projektes vom Hospiz- und PalliativVerband Niedersachsen e.V.

Sonstige Logos sind den jeweiligen Institutionen/Vereinen zuzuordnen

# Impressum

## Herausgeber:

Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen e.V. (HPVN)

## In Kooperation mit:

Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung  
Niedersachsen e.V. (LSHPN)

## Erstellt von:

Dr. Rieke Schnakenberg, Ulrich Kreuzberg,  
Rosemarie Fischer und Sabine Schulz

## Beratend beteiligt:

Verena Gerdes, Johanna Schmidtkunz  
und Karen Wauschkuhn

## Kontakt:

Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen e.V.  
Fritzenwiese 117  
29221 Celle  
Tel.: 05141 2198557  
Fax: 05141 2198559  
info@hospiz-nds.de

1. Auflage 2023

© 2023 / Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen e.V.

## Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium  
für Soziales, Arbeit, Gesundheit  
und Gleichstellung

