



DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG

Patientenschutz für Schwerstkranke und Sterbende

Weil Sterben auch Leben ist

---

# Sonder Hospiz Info Brief

Sonder-Info... Sonder-Info... Sonder-Info... Sonder-I

## Empfehlungen

der Deutschen Hospiz Stiftung

zur Umsetzung  
der spezialisierten ambulanten  
Palliativversorgung  
nach §§ 37 b, 132 d SGB V

vorgelegt am 06. September 2007 in der  
Landespressekonferenz NRW

---

**Ein Service der Deutschen Hospiz Stiftung**

## Vorbemerkung

Seit ihrer Gründung vor über zehn Jahren setzt sich die Deutsche Hospiz Stiftung als Patientenschutzorganisation für Schwerstkranke und Sterbende für eine effektive Implementierung palliativer Versorgungsstrukturen in Deutschland ein.

Deshalb hat die Deutsche Hospiz Stiftung im Mai 2006 ihren Entwurf eines Palliativleistungsgesetzes veröffentlicht, in dem hierfür konkrete Lösungsvorschläge unterbreitet wurden. Es ist erfreulich, dass im GKV-WSG (§§ 37 b, 132 d SGB V) einige dieser Vorschläge aufgegriffen wurden.

Der Blickwinkel der Empfehlungen der Deutschen Hospiz Stiftung zur Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen ist dabei der einer Patientenschutzorganisation und nicht der eines Leistungserbringers.

Der Gemeinsame Bundesausschuss steht vor der Aufgabe, die Ausgestaltung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung regeln zu müssen, ohne auf einem gesicherten Fundament einer „allgemeinen Palliativversorgung“ aufbauen zu können. Die Existenz einer solchen allgemeinen Palliativversorgung hat der Gesetzgeber offensichtlich als gegeben vorausgesetzt. Alle an der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender Beteiligten wissen aber, dass Palliativversorgung – in welcher Form auch immer – nach wie vor die Ausnahme und nicht die Regel in den bestehenden Sektoren ist. Der Gedanke, es gebe in Deutschland eine flächendeckende allgemeine Palliativversorgung, die nur noch um einige spezielle Angebote erweitert werden müsse, ist praxisfern. So lag die Quote der Palliative-Care-Versorgung nach den Erhebungen der Deutschen Hospiz Stiftung im Jahr 2006 bei lediglich 2,5 Prozent. Von einer flächendeckenden Palliativversorgung im ambulanten oder stationären Bereich ist Deutschland noch weit entfernt.

Diesem Umstand sollten auch die Richtlinien Rechnung tragen. Der Begriff der „spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ darf darum nicht so sehr eingeschränkt werden, dass er in Fällen, in denen ein Patient noch keine allgemeine ambulante Palliativversorgung erfährt, ins Leere läuft. Wo diese fehlt, darf es den Leistungserbringern der spezialisierten Palliativversorgung nicht unmöglich gemacht werden, zunächst das Fundament für ihre Leistungen zu legen.

Oberstes Ziel der Richtlinien muss sein, für den Patienten eine flächendeckende spezialisierte Palliativversorgung sektorenübergreifend (ambulant/stationär) zu gewährleisten, ohne dass es zu organisatorischen, zeitlichen oder finanziellen Nachteilen für den Patienten kommt.

## 1. Anforderungen an die Erkrankung des Versicherten, § 37 b III 1, I SGB V

Durch die Richtlinien muss sichergestellt werden, dass der Kreis der anspruchsberechtigten Versicherten nicht in unangemessener Weise eingeschränkt wird.

Palliativversorgung ist definitionsgemäß nicht auf die Behandlung von Patienten mit unheilbaren Tumorerkrankungen beschränkt, wenngleich nach der bisherigen Praxis der weitaus größte Teil der behandelten Palliativpatienten, ca. 80 – 90%, an solchen Tumorerkrankungen leiden. Palliativversorgung widmet sich z. B. auch Patienten, die an AIDS, neurologischen, kardialen, nephrologischen oder respiratorischen Erkrankungen in einem fortgeschrittenen Stadium leiden; diese Patienten benötigen ebenfalls umfassende Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Pflege und Begleitung.

In § 37 b Abs. 1 SGB V ist der Kreis der Anspruchsberechtigten eingegrenzt durch die Voraussetzungen einer „nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung“. Schwierigstes Kriterium ist dabei die „begrenzte Lebenserwartung“.

In der Praxis hat sich herausgestellt, dass starre Zeitfenster der falsche Ansatzpunkt sind, um Leistungen der Krankenkassen hiervon abhängig zu machen. So wenig wie jeder Sterbende ein Palliativpatient ist, so wenig setzt palliativer Behandlungsbedarf voraus, dass jemand Sterbender – im Sinne eines prognostizierbaren, auf wenige Tage oder Wochen bezogenen Zeitraums bis zum Eintritt des Todes – ist.

Bereits bei der stationären Hospizarbeit hat sich gezeigt, dass durch eine gute palliativmedizinische, palliativpflegerische und psychosoziale Begleitung Hospizpatienten noch deutlich länger gelebt haben als bei Aufnahme ins Hospiz prognostiziert. Dies führte in manchen Fällen dazu, dass nach Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen die Krankenkassen ihren Versicherten den weiteren Aufenthalt im Hospiz nicht mehr bezahlen wollten. Die damit verbundenen zusätzlichen finanziellen und psychosozialen Belastungen für schwerstkranken Patienten und deren Angehörige gilt es hier zu vermeiden.

Der Gesetzestext verzichtet folgerichtig auf eine allzu starre Festlegung von Zeitfenstern. Der Gesetzgeber hat erkannt, dass er andernfalls dem Behandlungsbedarf von Menschen, die mitunter nicht nur über Wochen oder Monate, sondern über Jahre an einer letztlich tödlichen Erkrankung leiden, nicht gerecht würde.

Dem Willen des Gesetzgebers folgend, dürfen darum auch in den Richtlinien keine starren Zeitvorgaben auftauchen. Stattdessen sollte der Schwerpunkt der Festlegungen auf die allgemeinen Charakteristika palliativmedizinischer Behandlungssituationen, wie sie sowohl im § 37 b, als auch in der entsprechenden Definition der WHO angeführt sind, abheben: nämlich, dass es sich um eine fortschreitende und weit fortgeschrittene Erkrankung handelt, in der die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt.

Zur Verdeutlichung dieser allgemeinen Definition könnte in den Richtlinien beispielhaft eine Reihe von Krankheitsbildern genannt werden. Dabei muss aber immer deutlich werden, dass auch andere als die beispielhaft genannten Krankheitsbilder in Betracht kommen. Für Konstellationen, in denen es nicht nur um wenige Tage, Wochen oder Monate geht, muss ausdrücklich Vorsorge getroffen werden.

Gleiches gilt für Patienten, die aufgrund ihres Krankheitsverlaufs immer wieder in vorübergehende Krisensituationen geraten, die einer spezialisierten Palliativversorgung bedürfen. Um Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, muss klargestellt werden, dass auch diese Menschen die spezialisierte Palliativversorgung in Anspruch nehmen können. Die spezialisierte Palliativversorgung muss insofern auch Patienten zur Verfügung stehen, die nach deren Inanspruchnahme wieder in die ausschließliche Regelversorgung zurückkehren können.

## **2. Inhalt und Umfang spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, § 37 b III 2**

Zielvorgabe für die Richtlinien ist es, eine flächendeckende palliative Versorgung zu etablieren. Gleichzeitig muss aber auch eine nachweisbare Qualität der Palliativversorgung sichergestellt werden. Zwischen beidem besteht ein Spannungsfeld, das aufzulösen eine der Aufgaben der anstehenden Richtlinien ist.

Die Deutsche Hospiz Stiftung geht davon aus, dass die Ziele des Gesetzgebers am besten durch die Einführung multiprofessioneller ambulanter Palliativdienste realisiert werden können. Diese sollten aus möglichst 2 Ärzten bzw. Ärztinnen bestehen, die mit besonders qualifizierten Pflegenden (Anzustreben ist, dass wenigstens 75% der Pflegenden eine Weiterbildung in Palliative Care aufweisen) sowie Personen zusammenarbeiten, die die Behandlung und Begleitung von Menschen mit Bedarf an palliativer Versorgung organisieren und koordinieren. Ärzte und Pflegende würden somit die auf die medizinisch-pflegerischen Aspekte abzielende Versorgung gewährleisten. Der „Kordinator“ oder auch „Case-Manager“ organisiert hingegen die reibungslose und umfassende Betreuung – eingeschlossen die ehrenamtlich psychosoziale.

Je nach regionalen Versorgungsstrukturen sind auch andere organisatorische Strukturen eines ambulanten Palliativdienstes denkbar, so zum Beispiel über Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegediensten.

Die Notwendigkeit der Einbindung bestehender Hospizangebote ist wegen des ganzheitlichen Ansatzes der Palliativversorgung, die auch psychosoziale Begleitung umfasst, selbstverständlich.

Zum Leistungsspektrum der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sollten mindestens die folgenden Leistungsanteile zählen:

- Aufbau von Netzwerken der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen
- Case Management: darunter sowohl die Erarbeitung von Betreuungskonzepten in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, die auch die psychosoziale Betreuung insbesondere durch Hospizdienste einschließen, als auch die Koordination der Einzelfälle
- Spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung ergänzend zur haus- oder fachärztlichen Versorgung
- Andauernde Erreichbarkeit bzw. 24 Stunden-Notfallbereitschaft mit der Möglichkeit jederzeitiger Krisenintervention
- Vorhaltung akut notwendiger Arznei- und Hilfsmittel; dazu gehören auch Betäubungsmittel
- Hilfestellung beim Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung
- Beratung und Begleitung von Angehörigen im Einverständnis mit dem Patienten

Für die Frage, welcher Leistungserbringer die neuen Leistungen anbieten darf, spielt die Abgrenzung von allgemeiner zu spezialisierter ambulanter Palliativversorgung eine wichtige Rolle.

Die Deutsche Hospiz Stiftung vertritt den Standpunkt, dass eine möglichst umfassende Qualifikation der beteiligten Ärzte äußerst wünschenswert ist. Angesichts der – noch – geringen Zahl von Palliativmedizinern, palliativmedizinischen Einrichtungen und Lehrstühlen wären zu hohe Qualifikationshürden aber hinderlich für den möglichst raschen Aufbau einer flächendeckenden Versorgungsstruktur.

Als Mindestzugangsvoraussetzung für die an der spezialisierten Palliativversorgung mitwirkenden Ärzte ist die Absolvierung einer 40-stündigen Kursweiterbildung „Palliativ-Medizin“ (Curriculum der DGP und BÄK) erforderlich. Innerhalb von zwei Jahren müssen zusätzlich 120 Stunden Fallseminare einschl. Supervision geleistet werden. Alternativ zu den Fallseminaren können Erfahrungen in der Betreuung von Schwerstkranken in Form einer 12-monatigen Tätigkeit bei einem weiterbildungsbefugten Palliativmediziner anerkannt werden.

Permanent sollten Fort- und Weiterbildung für an der spezialisierten Palliativversorgung mitwirkende Ärzte verpflichtend eingefordert werden (vgl. Punkt 5, Qualitätssicherung).

Von palliativmedizinischen Fachgesellschaften wird teilweise die Auffassung vertreten, dass die beteiligten Leistungserbringer sich dadurch auszeichnen müssten, dass sie primär

bis ausschließlich spezialisierte Palliativversorgung anbieten. Nur so lasse sich die besondere Expertise und Erfahrung in schwierigen und komplexen Problemsituationen gewinnen und umsetzen. Diese Auffassung setzt nach Meinung der Deutschen Hospiz Stiftung – zumindest zu Beginn - zu hohe Hürden. In Betracht kämen danach überwiegend auf Palliativstationen tätige Ärzte. Dagegen spricht die geringe Zahl der Leistungserbringer, die diese Voraussetzungen erfüllen würden. Eine zumindest mittelfristig annähernd flächendeckende Palliativversorgung kann so nicht erreicht werden.

Darüber hinaus würde die Umsetzung dieser Forderung in der Praxis auf eine übermäßige Krankenhausorientierung hinaus laufen: Palliativmediziner, die primär bis ausschließlich spezialisierte Palliativversorgung anbieten, arbeiten überwiegend stationär auf Palliativstationen. Kommen faktisch nur sie als direkter Anbieter oder Kooperationspartner für Palliative-Care-Dienste in Frage, reduziert man den Wirkungskreis auf das Einzugsgebiet der jeweiligen Palliativstationen.

Gleichzeitig würde man die vielerorts gewachsenen ambulanten Versorgungsstrukturen schwächen statt stärken. Allgemeinmediziner, die eine Weiterbildung zum Palliativmediziner absolviert haben und die sich vielleicht schon seit Jahren an den Palliativnetzwerken ihrer Region beteiligen, würden von der Mitarbeit in Palliative-Care-Teams ausgeschlossen. Um gerade dies zu verhindern, hat der Gesetzgeber ausdrücklich für die Richtlinien festgelegt, dass gewachsene Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen sind.

Im Sinne der Patienten scheint es sinnvoll zu sein, die Qualität einer flächendeckenden Palliativversorgung mittelfristig über finanzielle Anreize voranzutreiben.

Ebenso denkbar sind Übergangsregelungen, welche die Anforderungen an die Qualifikation Schritt für Schritt anheben, so dass den Beteiligten eine angemessene Zeitspanne zur Weiterqualifikation bleibt.

### **3. Zusammenarbeit der Leistungserbringer, § 37 b III 3**

Die ambulanten Palliativdienste sollen in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig werden können. Das stellt sicher, dass Palliativversorgung keine zufällig gewährte oder vom Ort des Aufenthalts abhängige Leistung ist. Vielmehr sollte die Palliativversorgung grundsätzlich unabhängig vom Aufenthaltsort geleistet werden. Das ist insbesondere für Pflegeheime wichtig. Insofern begrüßt die Deutsche Hospiz Stiftung die gesetzgeberische Klarstellung in § 37 b II, wonach auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen den Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung haben.

Grundsätzlich müssen die Richtlinien im Hinblick auf die Zusammenarbeit aller Leistungserbringer eine größtmögliche Flexibilität zulassen. Der Patient steht im Mittelpunkt, seine individuellen Bedürfnisse und Symptome bestimmen Art und Umfang der Tätigkeiten aller an seiner Versorgung und Begleitung Beteiligten.

Die Richtlinien sollten daher verschiedene Optionen offen lassen: Eine spezialisierte Palliativversorgung kann in einer rein beratenden Funktion zur ärztlichen oder pflegerischen Versorgung des Patienten bestehen. Ebenso kann die unter palliativen Aspekten erforderliche medizinische oder pflegerische Versorgung des Patienten unmittelbar von einem Palliative-Care-Dienst übernommen werden. Beratung und Versorgung kann sich auch auf einzelne Bereiche (Medizin oder Pflege) beschränken. Alle diese Konstellationen sollten die Richtlinien ermöglichen.

Auf die Notwendigkeit der Einbindung ambulanter Hospizarbeit im Sinne psychosozialer Begleitung bei der spezialisierten Palliativversorgung wurde bereits hingewiesen.

#### **4. Verordnung und Vergütung**

Die Deutsche Hospiz Stiftung begrüßt es außerordentlich, dass die zunächst vorgesehene ausdrücklich normierte Genehmigungspflicht spezialisierter Palliativversorgung durch die Krankenkassen nicht Gesetz wurde.

Hinsichtlich der Vergütungsform vertritt die Deutsche Hospiz Stiftung die Auffassung, dass Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung jedenfalls mit tagesbezogenen Pauschalen vergütet werden und eigene Budgetverantwortung haben sollten.

In den Richtlinien ist darüber hinaus sicherzustellen, dass sämtliche Leistungen der Regelversorgung weiterlaufen.

#### **5. Qualitätssicherung**

In den Richtlinien sollten Maßnahmen zur Qualitätssicherung festgeschrieben werden. Hierfür kommen vor allem zwei Ansatzpunkte in Frage: Fortbildung und wissenschaftliche Evaluation.

Alle Leistungserbringer der spezialisierten Palliativversorgung sollten in regelmäßigen Abständen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung nachweisen. In Betracht kommen:

- Mitwirkung an palliativmedizinischen Qualitätszirkeln und Palliativkonferenzen
- Kontinuierliche Fortbildung in Palliativmedizin und Schmerztherapie

Die Umsetzung der Richtlinien und deren praktische Auswirkungen sollten wissenschaftlich begleitet werden. Die entsprechenden Ergebnisse sollten zur Überarbeitung der Richtlinien genutzt werden. Ein hierfür verbindlicher Zeitraum wäre in den nun zu verabschiedenden Richtlinien festzusetzen.

## Modellrechnung zum Gesetzentwurf der Deutschen Hospiz Stiftung zur Verbesserung der palliativen und hospizlichen Leistungen

### 1. Berechnungsgrundlage zur heutigen Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden

#### Annahmen

Durchschnittliche Verweildauer Sterbender in Krankenhäusern bis zum Tod	11,4	Tage	
„Kosten pro Krankenhaustag/pro Patient	400 €		
Anzahl der zu versorgenden Palliativpatienten pro Jahr	200.000		
<b>Gesamt:</b>			<b>912.000.000 €</b>

### 2. Kosten Ambulanter Palliativdienst nach Einführung des Gesetzes

#### 2.1. Personalkosten Ambulanter Palliativdienst pro Monat/pro Dienst

		Anzahl	pro Monat
Arzt	6.250 €	2	12.500 €
Pflege	3.750 €	8	30.000 €
Koordinator	4.167 €	1	4.167 €
<b>Gesamt</b>			<b>46.667 €</b>

#### 2.2. Overheadkosten Ambulanter Palliativdienst pro Monat/pro Dienst

Die Overheadkosten belaufen sich auf 15% der Personalkosten	7.000 €
---	---------

#### 2.3. Arzneimittelkosten Ambulanter Palliativdienst pro Monat/pro Dienst

##### Annahmen

Arzneimittelkosten pro Tag/Patient“	40 €	
Anzahl der Patienten	26	
Tage im Monat	30	
Arzneimittelkosten pro Monat/pro Dienst		<b>31.200 €</b>

#### 2.4. Gesamtkosten pro Monat/ pro Dienst

Personalkosten	46.667 €
Overhead	7.000 €
Arzneimittelkosten	31.200 €
<b>Gesamt</b>	<b>84.867 €</b>

### **3. Kosten Ambulanter Palliativdienst pro Jahr/pro Dienst**

#### **3.1. Personalkosten Ambulanter Palliativdienst pro Jahr/pro Dienst**

		Anzahl	pro Jahr
Arzt	75.000 €	2	150.000 €
Pflege	45.000 €	8	360.000 €
Koordinator	50.000 €	1	50.000 €
<b>Gesamt</b>			<b>560.000 €</b>

#### **3.2. Overheadkosten Ambulanter Palliativdienst Team pro Jahr/ pro Dienst**

Die Overheadkosten belaufen sich auf 15% der Personalkosten **84.000 €**

#### **3.3. Arzneimittelkosten Ambulanter Palliativdienst pro Jahr/pro Dienst**

##### **Annahmen**

Arzneimittelkosten  
pro Tag/pro Patient“ 40 €  
Anzahl der Patienten 26  
Tage im Monat 30

pro Monat/pro Dienst 31.200 €  
**pro Jahr/pro Dienst 374.400 €**

#### **3.4. Gesamtkosten pro Jahr/ pro Dienst**

Personalkosten	560.000 €
Overhead	84.000 €
Arzneimittelkosten	374.400 €
<b>Gesamt:</b>	<b>1.018.400 €</b>

### **4. Kosten für 660 Ambulante Palliativdienste pro Jahr**

#### **4.1. Personalkosten Ambulanter Palliativdienst pro Jahr**

		Anzahlpro	Dienst	660 Dienste
Arzt	75.000 €	2	150.000 €	99.000.000 €
Pflege	45.000 €	8	360.000 €	237.600.000 €
Koordinator	50.000 €	1	50.000 €	33.000.000 €
<b>Gesamt</b>			<b>560.000 €</b>	<b>369.600.000 €</b>

#### **4.2. Overheadkosten Ambulanter Palliativdienst pro Jahr**

Die Overheadkosten belaufen sich auf 15% der Personalkosten **84.000 €** **55.440.000 €**

#### 4.3. Arzneimittelkosten Ambulanter Palliativdienst pro Jahr/pro Dienst

##### Annahmen

##### Arzneimittelkosten

pro Tag/Patient“	40 €		
Anzahl der Patienten	26		
Einsatztage im Monat	30	pro Dienst	660 Dienste
	pro Monat/pro Dienst	31.200 €	
	<b>pro Jahr/pro Dienst</b>	<b>374.400 €</b>	
	<b>pro Jahr/660 Diensten</b>		<b>247.104.000 €</b>

#### 4.4. Gesamtkosten für eine flächendeckende Versorgung pro Jahr

		pro Dienst	660 Dienste
Personalkosten	560.000,00 €		369.600.000 €
Overhead	84.000,00 €		55.440.000 €
Arzneimittelkosten	374.400,00 €		247.104.000 €
			<hr/>
<b>Gesamtkosten</b>	<b>1.018.400,00 €</b>		<b><u>672.144.000 €</u></b>

## Situation der Palliativpflege

### 1. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Pflegeheimen

Die Verweildauer von Patienten in stationären Einrichtungen ist in den letzten Jahren stark gesunken. Erst in fortgeschrittenem Krankheitszustand bzw. mit intensivem Pflegebedarf werden die Menschen in Krankenhäuser, Pflegeheime und Hospize eingewiesen. In Pflegeheimen werden also immer häufiger sehr alte, multimorbide Menschen mit chronischen Erkrankungen aufgenommen. Der professionellen Sterbebegleitung und der palliativen Versorgung im Pflegeheim kommt daher eine immer größere Bedeutung zu. Wenn das Pflegepersonal diesen Erfordernissen aus fachlichen Gründen nicht gerecht werden kann, muss die spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch ambulante Palliative-Care-Teams gesichert werden. Gerade die palliative Situation von älteren Menschen kann sehr komplex sein. Das oftmals hohe Alter und möglicherweise mehrere gleichzeitig auftretende chronische Erkrankungen können Grund dafür sein, dass Symptome nur durch den Einsatz spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gelindert werden können. Erkennt das Pflegepersonal aufgrund seiner mangelnden palliativen Kompetenz und Erfahrung diesen Bedarf nicht, besteht die Gefahr, dass diese Menschen einfach nur „ruhig gestellt“ werden.

#### Fallbeispiel:

Herr B. ist 85 Jahre alt und lebt seit einem Jahr in einem Pflegeheim. Er leidet zunehmend unter Unruhe- und Angstzuständen sowie zeitweise auftretender Verwirrung. Er hat immer weniger Interesse an seiner Umgebung und kaum Appetit. Besonders in der Nacht kommt es zu Problemen, da Herr B. häufig nicht schlafen kann. Stattdessen verbreitet er Unruhe auf dem Flur seines Wohnbereiches durch ständiges Herumlaufen und Rufen. Dabei kommt es hin und wieder zu Atemnotzuständen. Durch sein Verhalten werden auch andere Pflegeheimbewohner am Schlafen gehindert. Für die Pflegenden wird Herr B. so immer mehr zum Problemfall. Sie informieren den Hausarzt, welcher Herrn B. schließlich beruhigende Medikamente verschreibt, die ihn ruhig stellen sollen. Bei dem Versuch am Morgen allein auf die Toilette zu gehen, stürzt er und zieht sich eine Verletzung zu, die im Krankenhaus versorgt werden muss. Dort wird bei der Routineuntersuchung festgestellt, dass Herr B. einen Bronchialtumor hat, der bereits im gesamten Skelettsystem Metastasen gebildet hat. Nun wird vermutet, dass seine Krebserkrankung der Grund für seine Verhaltensauffälligkeit sein könnte. Da die Krebserkrankung bereits weit fortgeschritten ist, wird keine weitere Therapie eingeleitet. Herr B. wird wieder in das Pflegeheim zurückverlegt. Zur Behandlung seiner palliativen Symptome wird ein Palliative-Care-Team hinzugezogen. Jetzt erst gelingt es, Herrn B. wieder einen normalen Tag- und Nachtrhythmus zu ermöglichen und seine Beschwerden zu lindern. Er wird mit einem Schmerzpflaster und Angst lösenden Medikamenten über zwei Wochen hinweg durch das Palliative-Care-Team eingestellt und mehrmals in der Woche von ehrenamtlichen Hospizhelferinnen betreut.

## 2. Verlegung von Patienten aus dem Pflegeheim in ein Hospiz

Pflegeheimbewohner haben durch §37b, Abs.2, SGB V einen Rechtsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Problematisch wird die Umsetzung des Rechtsanspruchs, wenn Pflegeheimbewohner palliative Versorgung rund um die Uhr benötigen: Ambulante Palliativdienste können nicht ständig präsent sein. Für Bewohner eines Pflegeheims ist es allerdings so gut wie unmöglich, in ein stationäres Hospiz verlegt zu werden. Stehen bei einer Sterbebegleitung aber palliative Symptome, wie etwa Atemnot, starke Unruhezustände oder Schmerzattacken im Vordergrund, erfordern diese immer wieder ein schnelles Eingreifen von erfahrenen Pflegenden. Kann ein Pflegeheim diese Versorgung rund um die Uhr nicht garantieren, sollte diesen Menschen der Weg in ein stationäres Hospiz genauso offen stehen wie denjenigen, die aus der häuslichen Versorgung kommen. In diesem Sinne muss eine Anpassung des §39a SGB V und der Rahmenvereinbarungen nach §39a SGB V erfolgen.

### Fallbeispiel

Frau S. ist 49 Jahre alt und seit 5 Jahren an Amyotropher Lateralsklerose (ALS) erkrankt. Ihre Muskeln haben sich stark zurückgebildet. Sie ist körperlich kaum belastbar und ihre Sprache ist sehr verwaschen. Seitdem die Lähmungen der Beine, verbunden mit quälenden Muskelkrämpfen und ausgeprägter Schwäche, sie dazu zwingen, vorwiegend im Bett zu verbringen, wird sie in einem Pflegeheim versorgt. Sie hat keine Familienangehörigen, die die Pflege übernehmen könnten. Im Pflegeheim hatte sie bereits mehrmals eine Lungenentzündung, da ihre Atemmuskulatur trotz Atemgymnastik zunehmend nachlässt und sie sich häufig bei der Nahrungsaufnahme verschluckt. Ein halbes Jahr später hat sich ihr Zustand verschlechtert. Frau S. benötigt nun eine Atemmaske und muss regelmäßig abgesaugt werden. Sie ist inzwischen größtenteils gelähmt. Seitdem sie Probleme hat, ihren eigenen Speichel zu schlucken, leidet sie unter Unruhe- und Panikzuständen, die besonders in der Nacht auftreten. Die Nachtschwester in ihrem Wohnbereich kann häufig nicht sofort kommen, wenn sie nach ihr klingelt. Denn im Pflegeheim ist im Nachtdienst nur eine examinierte Pflegende für 3 Wohnbereiche, also 60 Bewohner, zuständig. Frau S. fühlt sich dadurch nicht sicher, zumal die Pflegenden im Umgang mit den Atemnotattacken wenig Erfahrung haben. Bei der nächsten schweren Lungenentzündung wird Frau S. in ein Krankenhaus überwiesen. Die Ärzte dort schlagen vor, dass Frau S. zur weiteren Versorgung in das nahe gelegene Hospiz verlegt wird, weil sie den Einsatz eines Beatmungsgerätes ablehnt. Frau S. möchte unter guter, stets zur Verfügung stehender palliativer Versorgung sterben. Die Verlegung scheitert jedoch daran, dass die Krankenkasse die Kostenübernahme verweigert. So wird sie wieder in das Pflegeheim verlegt.

## 3. Definition der Patienten

Palliativversorgung ist definitionsgemäß nicht wie häufig angenommen auf die Behandlung von Patienten mit unheilbaren Tumorerkrankungen beschränkt. In § 37b, Abs. 1 SGB V wird der Kreis der Anspruchsberechtigten durch die Voraussetzungen einer „nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung“ eingegrenzt. Das Kriterium „begrenzte Lebenserwartung“ darf in den Richtlinien nicht mit starren Zeitfenstern belegt werden. Das würde dem Bedarf von Menschen, die nicht nur Wochen oder Monate, sondern über einen längeren Zeitraum an einer lebensbedrohenden Erkrankung leiden, nicht gerecht werden.

Beispiel:

- Menschen mit einer neurologischen Erkrankung wie z. B. Amyotropher Lateralsklerose (ALS)
- oder einer stark ausgebildeten Herzschwäche (schwere Herzinsuffizienz)
- oder demenziell erkrankte Menschen, die oftmals an mehreren schwerwiegenden chronischen Erkrankungen gleichzeitig leiden

Diese Patienten können im Verlauf ihrer Erkrankung eine Vielzahl an Symptomen entwickeln, die eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung – evtl. auch nur vorübergehend – notwendig macht. Nicht erst in der letzten Lebensphase können krisenhafte Situationen auftreten, die eine Betreuung durch ein Palliative-Care-Team vorübergehend notwendig macht. Insbesondere der konsiliarische, also beratende Einsatz eines Palliative-Care-Teams sollte bereits frühzeitig ermöglicht werden. Symptome wie Atemnot, die meist mit Angstzuständen verbunden ist, Muskelschwäche oder starke Wassereinlagerungen können in der häuslichen Situation derart eskalieren, dass nur noch eine Krankenhauseinweisung in Frage kommt. Durch die effektive Intervention eines Palliativdienstes könnte diese Krankenhauseinweisung in vielen Fällen vermieden werden.

#### 4. Schnittstellenproblematik

Die Schnittstellen des Gesundheitssystems, also das Eintreten von einer Versorgungsform in die andere, sorgen immer wieder für gravierende Versorgungslücken. Besonders betroffen davon sind Palliativpatienten, da sie einen komplexen Behandlungs- und Pflegebedarf haben. Die individuellen Krankheitsverläufe und die schnellen Zustandsveränderungen machen es schwer, eine zuverlässige Überleitung von einer Versorgungsform in die andere zu erreichen. Insbesondere die Entlassung eines Palliativpatienten von der Klinik in die häusliche Umgebung offenbart nicht selten Lücken in der Organisation der Entlassung und in der vorausschauenden Planung der weiteren Versorgung zu Hause. Wird die notwendige Entlassungsplanung von einer in der Palliativversorgung unerfahrenen Person organisiert, hat das oftmals einen „Drehtüreffekt“ zur Folge. Die Palliativpatienten können zu Hause nicht adäquat versorgt werden und müssen erneut in die Klinik eingewiesen werden. Um diesen kostenaufwändigen und Leiden verursachenden Mechanismus auszuhebeln, ist der punktuelle Einsatz eines Palliative-Care-Teams, dessen Case-Manager bzw. Koordinator die notwendigen Schritte für eine gesicherte Versorgung zu Hause einleiten kann, unerlässlich. Die medizinisch-pflegerische Versorgung kann bis zur Stabilisierung der häuslichen Situation überwacht und korrigiert werden. Dadurch kann eine Verlagerung in die Regelversorgung wieder möglich werden. Die Regelversorgung wird vom ambulanten Pflegedienst und dem Hausarzt erbracht. Diese haben mit den vielfältigen Problemen von stark symptombelasteten Palliativpatienten häufig wenig Erfahrung, so dass es auch für sie von Vorteil ist, auf die kompetente Unterstützung eines Palliative-Care-Teams zurückgreifen zu können.

#### Fallbeispiel:

Herr H. ist 64 Jahre alt und hat seit einem halben Jahr diffuse Schmerzen im Unterleib. Er leidet immer wieder an Durchfällen und hat seitdem 10 Kilogramm Gewicht verloren. Sein Hausarzt, der ihn bisher auf einen Magen-Darm-Infekt hin behandelt hat, schickt Herrn H.

zur Abklärung in ein Krankenhaus. Dort wird ein Dickdarmtumor festgestellt, der operativ entfernt werden kann. Bei diesem Eingriff wird ein künstlicher Darmausgang angelegt. Anschließend erhält Herr H. eine Chemotherapie. Als Herr H. nach Hause entlassen wird, fühlt er sich noch sehr schwach. Die Versorgung des künstlichen Darmausganges übernimmt seine Ehefrau, da Herr H. dazu noch nicht in der Lage ist. Frau H. fühlt sich damit etwas überfordert, möchte ihren Mann aber gern entlasten und keine fremden Personen im Haus haben. Herr H. ist durch seine körperlichen Veränderungen sehr deprimiert und zieht sich von seiner Familie und seinen Freunden immer mehr zurück. Er hat durch die Chemotherapie Geschmacksstörungen, die ihm das Essen und Trinken verleiden, zumal er neuerdings unter Übelkeit leidet. Als er eines Morgens verwirrt und apathisch im Bett liegt, ruft seine Ehefrau den Notarzt. Wieder im Krankenhaus wird festgestellt, dass Herr H. durch den Flüssigkeitsmangel völlig ausgetrocknet war, und dass in der Zwischenzeit Lebermetastasen aufgetreten sind. An dem künstlichen Darmausgang sind durch eine falsche Hautpflege der Ehefrau starke Hautirritationen entstanden. Als Herr H. nun wieder nach Hause entlassen werden soll, wird ein Palliative-Care-Team eingeschaltet. Nach einem ausführlichen Gespräch mit der Koordinatorin wird das weitere Vorgehen für zu Hause geplant. Frau H. ist nun bereit, einen ambulanten Pflegedienst ins Haus zu holen, der sie in der Pflege ihres Mannes unterstützt. Der Palliativmediziner des Palliative-Care-Teams betreut Herrn H. wegen einsetzender Schmerzen und seiner chronischen Übelkeit, damit diesmal eine weitere Krise vermieden wird und Herr H. so lange wie möglich zu Hause verbringen kann.

---

**Impressum:**

Der Sonder Hospiz Info Brief ist eine Informationsschrift der Deutschen Hospiz Stiftung.

Geschäftsstelle: Europaplatz 7, 44269 Dortmund, Tel. 0231 / 73 80 73-0, Fax 023 1/ 73 80 73-1  
Informationsbüro Berlin, Chausseestraße 10, 10115 Berlin, Tel. 030 / 2 84 44 84 - 0, Fax 030 / 2 84 44 84 - 1  
Informationsbüro München, Baldestraße 9, 80469 München, Tel. 089 / 20 20 81 - 0, Fax 089 / 20 20 81 - 11  
Internet: [www.hospize.de](http://www.hospize.de)

**Spendenkonto: 111 111 111, Stadtparkasse Dortmund, BLZ 440 501 99**

Die Deutsche Hospiz Stiftung ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts mit Sitz in Düsseldorf. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 22.09.2004, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.