

Kapitel 2 Begriff und Regelung der Palliativversorgung

I. Palliativmedizin

Der Begriff „Palliativmedizin“ leitet sich vom lateinischen „pallium“ (Mantel) ab. „Palliare“ bedeutet: mit einem Mantel umgeben/ummanteln¹. So soll die Palliativmedizin den sterbenden Patienten schützen und ihn umfassend betreuen. Entsprechend der Definition der WHO aus dem Jahre 1990 ist Palliativmedizin die „aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt“². Palliativversorgung hat zum Ziel, die Lebensqualität und Selbstbestimmung der Patienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen³.

Darüber hinaus werden von der Palliativmedizin auch die Betreuung der Angehörigen und präventive Aspekte umfasst⁴. „Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“⁵. Palliativmedizin soll somit bereits zu einem frühen Zeitpunkt im Krankheitsverlauf zum Einsatz kommen.

Darauf stellt auch die Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ab: „Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progre-

¹ Cremer-Schaeffer/Radbruch, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 231; Dietrich, SF-Medien 2011, S. 67; Engelmann, GesR 2010, S. 577; Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 5.

² Zitiert nach Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 5; Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 2.

³ Arnold/Mailahn/Wilck, Psyhyrembel, klinisches Wörterbuch 2013, Stichwort: Palliativversorgung.

⁴ BT-Drs. 15/5858, S. 5; Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 6.

⁵ Vgl. die erweiterte Definition der WHO aus dem Jahre 2002, World Health Organization, National Cancer Control Programmes, S. 84. Dazu auch Ried, in: Anderheiden/Eckart, Handbuch Sterben und Menschenwürde, Kapitel 1.7, S. 106 ff.

dienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist. Palliativmedizin soll sich dabei nicht auf die letzte Lebensphase beschränken. Viele Grundsätze der Palliativmedizin sind auch in frühen Krankheitsstadien zusammen mit der kausalen Therapie anwendbar⁶. Hier wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass Palliativmedizin bereits in einer früheren Krankheitsphase, teilweise noch parallel zu einer kurativen Therapie angewandt werden kann. Zunächst war der medizinische Anwendungsbereich nur für Patienten mit Tumorerkrankungen eröffnet, später auch für weitere Krankheiten mit einem progressiven Verlauf im weit fortgeschrittenen Stadium mit begrenzter Lebenserwartung, wie AIDS, neurologische, kardiale, respiratorische oder renale Erkrankungen⁷.

Oft wird Palliativmedizin als eine neue Disziplin angesehen, tatsächlich gehört sie jedoch zu den ältesten medizinischen Behandlungsformen. Mangels ausreichender medizinischer Möglichkeiten existierte früher nur bei wenigen Erkrankungen ein kurativer, also heilender Ansatz. Dementsprechend blieb den Ärzten kaum etwas anderes übrig, als ihre Fähigkeiten auf die Linderung der Symptome zu konzentrieren⁸. Neu aber sind die medizinischen und wissenschaftlichen Entwicklungen im Bereich der Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie der Name „Palliativmedizin“⁹.

Palliativ-medizinische Versorgung ist daraufhin ausgerichtet, eine möglichst hohe Funktionsfähigkeit und Lebenszufriedenheit des Patienten zu erhalten, wenn keine Heilung möglich ist. Der Tod soll weder beschleunigt noch hinausgezögert werden¹⁰. Im Mittelpunkt steht nicht das Heilungsziel, sondern das Wohlbefinden des Patienten, seine Schmerzfreiheit und psychische Unterstützung. Ziele der Palliativmedizin sind demnach einerseits die Behandlung quälender Symptome, andererseits die Unterstützung und

⁶ Radbruch/Nauck/Sabatowski, Was ist Palliativmedizin?, S. 1.

⁷ BT-Drs. 15/5858, S. 6; Klaschik, in: Zenz/Donner, Schmerz bei Tumorerkrankungen, Kapitel 6, S. 233; Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 1; Radbruch/Zech, in: Aulbert/Klaschik/Pichlmaier, Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe, S. 53.

⁸ Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 5; Klaschik, in: Zenz/Donner, Schmerz bei Tumorerkrankungen, Kapitel 6, S. 233; Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 4.

⁹ Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 5; Klaschik, in: Zenz/Donner, Schmerz bei Tumorerkrankungen, Kapitel 6, S. 233.

¹⁰ Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 6; Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 1.

Hilfe bei der Bewältigung und Verarbeitung der Krankheit durch psychosoziale Betreuung und nicht zuletzt auch durch die Unterstützung der Angehörigen¹¹. Dieses Ziel findet sich auch in der zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Abs. 3 SGB V erlassenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Darin heißt es, dass anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern, im Vordergrund stehe¹². Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten¹³.

Im angelsächsischen Sprachraum setzten sich in den letzten Jahren die Bezeichnungen „Palliative Care“ (palliative Betreuung) für die Bemühungen des gesamten Teams von Ärzten, Pflegern, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Physiotherapeuten und ehrenamtlichen Helfern und „Palliative Medicine“ für die ärztlichen palliativ-medizinischen Maßnahmen durch¹⁴. Im deutschen Sprachgebrauch hingegen existiert eine solche Trennung nicht, weshalb hier die Verwendung der Begrifflichkeiten sehr uneinheitlich ist. So werden für die umfassende Versorgung unheilbar Schwerstkranker und Sterbender, die sowohl die ärztliche Versorgung als auch die Betreuung durch Pflegepersonal, Seelsorger und weitere an der Versorgung beteiligte Professionen umfasst, die Bezeichnungen „Palliative Care“, „Palliativmedizin“, „Palliativbetreuung“ oder „Palliativversorgung“ vielfach parallel verwendet¹⁵.

¹¹ Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.2.1, S. 21 ff.; Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 6 f.

¹² § 1 Abs. 1 S. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vom 20.12.2007 in der Fassung vom 15.04.2010.

¹³ § 1 Abs. 5 SAPV-RL.

¹⁴ Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 2 f.

¹⁵ Vgl. Dietrich, SF-Medien 2011, S. 68.

II. Entwicklung und Stand der Palliativversorgung

1. Historische Ursprünge von Palliativmedizin und Hospizbewegung

Die historischen Ursprünge der Palliativversorgung reichen weit zurück. Die ersten Einrichtungen, die zumindest auch der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender dienten, waren Hospize. Diese bereits mit Beginn des Christentums im Römischen Reich existierenden Einrichtungen boten Reisenden, Waisen, Bedürftigen, Kranken und Sterbenden Unterkunft und Hilfe¹⁶. In der zweiten Hälfte des 4. Jahrhunderts dehnten sich die Hospize über den östlichen Mittelmeerraum hinaus aus und wurden von mönchischen Orden geleitet¹⁷. Die Aufgaben solcher Hospize waren allerdings andere als die heutiger Hospize. Die Versorgung Schwerstkranker stellte nur einen Teil der Arbeit dar. Daneben dienten sie als Herbergen für Pilger während der Kreuzzüge im Heiligen Land und entlang wichtiger Pilgerwege¹⁸. Die Funktion ausschließlich zur Pflege Sterbender kam Hospizen erst im 19. Jahrhundert zu. Eines der ersten Hospize, welches ausschließlich der Pflege und Begleitung Sterbender diente, wurde 1842 von *Jeanne Garnier* in Lyon ins Leben gerufen¹⁹. Sie gründete zusammen mit anderen die „Association des Dames du Calvaire“ (calvaire = Kalvarienberg, Kreuzweg), die unheilbar kranke Frauen pflegte, welche im Krankenhaus nicht aufgenommen wurden²⁰. Zu diesem Zeitpunkt kann erstmals von Einrichtungen zur palliativen Pflege unheilbar Kranker gesprochen werden.

Mit der Verbreitung der Antibiotika Mitte des 20. Jahrhunderts und den neuen operativen Möglichkeiten nach der Weiterentwicklung der Anästhesie trat in der Medizin

¹⁶ BT-Drs. 15/5858, S. 9; *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 9; *Klaschik*, in: Zenz/Jurna, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 5.

¹⁷ BT-Drs. 15/5858, S. 9; *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 9; *Klaschik*, in: Zenz/Jurna, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 5.

¹⁸ BT-Drs. 15/5858, S. 9; *Napiwotzky*, in: Anderheiden/Eckart, Handbuch Sterben und Menschenwürde, Kapitel 3.7, S. 864.

¹⁹ BT-Drs. 15/5858, S. 9; *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 9; *Klaschik*, in: Zenz/Jurna, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 5.

²⁰ *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 9.

allerdings die Beseitigung der Krankheitsursachen in den Vordergrund²¹. Darum wurden von einzelnen Ärzten und Krankenschwestern Konzepte entwickelt, die eine ganzheitliche Therapie des Patienten im Blick hatten. Ausgangspunkt der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin war die Gründung des St. Christopher's Hospice durch *Cicely Saunders* in London im Jahre 1967²². Neben der stationären Versorgung kamen hier eine Ambulanz und ein Hausbetreuungsdienst hinzu. Außerdem widmete man sich der Forschung und der Unterstützung Angehöriger. Das St. Christopher's Hospice wurde damit zum Vorbild für viele weitere Einrichtungen in der ganzen Welt²³.

Mit der Hospizbewegung ist die Palliativmedizin insoweit eng verbunden, als dass diese durch die Integration der Hospizidee in die Schulmedizin entstand²⁴. 1975 wurde die erste Palliativstation am Royal Victoria Hospital in Montreal als in das Krankenhaus integrierte Station eröffnet²⁵. Damit standen den Palliativpatienten alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Krankenhauses zur Verfügung. Der Gründer der Einrichtung, *Belfour Mount*, gilt als der Erste, der das Wort „palliativ“ benutzte und die auf die Sterbephase ausgerichtete Bezeichnung „Terminal Care“ durch „Palliative Care“ ersetzte²⁶. In fast allen europäischen Ländern entwickelte sich erst Ende der 80er bzw. Anfang der 90er Jahre eine derartige Hospizbewegung. 1989 wurde die European Association for Palliative Care (EAPC) gegründet, der Deutschland seit 1995 mit der „Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“ (DGP) angehört²⁷.

²¹ *Cremer-Schaeffer/Radbruch*, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 231; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: *Aulbert/Nauck/Radbruch*, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 4.

²² *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 10; *Klaschik*, in: *Zenz/Jurna*, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729; *ders.*, in: *Husebø/Klaschik*, Palliativmedizin, Kapitel 1, S. 2; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: *Aulbert/Nauck/Radbruch*, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 5.

²³ *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 10; *Klaschik*, in: *Zenz/Jurna*, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729; *ders.*, in: *Husebø/Klaschik*, Palliativmedizin, Kapitel 1, S. 2, 4; *Klaschik/Nauck/Radbruch/Sabatowski*, Der Urologe (B) 2001, S. 222.

²⁴ *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 10; *Klaschik*, in: *Zenz/Jurna*, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729; *Klaschik*, in: *Zenz/Donner*, Schmerz bei Tumorerkrankungen, Kapitel 6, S. 234.

²⁵ *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 10; *Klaschik*, in: *Zenz/Donner*, Schmerz bei Tumorerkrankungen, Kapitel 6, S. 234; *ders.*, in: *Husebø/Klaschik*, Palliativmedizin, Kapitel 1, S. 4.

²⁶ *Mount*, Canadian Medical Association Journal 1976, S. 119 ff.; vgl. auch *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 10; BT-Drs. 15/5858, S. 10; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: *Aulbert/Nauck/Radbruch*, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 2; *Klaschik*, in: *Zenz/Jurna*, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729.

²⁷ BT-Drs. 15/5858, S. 10; *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 10 f.; *Klaschik*, in: *Zenz/Jurna*, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729.

2. Entwicklung der Palliativversorgung in Deutschland

a) Das Verhältnis von Palliativmedizin und Hospizarbeit

Palliativmedizin und Hospizarbeit entwickelten sich in Deutschland im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern weitgehend unabhängig voneinander. Grund dafür war, dass die Hospizbewegung sterbenden Menschen eine psychosoziale und spirituelle Betreuung zukommen lassen wollte und das Hinzuziehen von Ärzten darum ablehnte²⁸. Zudem kam mit dem Fortschreiten der modernen Hochleistungsmedizin auf Seiten der Hospizbewegung die Befürchtung auf, dass eine zunehmende Medikalisierung die Verschlechterung der ganzheitlichen Sterbebegleitung zur Folge habe²⁹. Aus diesem Grund ist ein Hospiz in Deutschland eine Pflegeeinrichtung, die über eine eigene Organisationsstruktur verfügt und in der Patienten palliativ-pflegerisch, psychosozial und spirituell betreut werden, während niedergelassene Ärzte die medizinische Betreuung und Schmerztherapie übernehmen³⁰. Palliativstationen hingegen sind Stationen, die an ein Krankenhaus angebunden oder in ein solches integriert sind und unter ärztlicher Leitung stehen; Behandlungsziel ist hier die Schmerz- und Symptomlinderung³¹. Die Hospizbewegung wurde hauptsächlich von Laien getragen, während die Palliativmedizin eher ärztlichen Charakter hatte. Auch heute noch wird beanstandet, dass es in Hospizen an ärztlicher Präsenz mangle und eine Vielzahl der Patienten in Hospizen durch Hausärzte versorgt werde, die nicht ausreichend palliativ-medizinisch qualifiziert seien³².

Trotz der lange Zeit getrennten Entwicklung hat mittlerweile eine Veränderung des Verhältnisses von Hospizarbeit und Palliativmedizin eingesetzt. Obwohl Ausgangspunkt der Palliativmedizin die medizinische Versorgung ist, bei der Hospizbewegung aber die soziale Betreuung im Vordergrund steht, sind letztlich beides Ansätze zur Er-

²⁸ BT-Drs. 15/5858, S. 9; *Klaschik*, in: Husebø/Klaschik, Palliativmedizin, Kapitel 1, S. 6; *ders.*, in: Zenz/Jurna, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 730.

²⁹ *Engelmann*, GesR 2010, S. 578; *Klaschik*, in: Zenz/Jurna, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 730; *ders.*, in: Husebø/Klaschik, Palliativmedizin, Kapitel 1, S. 6.

³⁰ BT-Drs. 15/5858, S. 11; *Klinkhammer*, DÄ 2007, S. A-1066.

³¹ BT-Drs. 15/5858, S. 13; *Klinkhammer*, DÄ 2007, S. A-1066.

³² Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, HPCV-Studie 2010 „Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliative Care Versorgung in Deutschland, Sonder Hospiz Info Brief, Dezember 2010, S. 12. Vgl. auch BT-Drs. 15/5858, S. 15; *Sabatowski/Radbruch/Nauck/Loick/Meuser/Lehmann*, Der Schmerz 2001, S. 317.

möglichung eines Sterbens in Würde. Beide haben sich zum Ziel gesetzt, den Bedürfnissen schwerstkranker und sterbender Menschen entsprechend ein ganzheitliches Betreuungs- und Behandlungsangebot zur Verfügung zu stellen. Darum erscheint im Hinblick auf eine möglichst umfassende, die verschiedenen Behandlungsmethoden berücksichtigende Versorgung eine stärkere Kooperation und partnerschaftliche Zusammenarbeit sinnvoll³³. Hospize müssen palliativ-medizinisch erfahrene Ärzte in ihre Versorgung einbinden; Ärzte wiederum müssen lernen, den „empathischen Teil der Hospizidee in sich aufzunehmen“³⁴. Es ist daher zu wünschen und zu erwarten, dass künftig eine noch stärkere Vernetzung erfolgen wird, die den mehrdimensionalen Bedürfnissen der Palliativpatienten Rechnung trägt.

b) Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland

In Deutschland entwickelte sich die Palliativmedizin später als in Großbritannien. Zwar wurden erste Kontakte zur englischen Hospizbewegung geknüpft, dabei handelte es sich jedoch zunächst nur um Einzelinitiativen. Am Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen beispielsweise wurde bereits in den 60er Jahren Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Sterbe- und Angehörigenbegleitung in die Krankenhausarbeit integriert³⁵. Erst 1983 wurde mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe an der Chirurgischen Universitätsklinik Köln die erste deutsche „Station für Palliative Therapie“ eröffnet, welche sich am englischen Vorbild orientierte³⁶. Auch hier folgte kurze Zeit später die Einrichtung eines Hausbetreuungsdienstes. Im Jahre 1992 wurde mit der Fertigstellung des Mildred-Scheel-Hauses dieses Modellprojekt nochmals verbessert, indem nicht nur Palliativmedizin in größerem Umfang praktiziert, sondern auch eine praktische und theoretische Ausbildung zu palliativ-medizinischen Themen angeboten wurde³⁷.

³³ BT-Drs. 15/5858, S. 9; *Marburger*, WzS 2009, S. 137.

³⁴ *Eckart*, in: Anderheiden/Bardenheuer/Eckart, *Ambulante Palliativmedizin als Bedingung einer ars moriendi*, S. 45.

³⁵ BT-Drs. 15/5858, S. 15; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, *Lehrbuch der Palliativmedizin*, Kapitel 1.1, S. 5; *Radbruch/Zech*, in: Aulbert/Klaschik/Pichlmaier, *Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe*, S. 56; *Zech*, in: Klaschik/Nauck, *Palliativmedizin heute*, S. 90.

³⁶ BT-Drs. 15/5858, S. 15; *Engelmann*, GesR 2010, S. 578; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, *Lehrbuch der Palliativmedizin*, Kapitel 1.1, S. 6.

³⁷ *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, *Lehrbuch der Palliativmedizin*, Kapitel 1.1, S. 6 f.; *Zech*, in: Klaschik/Nauck, *Palliativmedizin heute*, S. 96.

Im Jahre 1991 begann erstmals ein von staatlicher Seite initiiertes Palliativprojekt. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützte in mehreren Krankenhäusern die Einrichtung von Palliativstationen als Modellprojekt³⁸. Nach Auslaufen der Förderung 1994 konnten die meisten Einrichtungen durch andere Träger weiterfinanziert werden³⁹. Eine erste Bestandsaufnahme der bestehenden palliativ-medizinischen Strukturen in Deutschland begann 1993. Dabei sollten Erkenntnisse über den derzeitigen Versorgungsstand gesammelt werden. Zu diesem Zeitpunkt existierten in der Bundesrepublik 32 stationäre Einrichtungen mit 297 Betten, davon 11 stationäre Hospize und 21 Palliativstationen⁴⁰. Zehn Jahre später standen in 206 stationären Einrichtungen insgesamt 1.774 Betten zur Verfügung⁴¹.

Der Aufbau einer palliativ-medizinischen Infrastruktur hat auch zu einer zunehmenden Institutionalisierung und Professionalisierung geführt. Im Jahre 1994 wurde die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin gegründet. Dabei handelt es sich um eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft und Gesellschaft für alle Interessierten in palliativ-medizinischen Berufsgruppen. Ihre Ziele sind die Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Qualitätssicherung im palliativ-medizinischen Sektor, die Forschungsförderung, die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen und die Verbesserung der palliativ-medizinischen Versorgungsstrukturen⁴².

c) Entwicklung der Hospizarbeit in Deutschland

Das Wort „Hospiz“ steht im weiteren Sinne für ein Versorgungskonzept. Der Name leitet sich vom lateinischen „hospitium“ (= Herberge/gastliche Aufnahme) ab⁴³. Dementsprechend sollen Hospize Herbergen sein für schwerstkranke und sterbende Men-

³⁸ BT-Drs. 15/5858, S. 15; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 7.

³⁹ BT-Drs. 15/5858, S. 15; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 7.

⁴⁰ BT-Drs. 15/5858, S. 15 für Dezember 1993. Vgl. bei *Zech*, in: Klaschik/Nauck, Palliativmedizin heute, S. 96 ähnliche Zahlen für Mai 1993. Ähnliche Angaben auch bei *Klaschik*, in: Zenz/Jurna, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 730.

⁴¹ BT-Drs. 15/5858, S. 1. Ähnliche Angaben bei *Noftz*, in: Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch, § 39a SGB V Rn. 4.

⁴² Vgl. Satzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Art. 2.

⁴³ *Arnold/Mailahn/Wilck*, Pschyrembel, klinisches Wörterbuch 2013, Stichwort: Hospiz; *Noftz*, in: Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch, § 39a SGB V Rn. 4.

schen. Die Hospizidee beinhaltet das Ziel, Menschen ein würdiges Sterben zu ermöglichen, bei dem der Wille des Patienten im Mittelpunkt steht. Menschen in der letzten Phase einer unheilbaren Erkrankung sollen unterstützt und gepflegt werden, damit sie in dieser Zeit so bewusst und zufrieden wie möglich leben können. Der Hospizbewegung liegt ein ganzheitliches Menschenbild zugrunde und sie versteht den Sterbeprozess als vollwertigen und wesentlichen Teil des menschlichen Lebens⁴⁴. Auch die Einbeziehung von Angehörigen und Freunden ist ein wichtiger Teil der Hospizarbeit, da der Mensch als Beziehungswesen auch im Sterbeprozess als sozial integriert angesehen wird. Vorrangig möchte die Hospizbewegung den Patienten ein Sterben in der häuslichen Umgebung ermöglichen. Dazu ist die Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams, bestehend aus Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Psychologen, Physiotherapeuten und ehrenamtlichen Helfern nötig⁴⁵. Nur so kann auf den individuellen Versorgungsbedarf der einzelnen Patienten adäquat eingegangen werden.

Daneben existiert ein engeres Begriffsverständnis von „Hospiz“. Im engeren Sinne versteht man die stationäre Verwirklichung der Hospizidee in einem „freistehenden“ Gebäude mit eigener Infrastruktur. Es handelt sich dabei also um eine Einrichtung zur Sterbebegleitung, die pflegerische Betreuung, menschliche Zuwendung und palliativmedizinische Versorgung für Patienten in der letzten Lebensphase bietet⁴⁶.

Die in England bereits Ende der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts entstandene Hospizbewegung begann sich in Deutschland erst später zu etablieren. Zwar wurden bereits zu dieser Zeit Kontakte mit der englischen Hospizbewegung aufgenommen, Bekanntheit erlangte diese in Deutschland jedoch erst durch den Dokumentarfilm „Noch 16 Tage – eine Sterbeklinik in London“ über die letzten Tage eines Patienten des St. Christopher’s Hospice, welcher 1971 ausgestrahlt wurde⁴⁷. Der Film bewirkte allerdings eine Assoziation von Hospizen mit „Sterbekliniken“ und führte so zu Missverständnissen der Hospizidee, indem diese sogar als Schritt in Richtung Euthanasie gewertet wur-

⁴⁴ BT-Drs. 15/5858, S. 8.

⁴⁵ BT-Drs. 15/5858, S. 8; *Noftz*, in: Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch, § 39a SGB V Rn. 7; *Schmidt*, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 8.

⁴⁶ *Klaschik*, in: Zenz/Jurna, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 734 f.; *Schmidt*, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 8.

⁴⁷ BT-Drs. 15/5858, S. 29; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 5.

de⁴⁸. In der Folge begegnete die Hospizidee immer wieder großen ethischen Vorbehalten. Kritisiert wurde vor allem, dass eine Tendenz zur Abschiebung von Sterbenden aus dem familiären Umfeld zu befürchten sei⁴⁹. Grund für diese Sichtweise war wohl unter anderem eine mangelhafte Information über die Ziele der Hospizbewegung. Diese ablehnende Haltung der Gesellschaft zeigt sich auch in einer Anfrage des Bundesministeriums für Jugend, Gesundheit und Familie im Jahr 1978 „nach einer Befürwortung des Baus von Sterbekliniken in Deutschland“, die von den befragten Kirchen und Wohlfahrtsverbänden mehrheitlich abgelehnt wurde⁵⁰.

Im Jahre 1984 etablierte *Johann Christoph Student* an der Evangelischen Fachhochschule Hannover die Arbeitsgruppe „Zuhause sterben“, welche die Verbesserung der Situation Schwerstkranker und Sterbender nach dem Hospizgedanken im Blickfeld hatte⁵¹. Zwei Jahre später wurde das erste stationäre Hospiz auf die Initiative von Pater *Paul Türks* im Anschluss an ein Aachener Altenheim gegründet. Das „Haus Hörn“ wurde nicht von einem Arzt, sondern einem Geistlichen geleitet, wobei die medizinische Versorgung durch Hausärzte erfolgte⁵². Dieses Modell ist typisch für die in Deutschland existierende Trennung zwischen Hospizarbeit und Palliativmedizin. Erst in den 90er Jahren breitete sich die Hospizidee in Deutschland aus und führte zur Gründung diverser ihrer Unterstützung dienender Initiativen und Vereine.

So wurde 1992 schließlich die Bundesarbeitsgemeinschaft zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin (BAG Hospiz) gegründet⁵³. Ihre Aufgaben sind vor allem die Verbreitung und Entwicklung des Hospizgedankens, die Sicherung der Qualität in der Hospizarbeit, die Förderung der For-

⁴⁸ Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 5 f.; BT-Drs. 15/5858, S. 29; Radbruch/Zech, in: Aulbert/Klaschik/Pichlmaier, Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe, 56 f.; Zech, in: Klaschik/Nauck, Palliativmedizin heute, S. 90 f.

⁴⁹ BT-Drs. 15/5858, S. 29.

⁵⁰ Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 5 f.; Zech, in: Klaschik/Nauck, Palliativmedizin heute, S. 90.

⁵¹ BT-Drs. 15/5858, S. 29; Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 6; Zech, in: Klaschik/Nauck, Palliativmedizin heute, S. 92.

⁵² BT-Drs. 15/5858, S. 29; Zech, in: Klaschik/Nauck, Palliativmedizin heute, S. 93.

⁵³ BT-Drs. 15/5858, S. 29; Beyer, in: Schlegel/Voelzke, juris Praxiskommentar Sozialgesetzbuch, § 39a SGB V Rn. 2; Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 6.

schung sowie die Beratung von Mitgliedern und Interessierten⁵⁴. 2008 wurde die BAG Hospiz in „Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.“ umbenannt. Diese Umbenennung ist ein Hinweis auf das sich im Vordringen befindliche, einheitliche Verständnis einer Palliativversorgung, die sowohl Hospizarbeit als auch Palliativmedizin umfasst. Eine Versorgung Schwerstkranker und Sterbender hat interdisziplinär mittels einer koordinierten Zusammenarbeit zwischen medizinischer Versorgung und Sterbebegleitung zu erfolgen. Darum wird im Folgenden allgemein von „Palliativversorgung“ gesprochen, was sowohl Palliativmedizin als auch Hospizarbeit einschließt.

d) Gegenwärtige Versorgungssituation

Es ist zunächst zwischen einer allgemeinen palliativ-medizinischen Versorgung und einer spezialisierten Palliativversorgung für Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf zu unterscheiden. Die allgemeine palliativ-medizinische Versorgung erfolgt im stationären Bereich in allgemeinen Krankenhausabteilungen und ambulant in den primären Versorgungsstrukturen der niedergelassenen (Haus-)Ärzte, der ambulanten Pflegedienste oder ambulanten Hospizdienste⁵⁵. Spezialisierte stationäre Palliativversorgung wird in stationären Hospizen, Pflegeeinrichtungen sowie speziellen Palliativstationen geleistet; spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch sogenannte Palliative-Care-Teams, in denen verschiedene Professionen – Ärzte, Pfleger, Psychologen und Seelsorger – zusammenarbeiten⁵⁶. Letztere ist allerdings nur dann erforderlich, wenn Patienten einen besonders aufwändigen Versorgungsbedarf haben, der mittels der Regelversorgung nicht gedeckt werden kann.

Im Jahr 2011 sind laut den Angaben des Statistischen Bundesamtes ca. 852.000 Menschen verstorben⁵⁷. Nach einer Studie der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospizhilfe hätten im Jahr 2008 etwa 60 Prozent der Verstorbenen palliative Fürsorge und hospizliche Begleitung benötigt⁵⁸. Jedoch hat nur jeder Fünfte tatsächlich eine ent-

⁵⁴ BT-Drs. 15/5858, S. 30.

⁵⁵ Engelmann, GesR 2010, S. 579.

⁵⁶ Engelmann, GesR 2010, S. 579, 584.

⁵⁷ Pressemitteilung Nr. 425 vom 06.12.2012 (abrufbar unter www.destatis.de).

⁵⁸ Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, HPCV-Studie 2010 „Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliative Care Versorgung in Deutschland,

sprechende Versorgung erhalten; ca. 23.000 Menschen wurden in einem stationären Hospiz begleitet, 44.000 auf einer Palliativstation und nicht einmal ganz 4.000 erhielten Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung⁵⁹. 39.000 Menschen wurden von ehrenamtlich arbeitenden ambulanten Hospizdiensten begleitet⁶⁰.

Im Bereich der spezialisierten stationären Palliativversorgung, die in Hospizeinrichtungen, Pflegeeinrichtungen oder speziellen Palliativstationen erfolgt, wurden in den letzten 25 Jahren große Fortschritte gemacht. Während es 1990 lediglich drei Palliativstationen und drei stationäre Hospize gab, ist deren Zahl 2007 bereits auf 139 bzw. 151 angewachsen. Aktuell gibt es 231 Palliativstationen und 195 stationäre Hospize⁶¹. Trotzdem ist die Versorgungslage unzureichend. Stationäre Hospize verfügen im Durchschnitt über 11,2 Betten, somit entfällt bei 507.000 bedürftigen Patienten nur auf jeden 274-ten ein Platz⁶². Die durchschnittliche Anzahl der Betten in Palliativstationen liegt bei 8,5. Mithin entfällt hier auf jeden 312-ten Bedürftigen ein Platz⁶³.

Ebenfalls problematisch ist die Lage bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Diese wird nach Berechnungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin jährlich von ca. 80.000 sterbenden Menschen benötigt, allerdings ist die Zahl der tatsächlich mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung betreuten Patienten wesentlich geringer. Dem Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2011 zufolge betrug die Zahl der Abrechnungsfälle im Jahr 2011 46.764 und ist damit im Vergleich zum Vorjahr (29.073 Abrech-

Sonder Hospiz Info Brief, Dezember 2010, S. 2, zwar bezogen auf das Jahr 2008, aber die Bedarfszahlen dürften jedenfalls nicht geringer geworden sein.

⁵⁹ Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, HPCV-Studie 2010 „Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliative Care Versorgung in Deutschland, Sonder Hospiz Info Brief, Dezember 2010, S. 2.

⁶⁰ Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, HPCV-Studie 2010 „Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliative Care Versorgung in Deutschland, Sonder Hospiz Info Brief, Dezember 2010, S. 2.

⁶¹ Zahlenmaterial: vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Entwicklung der stationären Hospiz- und Palliativstationen – Stand: 01/2011 bzw. 11/2011 (abrufbar unter www.dhpv.de); *Klaschik*, in: Husebø/Klaschik, Palliativmedizin, Kapitel 1, S. 6.

⁶² Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, HPCV-Studie 2010 „Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliative Care Versorgung in Deutschland, Sonder Hospiz Info Brief, Dezember 2010, S. 6.

⁶³ Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, HPCV-Studie 2010 „Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliative Care Versorgung in Deutschland, Sonder Hospiz Info Brief, Dezember 2010, S. 7.

nungsfälle) deutlich angestiegen⁶⁴. Im Jahr 2009 betrug die Zahl der Leistungsfälle sogar nur 2.614, allerdings bezogen auf nur drei Quartale⁶⁵. Gleiches gilt für die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (2011: 84,9 Millionen Euro; 2010: 47,82 Millionen Euro; 2009: 17,3 Millionen Euro)⁶⁶. Daran zeigt sich, dass sich das gesamte Verordnungs- und Leistungsgeschehen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung noch im Aufbau befindet. Die wesentlich schlechteren Zahlen der Jahre 2009 und 2010 machen deutlich, dass es zunächst einer entsprechenden „Anlaufzeit“ bedurfte. Die hohe Zahl der noch in Verhandlung stehenden Verträge (55) zeigt außerdem, dass der Ausbau der Versorgungsstrukturen noch lange nicht abgeschlossen ist⁶⁷.

Dennoch bleibt zu erkennen, dass in Deutschland nach wie vor eine erhebliche Versorgungslücke besteht. 2005 lag die Bundesrepublik mit ca. 22 Hospiz- und Palliativbetten pro 1 Million Einwohner zahlenmäßig deutlich hinter Ländern wie Großbritannien (54 Betten), Belgien (35 Betten) oder Polen (33 Betten) zurück⁶⁸. Auch im Bereich der Schmerzbekämpfung hat Deutschland bei der Verschreibung von Opioiden gegen chronische Schmerzen im Vergleich zu anderen Ländern Nachholbedarf. Die von den Vereinten Nationen ermittelten Verbrauchszahlen für Morphin sind ein wesentlicher Indikator für die Qualität der Schmerzbekämpfung in einem Land⁶⁹. Eine Ursache für den unzureichenden Einsatz von Opiaten und Opioiden war die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV). Diese reglementierte die Verschreibung starker Opioide und trug durch die Verschreibung komplizierende, teilweise straffbewehrte Vor-

⁶⁴ Vgl. den Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2011, S. 5. Die SAPV-Richtlinie in der Fassung vom 20.12.2007 wurde vom BMG mit der Auflage genehmigt, jährlich einen Bericht über die Leistungsentwicklung vorzulegen. Ziel dieser Auflage war und ist es, einen informativen Überblick über das Leistungsgeschehen der SAPV zu erhalten, um Erkenntnisse für ein eventuell erforderliches gesetzliches Nachsteuern bei dieser noch jungen Vorschrift zu erhalten. Dementsprechend ergeben sich aus dem Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2011 Hinweise zur Leistungsentwicklung und zur Umsetzung der SAPV-Richtlinie.

⁶⁵ Vgl. den Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009, S. 3.

⁶⁶ Vgl. die Berichte an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für die Jahre 2010, S. 5 und 2011, S. 6.

⁶⁷ Vgl. den Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2011, S. 39.

⁶⁸ Müller-Busch, G + G Beilage Wissenschaft 2008, S. 9.

⁶⁹ BT-Drs. 15/5858, S. 24; Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 12.

schriften zu einem Verschreibungsrückgang bei⁷⁰. Als Gründe für diese restriktive Handhabung gelten vor allem Misstrauen und eine im Wesentlichen unbegründete Angst vor Toleranzwirkung und Sucht, wobei bereits die Terminologie „Betäubungsmittel“ in diesem Zusammenhang unpassend erscheint⁷¹. Die Patienten sollen nicht betäubt werden, starke Schmerzmittel sollen eine erfolgreiche Schmerztherapie ermöglichen, die die Lebensqualität der behandelten Patienten verbessert⁷².

In den letzten Jahren erfolgte jedoch eine deutliche Verbesserung der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen mit Schmerzmedikamenten. Die 25. Änderung der BtMVV⁷³ vom 17.05.2011 beinhaltet bereits eine Verbesserung der Verordnungssituation, indem für Einrichtungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und stationäre Hospize die Möglichkeit der Bildung von Notfalldepots und der Weiterverwendung ärztlich verschriebener und nicht mehr benötigter betäubungsmittelhaltiger Schmerzmittel für andere Patienten vorgesehen wurde⁷⁴. Eine weitere Anpassung der betäubungsmittelrechtlichen Regelungen erfolgte durch die Änderung des § 13 BtMG durch das Zweite Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 19.10.2012⁷⁵. Nunmehr dürfen Ärzte zur Deckung eines nicht aufschiebbaren Betäubungsmittelbedarfs ambulant versorgten Palliativpatienten ein Betäubungsmittel in Form eines Fertigarzneimittels überlassen, wenn und solange der Bedarf durch eine Verschreibung nicht rechtzeitig gedeckt werden kann. Die Gesetzesänderung soll dazu führen, dass ambulant betreute Patienten in palliativ-medizinischen Krisensituationen ebenso zuverlässig mit Betäubungsmitteln versorgt werden können wie Patienten in stationärer Behandlung⁷⁶.

⁷⁰ Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 12; Strumpf/Zenz, in: Zenz/Jurna, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel C 13, S. 492.

⁷¹ Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 12; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Hintergrund-Information/Betäubungsmittel.

⁷² Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Hintergrund-Information/Betäubungsmittel.

⁷³ BGBl. I, S. 821.

⁷⁴ BR-Drs. 130/11, S. 11 f. Vgl. auch Klinkhammer, DÄ 2010, S. A-1655; Klinkhammer/Richter-Kuhlmann, DÄ 2010, S. A-1744.

⁷⁵ BGBl. I, S. 2192

⁷⁶ Nachricht der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vom 26.10.2012 (abrufbar unter dgpalliativmedizin.de).

3. Palliativmedizin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Entsprechend der rasanten Entwicklung der Palliativversorgung wächst auch der Bedarf an Angeboten der Aus-, Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich. Zunächst war jedoch ein Umdenken der Ärzte dahingehend erforderlich, das Heilungsziel in Fällen der Unheilbarkeit der Krankheit hintanzustellen und stattdessen eine Schmerzlinderung als ärztliche Aufgabe zu begreifen. Erst langsam entwickelte sich die Erkenntnis der Bedeutsamkeit einer angemessenen Schmerztherapie⁷⁷. Zu dieser gehört auch eine entsprechende Kenntnis moderner Schmerzbehandlungsmethoden. Auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2003 hat die Bundesärztekammer daher die Aufnahme einer Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin in die Muster-Weiterbildungsordnung beschlossen⁷⁸. Zudem wurden die Inhalte der Basisweiterbildung um Kompetenzen der Palliativmedizin erweitert⁷⁹. Nach Angaben des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde das Weiterbildungsangebot bis Ende 2008 von 2.356 Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen, was nicht einmal 1 % der in Deutschland tätigen Ärzte ausmacht⁸⁰. Ende 2010 waren es immerhin 5.417, Ende 2011 6.415 Ärzte⁸¹. Ein deutlicher Anstieg der Relevanz der Palliativversorgung zeigt sich also auch im Bereich der Aus- und Weiterbildung.

In der ärztlichen Ausbildung gehört seit der Neuregelung in § 27 der Approbationsordnung für Ärzte⁸² ein Leistungsnachweis im Querschnittsbereich Palliativmedizin zu den für die Zulassung zum 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung erforderlichen Leistungsnachweisen, so dass ab 2014 jeder, der die Approbation erhält, eine palliativmedizinische Ausbildung erlangt hat⁸³. Trotzdem mangelt es weiterhin an einer Institutionalisierung der universitären palliativ-medizinischen Ausbildung, was sich daran

⁷⁷ Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 13.

⁷⁸ Cremer-Schaeffer/Radbruch, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 232; Engelmann, GesR 2010, S. 578 f.; Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 14.

⁷⁹ BT-Drs. 15/5858, S. 20; Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 14.

⁸⁰ Vgl. den Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009, S. 16.

⁸¹ Vgl. die Berichte an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für die Jahre 2010, S. 29 und 2011, S. 16.

⁸² Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus (AssiPflKrRG) vom 30.07.2009, BGBl. I, S. 2495.

⁸³ Cremer-Schaeffer/Radbruch, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 232; Engelmann, GesR 2010, S. 578.

erkennen lässt, dass es derzeit lediglich sechs Lehrstühle für Palliativmedizin in Köln, Bonn, Aachen, München, Göttingen und Witten/Herdecke (Pädiatrische Palliativmedizin) gibt⁸⁴.

Im pflegerischen Bereich besteht keine spezielle palliativ-pflegerische Ausbildung, allerdings sind solche Elemente in den Ausbildungsgängen der Krankenpflege gemäß § 3 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes und der Altenpflege in § 3 Abs. 1 Nr. 6 des Altenpflegegesetzes vorgesehen. Zudem gibt es auch hier Angebote der Weiterbildung in speziellen Kursen in „Palliative Care“, welche Voraussetzung sind für eine Tätigkeit in einer stationären Hospizeinrichtung bzw. in ambulanten Palliative-Care-Teams⁸⁵.

III. Inhalte und Prinzipien der Palliativversorgung

Hauptziel der Palliativversorgung ist die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten. Dementsprechend beinhaltet sie mittels eines ganzheitlichen Ansatzes physische, psychische, soziale und spirituelle sowie ethische und rechtliche Aspekte⁸⁶. Die wesentlichen Grundsätze wurden bereits 1977 von *Saunders*⁸⁷ formuliert. Die Inhalte der Palliativversorgung sind im Sinne eines „high-person-low-technology“-Ansatzes umsetzbar, das heißt, das Menschliche steht im Vordergrund, während das technisch aufwändige Medizinische in den Hintergrund tritt⁸⁸. Die Bedeutung von Lebensqualität unterscheidet sich dabei für jeden Betroffenen. Darum erfolgt die Behandlung der Patienten individualisiert an einem Ort seiner Wahl (ambulant, stationär, zuhause, im Pflegeheim o.ä.) und durch ein multiprofessionelles Team, das speziell ausgebildet ist, aber auch ehrenamtliche Mitarbeiter integriert. Wesentlicher Bestandteil der ganzheitlichen Betreuung

⁸⁴ *Cremer-Schaeffer/Radbruch*, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 232; *Klinkhammer/Richter-Kuhlmann*, DÄ 2010, S. A-1744.

⁸⁵ *Engelmann*, GesR 2010, S. 579. Zu den Anforderungen an die Krankenpflegekraft in einem stationären Hospiz vgl. § 4 Abs. 4a der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 S. 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung i.d.F. vom 14.4.2010.

⁸⁶ BT-Drs. 15/5858, S. 5 f.; *Cremer-Schaeffer/Radbruch*, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 231; *Wurst*, in: MDK Bayern (Hrsg.), *Geriatric – Grundlagen der sozialmedizinischen Begutachtung*, S. 112.

⁸⁷ *Shepard*, Canadian Medical Association Journal 1977, S. 523.

⁸⁸ BT-Drs. 15/5858, S. 6; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, *Lehrbuch der Palliativmedizin*, Kapitel 1.1, S. 1; *Wurst*, in: MDK Bayern (Hrsg.), *Geriatric – Grundlagen der sozialmedizinischen Begutachtung*, S. 112.

ist zudem die Einbeziehung der Angehörigen, indem auch diese Betreuung, Begleitung und Unterstützung erfahren⁸⁹.

Eine dem Willen des Patienten entsprechende Behandlung setzt voraus, dass nicht Schmerzen, Übelkeit, Atemnot oder Verwirrtheit das Denken des Betroffenen bestimmen⁹⁰. Aus diesem Grund ist eine exzellente Symptomkontrolle, einschließlich der Schmerztherapie durch Spezialisten sowie eine leicht zugängliche zentrale Koordinationsstelle für das palliativ-medizinische Team nötig, um die angestrebte Verbesserung der Lebensqualität des Patienten zu gewährleisten⁹¹. Dadurch kann die Selbstständigkeit und Leistungsfähigkeit des Betroffenen in maximalem Umfang wiederhergestellt und erhalten werden und ein weitestgehend aktives Leben bis zum Tod ermöglicht werden. Auch in Fällen, in denen eine Symptomlinderung nicht erreichbar ist, hat die Palliativversorgung eine wichtige Beistandsfunktion. Der offene und ehrliche Umgang des Behandlungsteams mit dem Patienten kann diesem Geborgenheit und Sicherheit geben und dadurch ein Sterben in Würde ermöglichen⁹².

Um eine optimale Versorgung auf dem neuesten Stand der Forschung zu gewährleisten, ist weiterhin die Unterrichtung und Ausbildung von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Ehrenamtlichen nötig. Aufgrund der Komplexität der Probleme sind besondere menschliche, medizinische und pflegerische Kompetenzen notwendig. Ein multidisziplinärer Ansatz soll die Integration der psychischen, sozialen und seelischen Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen während der Krankheit, während des Sterbeprozesses, aber auch über den Tod hinaus ermöglichen.

Die Palliativversorgung tritt auch der Forderung nach einer Legalisierung aktiver Sterbehilfe entgegen. Statt aktiver Sterbehilfe sollen Hospizarbeit und Palliativmedizin Hilfe im Sterbeprozess sein und mittels moderner palliativ-medizinischer Behandlung ein schmerz- und beschwerdefreies Leben bis zum Schluss ermöglicht werden. Dennoch

⁸⁹ Cremer-Schaeffer/Radbruch, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 231; Klaschik, in: Husebø/Klaschik, Palliativmedizin, Kapitel 1, S. 3; Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 1.

⁹⁰ Volz, in: Höfling/Brysch, Recht und Ethik der Palliativmedizin, S. 6.

⁹¹ Volz, in: Höfling/Brysch, Recht und Ethik der Palliativmedizin, S. 6; Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 1.

⁹² BT-Drs. 15/5858, S. 6.

reißen die Diskussionen um eine Legalisierung der Sterbehilfe nicht ab. Es ist die Angst vieler Menschen, unwürdig sterben zu müssen und die Sorge, mit ihrem Bedürfnis nach adäquater und individueller Versorgung nicht ernst genommen zu werden, die den Ruf nach einer Liberalisierung des Sterbehilferechts lauter werden lassen. Laut einer FORSA-Umfrage, veröffentlicht in der Zeitschrift „Stern“ vom 13.10.2005, beantworten 74 % der befragten Personen die Frage, ob es den Ärzten erlaubt werden sollte, unheilbar kranke Menschen auf deren persönlichen Wunsch hin ein tödliches Mittel zu verabreichen, mit „Ja“⁹³. Eine Studie der Deutschen Hospiz Stiftung zeigt jedoch, dass diese Forderung schwächer ist, je mehr die Menschen über moderne Formen der Sterbebegleitung informiert sind. Nach einer kurzen Information über die Begriffe Palliativmedizin, Hospizarbeit und aktive Sterbehilfe und dem damit verbundenen Aufzeigen anderer Wege für die letzte Lebensphase, entscheiden sich nur noch 35 % der Befragten für aktive Sterbehilfe. Hingegen befürworten über die Hälfte (56 %) dann den Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit⁹⁴.

Nach einer im Auftrag der Bundesärztekammer 2009 durchgeführten Repräsentativbefragung unter 527 Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten konnten sich 37 % vorstellen, einem Patienten tödliche Medikamente zur Verfügung zu stellen, um seinen Suizid zu unterstützen. Für ein Viertel der Befragten könnte eine aktive Sterbehilfe in Betracht kommen⁹⁵. Fraglich ist, was die Gründe für ein solches Verständnis von Hilfe am Ende des Lebens sind. Eine Befragung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im Jahre 2002 macht deutlich, dass die Kenntnis der Grundsätze der Bundesärztekammer, professionelle Erfahrung und die Kenntnis von alternativen Möglichkeiten Gründe für eine ablehnende Haltung gegenüber Euthanasie darstellen⁹⁶. Hausärzte sind mit der Situation vielfach überfordert. Hier kann und muss die Palliativmedizin eingreifen und eine umfassende Unterstützung bieten. Der Ausbau von Palliativmedizin und

⁹³ Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, TNS-Infratest Studie „Aktive Sterbehilfe“, November 2005, S. 1.

⁹⁴ Brysch, in: Höfling/Brysch, Recht und Ethik der Palliativmedizin, S. 12; Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, TNS-Infratest Studie „Aktive Sterbehilfe“, November 2005, S. 2.

⁹⁵ Vgl. Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 17.07.2010 mit Verweis auf die Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach, Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft, Juli 2010, (jeweils abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de); Engelmann, GesR 2010, S. 578.

⁹⁶ BT-Drs. 15/5858, S. 7; Müller-Busch/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.3.1, S. 51; Müller-Busch/Klaschik/Oduncu/Schindler/Woskanjan, Zeitschrift für Palliativmedizin 2003, S. 75 ff.

Palliativpflege stellt dementsprechend nicht nur eine gesundheitspolitische, sondern auch eine gesellschaftspolitische Aufgabe dar⁹⁷. Ziel sollte der offene Umgang mit Sterben, Tod und Trauer sein, wobei das Sterben als Teil des Lebens angesehen wird.

Die Bundesärztekammer macht in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 18.02.2011⁹⁸ ebenfalls deutlich, dass es Aufgabe des Arztes ist, das Leben des Patienten zu erhalten, dessen Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, sowie Leiden zu lindern, gleichzeitig aber auch dem Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Es ist Teil der Hospizidee, dass das Sterben der ärztlichen Betreuung und Behandlung zuzuordnen ist und mithin alle aufgrund der Palliativsituation medizinisch indizierten Maßnahmen vom Arzt anzuordnen und zu verantworten sind. Dazu gehören vor allem Methoden der Schmerzbekämpfung und Leidenslinderung einschließlich medizinischer Hilfe beim Sterben⁹⁹. Die ärztliche Leistungspflicht umfasst alles Tun oder Unterlassen, das von der Rechtsordnung gebilligt wird, also die Grenzen der Sterbehilfe einhält. Wenn ein Arzt eine indizierte palliativ-medizinische Versorgung nicht oder unzureichend übernimmt, mithin seine Pflichten verletzt, macht er sich gegebenenfalls einer Körperverletzung schuldig¹⁰⁰. Die palliativ-medizinische Intervention hat eine völlig andere Richtung als die Tötung. Während sich diese gegen den Organismus des Betroffenen wendet, setzt Palliativmedizin bei der Krankheit und ihren Symptomen an und ist unmittelbar therapeutisch motiviert¹⁰¹.

IV. Palliativversorgung zwischen gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung

1. Einordnung in das Krankenversicherungssystem

In der gesetzlichen Krankenversicherung existieren diverse Vorschriften, die der Versorgung von Palliativpatienten dienen. Neben dem allgemeinen Behandlungsan-

⁹⁷ Müller-Busch, G + G Beilage Wissenschaft 2008, S. 12.

⁹⁸ Bundesärztekammer, DÄ 2011, S. A-346. Der Wortlaut der Grundsätze vom 07.05.2004 wurde im Anschluss an ein Urteil des BGH vom 25.06.2010 (NJW 2010, S. 2963 ff.) geändert, nach dem ein Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen strafrechtlich keine verbotene aktive Sterbehilfe ist, wenn der Abbruch dem Patientenwillen entspricht.

⁹⁹ Genzel/Binsack, Das Krankenhaus 1995, S. 540.

¹⁰⁰ Höfling, in: Höfling/Brysch, Recht und Ethik der Palliativmedizin, S. 3.

¹⁰¹ Höfling, in: Höfling/Brysch, Recht und Ethik der Palliativmedizin, S. 3.

spruch wegen Krankheit bestehen besondere Ansprüche sterbender Menschen, die sich dadurch auszeichnen, dass sie spezielle Regelungen ausschließlich für Schwerstkranke und Sterbende treffen. Dabei handelt es sich um § 39a SGB V, der Regelungen zur stationären und ambulanten Hospizversorgung trifft und um die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V.

a) Stationäre und ambulante Hospizleistungen

Gemäß § 39a Abs. 1 S. 1 SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. § 39a Abs. 2 S. 1 SGB V normiert eine Förderpflicht der Krankenkassen zugunsten ambulanter Hospizdienste, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen.

Hintergrund der Regelungen ist die Tatsache, dass Sterben und Tod in Deutschland vor allem auch durch die Hospizbewegung in den letzten Jahren immer weiter in den Vordergrund rückten. Nachdem 1993 die Kleine Anfrage zur „Versorgung sterbender Menschen in Deutschland“ dahingehend beantwortet wurde, dass zwar die Rahmenbedingungen für die Hospizbetreuung verbessert werden sollten, nicht jedoch eine Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sei, hat der Gesetzgeber mit der Verabschiedung des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23.06.1997¹⁰² mit der Einführung von Leistungen der stationären Hospize in das SGB V auf die besonderen Belange in der Versorgung von Sterbenden und deren Angehörigen reagiert. Die Einführung des § 39a SGB V beruhte auf der Beschlussempfehlung des Bundestagsausschusses für Gesundheit¹⁰³. Laut der im Ausschussbericht gegebenen Begründung sind neben ambulanten Hospizdiensten, die einen Bewusstseinswan-

¹⁰² BGBl. I, S. 1520.

¹⁰³ BT-Drs. 13/7264, S. 13.

del in Richtung der Sterbebegleitung im häuslichen Bereich herbeiführen können, in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig¹⁰⁴. Zuvor erfolgten Zuschüsse der Krankenkassen an Hospize ohne eine Rechtsgrundlage; die Neuregelung sorgt nun für eine Beteiligung jeder Krankenkasse in angemessenem Umfang an den Kosten der Hospizversorgung. Ziel war es, die Versorgungslücke zwischen häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V), Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) und vollstationärer Pflege der sozialen Pflegeversicherung (§ 43 SGB XI) zu schließen¹⁰⁵.

Mit dem Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf¹⁰⁶ vom 14.12.2001 wurde die Förderung ambulanter Hospizdienste in § 39a Abs. 2 SGB V eingefügt. Die Normierung beruhte auf einem „Entwurf eines Gesetzes zur Förderung ambulanter Hospizarbeit“ des Bundesrates vom 26.07.2001¹⁰⁷. Durch die Einführung wurden die Behandlungs- und Pflegeleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung um einen nichtmedizinischen Aspekt ergänzt¹⁰⁸. Zudem wurde dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen und der kostengünstigere ambulante Bereich gestärkt. Der Hospizbewegung sollte damit eine gesicherte finanzielle Grundlage gegeben werden.

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.03.2007¹⁰⁹ erfuhr § 39a SGB V einige Änderungen. Zunächst sollten auch die besonderen Belange der Versorgung in den ambulanten und stationären Kinderhospizen ausreichend berücksichtigt werden¹¹⁰. Diese Regelung ging zurück auf den Bericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht in der modernen Medizin – Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“¹¹¹. Gründe der Neuregelung wa-

¹⁰⁴ BT-Drs. 13/7264, S. 60 f.

¹⁰⁵ Beyer, in: Schlegel/Voelzke, juris Praxiskommentar Sozialgesetzbuch, § 39a SGB V Rn. 7; Nofitz, in: Hauck/Nofitz, Sozialgesetzbuch, § 39a SGB V Rn. 41.

¹⁰⁶ BGBl. I, S. 3728.

¹⁰⁷ BT-Drs. 14/6754.

¹⁰⁸ BT-Drs. 14/7473, S. 22.

¹⁰⁹ BGBl. I, S. 378.

¹¹⁰ Vgl. § 39a Abs. 1 S. 5, Abs. 2 S. 7 SGB V a.F. Die Regelungen bestehen weiterhin und befinden sich heute in § 39a Abs. 1 S. 2 a.E., S. 5, Abs. 2 S. 8 SGB V.

¹¹¹ BT-Drs. 15/5858. Vgl. zur Enquete-Kommission und zur Abgrenzung vom Nationalen Ethikrat: Taupitz, JZ 2003, S. 816 f.

ren ausweislich der Begründung des Gesetzesentwurfs der Fraktionen von CDU/CSU und SPD¹¹² der Ausbau der Kinderhospizarbeit und die Verringerung der Abhängigkeit von Spenden und ehrenamtlicher Mitarbeit für stationäre Kinderhospize unter Beachtung des Hospizgedankens, der eine vollständige Kostentragung verbiete. Des Weiteren wurde eine Schiedsmöglichkeit für den Fall der Nichteinigung eröffnet und eine ambulante Hospizbetreuung auch in stationären Pflegeheimen gewährleistet, um den Betroffenen ein Verbleiben in diesen bei qualifizierter Sterbebegleitung zu ermöglichen¹¹³.

Mit dem Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.07.2009¹¹⁴ versuchte der Gesetzgeber, die Hospizfinanzierung auf eine tragfähigere Basis zu stellen. Während zuvor die Zuschusshöhe bezüglich der Leistungen bei stationärer Hospizversorgung durch die Satzung der Krankenkasse festgelegt wurde, was zu starker und unterschiedlicher Eigenbeteiligung der Versicherten führte, trägt die Krankenkasse nunmehr die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungsgelder der sozialen Pflegeversicherung zu 90 %, bei Kinderhospizen zu 95 %¹¹⁵. Weitere Änderungen bezogen sich auf die Förderung ambulanter Hospizdienste. Im Sinne einer leistungsgerechten Vergütung und zur Planungssicherheit bezieht sich der Zuschuss nunmehr auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zur Zahl der Sterbebegleitungen ergibt. Zudem können ambulante Hospizleistungen auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe erbracht werden, da diese von den Versicherten ebenfalls als vertraute Umgebung empfunden werden¹¹⁶.

b) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Gemäß § 37b Abs. 1 SGB V haben Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Über die spezialisierte ambulante Palliativversor-

¹¹² BT-Drs. 16/3100, S. 106.

¹¹³ BT-Drs. 16/4247, S. 34.

¹¹⁴ BGBl. I, S. 1990.

¹¹⁵ BT-Drs. 16/13428, S. 89.

¹¹⁶ BT-Drs. 16/13428, S. 89.

gung schließen die Krankenkassen nach § 132d Abs. 1 SGB V mit geeigneten Einrichtungen oder Personen Verträge, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

Durch die Einführung der Regelungen sollten Versorgungsprobleme bei Patienten gelöst werden, die ein solch ausgeprägtes Krankheitsbild aufweisen, dass sie nur schwer zuhause gepflegt werden können. Dazu wurden zunächst verschiedene Modellprojekte der ambulanten Versorgung durchgeführt und seit Einführung der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V integrierte Versorgungsverträge zur Erbringung ambulanter Palliativversorgung geschlossen¹¹⁷. Davon abgesehen, fand eine vergütete Versorgung von Patienten, die einer besonderen palliativ-medizinischen Betreuung bedürfen, nicht statt. Die von der Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ erarbeiteten Empfehlungen wurden durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.03.2007¹¹⁸ in § 37b SGB V umgesetzt. Ziel der Regelung war die Betreuung auch der Versicherten mit besonders hohem Betreuungsbedarf in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung bis zu ihrem Tode. Der Gesetzgeber sieht darin die Erfüllung eines humanitären Anspruchs¹¹⁹.

Durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17.03.2009¹²⁰ wurde § 37b SGB V dahingehend geändert, dass die Wörter „in der vertrauten häuslichen Umgebung“ durch die Wörter „in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs“ ersetzt wurden. Diese Regelung sollte dem Ziel einer flächendeckenden palliativ-medizinischen Versorgung dienen, indem auch das familiäre Umfeld und andere haushaltsähnliche Wohnformen, wie die Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 SGB XII und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 SGB VIII, als Häuslichkeit einzustufen sind¹²¹.

¹¹⁷ Sendowski, GesR 2009, S. 287.

¹¹⁸ BGBl. I, S. 378.

¹¹⁹ BT-Drs. 16/3100, S. 105.

¹²⁰ BGBl. I, S. 534.

¹²¹ BT-Drs. 16/11429, S. 45.

Zuletzt wurde auch § 37b SGB V durch das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften¹²² inhaltlich geändert. Nunmehr haben Versicherte in stationären Hospizen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Wenn die ärztliche Versorgung, die im stationären Hospiz im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht wird, nicht ausreicht, um eine angemessene medizinische und pflegerische Versorgung der Sterbenden auch dort zu gewährleisten, ist zusätzlich der ärztliche Leistungsteil der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu erbringen¹²³.

2. Die Zuordnung zur gesetzlichen Krankenversicherung

Die besonderen Vorschriften zur Versorgung von Palliativpatienten sind der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet. Grundlage dieser ist Prinzip der Pflichtversicherung¹²⁴. Dies bedeutet, dass aus dem Eintritt der Versicherungspflicht die Entstehung eines öffentlich-rechtlichen Versicherungsverhältnisses kraft Gesetzes folgt¹²⁵. Der Zweck einer solchen Versicherung ist die „gemeinsame Deckung eines möglichen, in seiner Gesamtheit schätzbaren Bedarfs durch Verteilung auf eine organisierte Vielheit“¹²⁶. Dabei sollen bestimmte Risiken auf eine Gemeinschaft von Gefährdeten verteilt werden, so dass durch die Beitragszahlung der Mitglieder sichergestellt ist, dass der Bedarf eines jeden Versicherten, bei dem sich das Risiko realisiert, unabhängig von dessen Beitragshöhe gedeckt wird¹²⁷. Für die Frage, ob die Palliativversorgung tatsächlich der Krankenversicherung zugeordnet werden kann, ist demnach zu klären, ob mit der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden das Risiko der Krankheit versichert werden soll.

¹²² BGBl. I, S. 1990.

¹²³ BT-Drs. 16/13428, S. 89. Eine letzte Änderung erfolgte durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011, indem in § 37b Abs. 3 SGB V die Worte „bis zum 30. September“ gestrichen wurden.

¹²⁴ Zur Frage der Zulässigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtversicherung und eines möglichen Verstoßes gegen Art. 2 Abs. 1 GG: BVerfGE 115, 25 (42 ff.); *Muckel/Ogorek*, Sozialrecht, § 6 Rn. 16; *Papier*, in: v. Maydell/Ruland/Becker, Sozialrechtshandbuch, § 3 Rn. 122 ff.; *Sodan*, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 2 Rn. 103 ff. Für die Pflegeversicherung: BVerfGE 103, 197 (215 ff.); für die Rentenversicherung: BVerfG, NZS 2008, S. 142 (142 f.).

¹²⁵ *Muckel/Ogorek*, Sozialrecht, § 8 Rn. 18; *Zimmermann*, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 4 Rn. 4.

¹²⁶ BSGE 6, 213 (218, 227 f.); BVerfGE 75, 108 (146).

¹²⁷ *Muckel/Ogorek*, Sozialrecht, § 7 Rn. 5.

Gemäß § 1 S. 1 SGB V hat die Krankenversicherung die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Der Krankheitsfall bringt häufig hohe Kosten mit sich, vor allem bei längeren Arzt- oder Krankenhausbehandlungen; zudem kommen Einkommenseinbußen durch Verdienstaussfälle in Betracht. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sind abgesicherte Risiken daher die durch Krankheit eintretende Bedarfslage, die dadurch bedingten Aufwendungen und Verdienstaussfälle¹²⁸. Entsprechend der Aufgaben der Krankenversicherung existieren drei Grundtypen der gewährten Leistungen: die Prävention, die Krankenbehandlung und die Rehabilitation, wobei die medizinische Behandlung inklusive der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Mittelpunkt der Leistungsgewährung steht¹²⁹.

§ 27 Abs. 1 SGB V normiert einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dies stellt eine allgemeine Anspruchsgrundlage für alle in den §§ 27 bis 43 SGB V im Einzelnen geregelten Leistungen auf Krankenbehandlung dar¹³⁰. Damit wird die Zielrichtung und Zweckbestimmung aller Leistungen der Krankenbehandlung festgelegt. Auslösendes Moment ist die Krankheit, deren Definition im SGB V nicht zu finden ist. Dies erscheint sachgerecht, da der Inhalt des Krankheitsbegriffs ständigen Änderungen unterworfen ist, die eine in der Handhabung relativ starre Legaldefinition nicht geboten erscheinen lassen¹³¹. Nach herrschender Rechtsprechung und Praxis ist unter „Krankheit“ ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand zu verstehen, der entweder Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat¹³². Ziel der Behandlung ist es gemäß § 27 Abs. 1

¹²⁸ Muckel/Ogorek, Sozialrecht, § 8 Rn. 3; Schlegel, in: Schlegel/Voelzke, juris Praxiskommentar Sozialgesetzbuch, § 1 SGB V Rn. 22.

¹²⁹ Becker/Kingreen, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 1 SGB V Rn. 3; Krauskopf, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung – Pflegeversicherung, § 1 SGB V Rn. 8; Nebendahl, in: Spickhoff, Medizinrecht, § 1 SGB V Rn. 4.

¹³⁰ Höfler, in: Leitherer, Kasseler Kommentar, § 27 SGB V Rn. 6; Schramm/Witte, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 10 Rn. 62; Wagner, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung – Pflegeversicherung, § 27 SGB V Rn. 2; Waltermann, in: Kreikebohm/Spellbrink/Waltermann, Kommentar zum Sozialrecht, § 27 SGB V Rn. 1; Wenner, in: Prütting, Fachanwaltskommentar Medizinrecht, § 27 SGB V Rn. 1.

¹³¹ BT-Drs. 11/2237, S. 170; Lang, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 27 SGB V Rn. 3.

¹³² Siehe die Definition des Gesetzgebers: BT-Drs. 11/2237, S. 170; vgl. aus der Rechtsprechung nur BSG, SozR 3-2500 § 27 Nr. 11, S. 38; SozR 4-2500 § 27 Nr. 3 Rn. 4; SozR 4-2500 § 137c Nr. 1 Rn. 4; SozR 4-2500 § 27 Nr. 14 Rn. 10; vgl. aus dem Schrifttum nur Beerez, in: Ratzel/Luxenburger, § 6

S. 1 SGB V, den regelwidrigen körperlichen oder geistigen Zustand zu erkennen, zu heilen, seine Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern.

Zur Erreichung der Ziele der Krankenbehandlung müssen sowohl Behandlungsbedürftigkeit als auch Behandlungsfähigkeit vorliegen; die Krankheit muss mit Mitteln der Krankenbehandlung beeinflusst werden können¹³³. Problematisch kann dies bei nicht besserungsfähigen Dauerleiden sein, denn in diesen Fällen kann die ärztliche Behandlung unter Umständen nichts mehr ausrichten¹³⁴. Eine ähnliche Situation liegt bei Palliativpatienten vor. Eine Behandlung kann jedenfalls nicht mehr zu einem Heilungserfolg führen, im Vordergrund steht die Linderung von Schmerzen. Dies führt jedoch nicht dazu, dass die Behandlung Sterbender vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasst ist. Denn als Behandlungsziele kommen neben der Heilung auch die Verhütung von Verschlimmerungen, die Linderung von Beschwerden oder die Verlängerung des Lebens für eine begrenzte Zeit in Betracht¹³⁵. Die Linderung von Krankheitsbeschwerden umfasst insbesondere die Bekämpfung von Schmerzen, wobei die Besserung des subjektiven Empfindens des Patienten im Vordergrund steht¹³⁶. Soweit eine palliativ-medizinische Behandlung also der Schmerzlinderung dient, reicht dies für die Behandlungsfähigkeit aus. Demnach sind auch Behandlungen von Sterbenden vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst, denn der Todeseintritt ist im Vergleich zur Erkrankung als Verschlimmerung anzusehen¹³⁷.

Rn. 135; *Fahlbusch*, in: Schlegel/Voelzke, juris Praxiskommentar Sozialgesetzbuch, § 27 SGB V Rn. 31; *Höfler*, in: Leitherer, Kasseler Kommentar, § 27 SGB V Rn. 9; *Lang*, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 27 SGB V Rn. 10; *Wagner*, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung – Pflegeversicherung, § 27 SGB V Rn. 5; *Wenner*, in: Prütting, Fachanwaltskommentar Medizinrecht, § 27 SGB V Rn. 2.

¹³³ BSG, SozR 2200 § 216 Nr. 2, S. 2 f.; SozR 3-2500 § 39 Nr. 5, S. 30; SozR 4-2500 § 27 Nr. 3 Rn. 5; *Höfler*, in: Leitherer, Kasseler Kommentar, § 27 SGB V Rn. 25; *Lang*, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 27 SGB V Rn. 26; *Steege*, in: Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch, § 27 SGB V Rn. 50.

¹³⁴ Die Behandlungsbedürftigkeit wurde bei Dauerleiden, die therapeutischen Maßnahmen nicht mehr zugänglich sind, teilweise verneint, vgl. BSG, SozR 2200 § 184 Nr. 27. Vgl. auch *Höfler*, in: Leitherer, Kasseler Kommentar, § 27 SGB V Rn. 25.

¹³⁵ *Höfler*, in: Leitherer, Kasseler Kommentar, § 27 SGB V Rn. 26; *Wagner*, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung – Pflegeversicherung, § 27 SGB V Rn. 12. Vgl. auch BSG, SozR 4-2500 § 27 Nr. 2 Rn. 6; *Nebendahl*, in: Spickhoff, Medizinrecht, § 27 SGB V Rn. 25; *Rixen*, in: Anderheiden/Eckart, Handbuch Sterben und Menschenwürde, Kapitel 1.6, S. 96.

¹³⁶ *Knispel*, in: Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching, Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, § 27 SGB V Rn. 27; *Nebendahl*, in: Spickhoff, Medizinrecht, § 27 SGB V Rn. 30; *Waltermann*, in: Kreikebohm/Spellbrink/Waltermann, Kommentar zum Sozialrecht, § 27 SGB V Rn. 8.

¹³⁷ *Lang*, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 27 SGB V Rn. 26; *Muckel/Ogorek*, Sozialrecht, § 8 Rn. 92 unter Hinweis auf SozR 2200 § 216 Nr. 2, S. 2 ff.; *Waltermann*, in: Kreikebohm/Spellbrink/Waltermann, Kommentar zum Sozialrecht, § 27 SGB V Rn. 8.

3. Schnittstellen von Kranken- und Pflegeversicherung im Bereich der Palliativversorgung

Die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender betrifft nicht nur die Krankenversicherung, sondern weist auch eine Nähe zur sozialen Pflege auf. Menschen, die sich in der letzten Lebensphase befinden, werden häufig auch Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens benötigen. Dies ist gemäß § 1 Abs. 4 SGB XI gerade Aufgabe der Pflegeversicherung, nämlich Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Sie deckt das Risiko der Hilfebedürftigkeit bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung ab¹³⁸.

Ursprünglich wurde dieses Risiko vom deutschen Sozialversicherungssystem nicht erfasst. Wenn es nicht um Krankenbehandlung i.S.d. § 27 SGB V geht, sondern lediglich um Hilfeleistungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, kommen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in Betracht, so dass bis 1994 dadurch entstandene Kosten von den Pflegebedürftigen selbst, Angehörigen oder der Sozialhilfe zu tragen waren¹³⁹. Eine Einbeziehung in das System der gesetzlichen Krankenversicherung fand nicht statt, da bedarfsdeckende Leistungen nicht finanzierbar schienen und der angestrebten verhaltenssteuernden Wirkung zur Stärkung der häuslichen Pflege entgegenstanden¹⁴⁰. Zur Vermeidung der finanziellen Überforderung des Einzelnen und zur Entlastung der Sozialhilfe wurde daher mit dem SGB XI die eigenständige sozialversicherungsmäßige Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit eingeführt.

Deren Ziel ist es, dem Pflegebedürftigen zu helfen, trotz des Hilfebedarfs ein selbstständiges, selbstbestimmtes und der Würde des Menschen entsprechendes Leben zu

¹³⁸ Vgl. § 14 Abs. 1 SGB XI. Eingehend zum Begriff der Pflegebedürftigkeit: *Igl*, RsDE Heft 66 (2008), S. 1 ff.

¹³⁹ BT-Drs. 12/5262, S. 61 f.; *Eichenhofer*, Sozialrecht, Rn. 380; *Udsching*, in: Duttge, Recht am Krankenbett – Zur Kommerzialisierung des Gesundheitssystems, S. 127; *Waltermann*, Sozialrecht, Rn. 207. Zur Entstehungsgeschichte der Pflegeversicherung vgl. *Igl*, in: v. Maydell/Ruland/Becker, Sozialrechtshandbuch, § 18 Rn. 4 ff.

¹⁴⁰ *Udsching*, in: Duttge, Recht am Krankenbett – Zur Kommerzialisierung des Gesundheitssystems, S. 128. Vgl. auch BT-Drs. 12/5262, S. 67.

führen. Anders als im früheren § 53 SGB V, der Leistungen für Schwerpflegebedürftige regelte, ist nunmehr eine Pflegebedürftigkeit in erheblichem Maße ausreichend, um eine breite Absicherung des allgemeinen Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit zu erreichen¹⁴¹. Der Hilfebedarf muss durch eine körperliche, geistige oder seelische Krankheit oder Behinderung bedingt sein, es bedarf jedoch keiner Zuordnung zu einer bestimmten Krankheit¹⁴².

Eine Abgrenzung zwischen Pflegebedürftigkeit und behandlungsbedürftiger Krankheit wird vom Gesetz nicht getroffen. Die gesetzliche Krankenversicherung will ausschließlich Funktionsstörungen verhindern, lindern oder beheben, darüber hinausgehende Ziele werden nicht verfolgt¹⁴³. Sie ist dementsprechend darauf gerichtet, die Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu beheben oder zu mindern¹⁴⁴. Die Pflegebedürftigkeit hingegen setzt einen Funktionsausfall voraus, aufgrund dessen die Fähigkeit, Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auszuüben, beeinträchtigt ist. Sie ist allein durch den krankheits- oder behinderungsbedingten Hilfebedarf und dessen Umfang definiert¹⁴⁵. Leistungen zur Krankenbehandlung nach § 27 SGB V setzen also eine Krankheit voraus und dienen deren Verhinderung, Linderung oder Behebung; die Leistungen der Pflegeversicherung hingegen dienen der Kompensation der durch die Krankheit oder Behinderung verursachten Defizite bei den Verrichtungen des täglichen Lebens. Bei den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung geht es unmittelbar um die Krankheit oder Behinderung, bei der Pflegeversicherung um deren Folgen¹⁴⁶.

Für eine Zuordnung der Palliativversorgung zur Pflegeversicherung spricht insofern, dass die Palliativversorgung nicht mehr der Heilung dient, sondern an einer Situation ansetzt, in der diese nicht mehr möglich ist. Neben der Schmerzlinderung, die dann im Vordergrund steht, hat die Versorgung von Palliativpatienten einen gewichtigen pflege-

¹⁴¹ BT-Drs. 12/5262, S. 95; *Gebhardt*, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung – Pflegeversicherung, § 14 SGB XI Rn. 6; *Koch*, in: Leitherer, Kasseler Kommentar, § 14 SGB XI Rn. 3; *Schulin*, NZS 1994, S. 440.

¹⁴² *Pfitzner*, in: Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching, Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, § 14 SGB XI Rn. 56.

¹⁴³ *Becker/Kingreen*, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 1 SGB V Rn. 3.

¹⁴⁴ *Gebhardt*, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung – Pflegeversicherung, § 14 SGB XI Rn. 8; *Heinemann*, Medizinische Begutachtung in der privaten und sozialen Pflegeversicherung, S. 16.

¹⁴⁵ *Koch*, in: Leitherer, Kasseler Kommentar, § 14 SGB XI Rn. 3.

¹⁴⁶ *Gebhardt*, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung – Pflegeversicherung, § 14 SGB XI Rn. 8.

rischen, seelsorgerischen und spirituellen Aspekt. Die Zuständigkeit der Pflegeversicherung für Schwerstkranke und Sterbende ergibt sich zudem aus der Zielgruppe der Pflegeversicherung. Der Gesetzgeber bezweckte damit primär eine Absicherung der altersbedingten Gebrechlichkeitspflege¹⁴⁷. Die Pflegebedürftigkeit ist tatsächlich nicht ausschließlich, aber doch hauptsächlich ein altersspezifisches Problem. 83 % der Pflegebedürftigen sind älter als 65 Jahre¹⁴⁸. Im Bereich der 60 bis 65-Jährigen beträgt der Anteil Pflegebedürftiger lediglich 1,7 %, während sie bei den 75 bis 80-Jährigen bereits 9,9 % und bei den 80 bis 85-Jährigen 19,9 % beträgt¹⁴⁹. Gleiches gilt für die Palliativversorgung. Auch diese kommt nicht ausschließlich älteren Patienten zugute, sie stellen aber den größten Anteil dar. So betrug das Durchschnittsalter der von ambulanten Hospizdiensten betreuten Patienten im Jahre 2004 ca. 72 Jahre, in stationären Hospizen betrug das durchschnittliche Lebensalter 70 Jahre¹⁵⁰.

Die Abgrenzung der Risiken Krankheit und Pflegebedürftigkeit kann allerdings Schwierigkeiten bereiten, da beide Risiken auf identische oder zumindest vergleichbare Defizite in der Person des Versicherten abstellen¹⁵¹. Die Begrenzung des Umfangs der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit führt zwangsläufig zu Schnittstellen im Grenzbereich des grundsätzlich bedarfsdeckenden Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung¹⁵². Gerade für den Bereich der Palliativversorgung gilt, dass Bezugspunkte sowohl zum Krankenversicherungs- als auch zum Pflegeversicherungsrecht bestehen. Bei Palliativpatienten liegt oftmals sowohl Krankheit als auch Pflegebedürftigkeit vor, so dass sie Leistungen beider Versicherungsträger erhalten können. Die speziell auf die Versorgung Sterbender zugeschnittenen Regelungen der Hospizversorgung (§ 39a SGB V) und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37b SGB V) sind zwar im Krankenversicherungsrecht geregelt, trotzdem bestehen in beiden Vorschriften

¹⁴⁷ *Udsching*, in: Duttge, Recht am Krankenbett – Zur Kommerzialisierung des Gesundheitssystems, S. 129 mit Verweis auf Vorarbeiten zum Pflegeversicherungsgesetz, die eine Beschränkung der Pflegeversicherung auf nicht erwerbstätige Personen über 60 Jahre vorsahen, vgl. BR-Drs. 137/86.

¹⁴⁸ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, S. 8 (abrufbar unter www.destatis.de); *Igl*, in: Hoyer/Hattenhauer/Meyer-Pritzl/Schubert, Gedächtnisschrift für Jörn Eckert, S. 380.

¹⁴⁹ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, S. 8 (abrufbar unter www.destatis.de).

¹⁵⁰ *Pfeffer*, in: Sabatowski/Radbruch/Nauck/Roß/Zernikow, Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin, S. 49 f.

¹⁵¹ *Heinemann*, Medizinische Begutachtung in der privaten und sozialen Pflegeversicherung, S. 15; *Udsching*, in: Bender/Eicher, Sozialrecht – eine Terra incognita, S. 95; *ders.*, in: Duttge, Recht am Krankenbett – Zur Kommerzialisierung des Gesundheitssystems, S. 134; *Waltermann*, Sozialrecht, Rn. 220.

¹⁵² *Udsching*, SGB 2007, S. 694; *ders.*, in: Bender/Eicher, Sozialrecht – eine Terra incognita, S. 88.

Bezugspunkte auch zur Pflegeversicherung. Diese werden in der vorliegenden Arbeit näher untersucht, um festzustellen, ob eine Verortung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung möglicherweise näher läge.

V. Zusammenfassung

Palliativversorgung soll die Lebensqualität von Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung durch Linderung von Leiden und effektive Schmerzbehandlung verbessern und somit ein Sterben in Würde ermöglichen. Die Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland war anfangs sehr zurückhaltend. Erst in den 90er Jahren kam eine deutliche Dynamisierung auf. Seit der Eröffnung der ersten deutschen Palliativstation 1983 sind viele ambulante und stationäre palliativ-medizinische Einrichtungen entstanden. Vor allem in den letzten Jahren wurden große Fortschritte im Bereich der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender gemacht, insbesondere wurden mit der Einführung der Hospizversorgung gemäß § 39a SGB V und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V in das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung erstmals spezielle Regelungen getroffen, die ausdrücklich und ausschließlich die Versorgung von Palliativpatienten betreffen.

Palliativversorgung in der gesetzlichen
Krankenversicherung

Zur Hospizversorgung nach § 39a SGB V und zur
spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach §
37b SGB V

Föllmer, J.

2014, XV, 328 S., Softcover

ISBN: 978-3-642-41317-9