

Palliativversorgung

Patientinnen und Patienten, die an einer nicht heilbaren Erkrankung leiden, sind oftmals Schmerzen und anderen Begleiterscheinungen wie Übelkeit, Erbrechen, Atemnot oder Verwirrtheit ausgesetzt. Die Lebensqualität dieser Menschen kann außerdem durch psychische, soziale und spirituelle Sorgen beeinträchtigt werden.

Viele Patientinnen und Patienten wünschen, in der häuslichen, zumindest aber in gewohnter Umgebung zu sterben. Sie möchten nicht allein gelassen werden und nicht unter Schmerzen leiden müssen. Es ist ein anerkanntes gesellschaftliches Ziel, diesen Wünschen nachzukommen, den schwer kranken Patientinnen und Patienten einen würdigen Lebensraum zu schaffen und ihre Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen.

Hierzu leisten die Konzepte und Erfahrungen der Hospizbewegung (Hospice Care) sowie der Palliativmedizin und Palliativpflege (Palliative Care) einen wesentlichen Beitrag. Die Hospizbewegung will mit ihren ambulanten und stationären Angeboten die Sterbephase aus den Krankenhäusern heraus in das häusliche beziehungsweise in ein vergleichbares Umfeld zurückholen. Daran anknüpfend ist die Palliativmedizin ein vom Respekt vor der Würde und Selbstbestimmung des Sterbenden geprägter multidisziplinärer Behandlungs- und Betreuungsansatz, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, Leid zu lindern und eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu gewährleisten.

Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung erhalten die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit 1. April 2007 einen eigenständigen Anspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“.

Hierbei handelt es sich um ärztliche und pflegerische Leistungen, die von so genannten Palliative Care Teams erbracht werden – bei Bedarf rund um die Uhr. Diese Leistungen sind primär medizinisch ausgerichtet und umfassen die Befreiung von Schmerzen und die Linderung anderer belastender Symptome wie Luftnot, Übelkeit oder Erbrechen.

Darüber hinausgehende Begleitleistungen (zum Beispiel Sterbebegleitung und Begleitung der Angehörigen) gehören nicht zum Leistungsanspruch und sind weiterhin ergänzend, beispielsweise von ambulanten Hospizdiensten, zu erbringen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll Versicherten ermöglichen, bis zum Tode in der vertrauten häuslichen Umgebung betreut zu werden. Der neue Leistungsanspruch steht Palliativpatienten mit einer begrenzten Lebenserwartung zu, die einen besonderen Versorgungsbedarf (zum Beispiel aufgrund einer besonderen Schwere und Häufung unterschiedlicher Symptome) aufweisen und dennoch ambulant versorgt werden könnten. Die übrigen Palliativpatienten werden weiterhin in den bestehenden Strukturen, insbesondere durch Vertragsärzte, Pflegedienste und stationäre Einrichtungen, palliativmedizinisch versorgt.

Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist die Verordnung durch einen Arzt. Die Leistung kann nicht nur von Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, verordnet werden, sondern auch von entsprechend qualifizierten Krankenhausärzten.

Damit wird gewährleistet, dass die ambulante Palliativversorgung ohne zeitlichen Verzug im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erbracht werden kann. Der verordnende Arzt ist verpflichtet, dem behandelnden Palliative Care Team alle notwendigen Informationen über die bisherige Behandlung zu übermitteln.

Die nähere Konkretisierung des Leistungsinhalts der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der die Richtlinien festsetzt. In den Richtlinien wird auch die Zusammenarbeit der Palliative Care Teams mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten sowie mit stationären Hospizen geregelt. Die Richtlinien beinhalten schließlich auch Regelungen über die notwendige fachliche Zusammenarbeit zwischen den verordnenden Ärzten, den Leistungserbringern und den Palliative Care Teams.

Verbessert wurden auch die Rahmenbedingungen für Kinderhospize. Mussten die Einrichtungen bislang einen Kostenanteil von zehn Prozent selbst tragen (durch Spenden und ehrenamtliches Engagement), beträgt der Anteil seit 1. April 2007 nur noch fünf Prozent.