



Niedersächsisches Ministerium  
für Soziales, Frauen, Familie  
und Gesundheit

Hannover, im März 2006

**Rahmenkonzept  
zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung  
in Niedersachsen**

## **Gliederung:**

### **Einleitung**

#### **I. Ausgangslage**

##### I.1 Begriffsbestimmungen:

I.1.1 „Palliativversorgung (syn.: Palliative Care)“ im Sinne des Rahmenkonzepts

I.1.2 Basisversorgung in Palliative Care

I.1.3 Spezialversorgung in Palliative Care

##### I.2 Finanzierung der Palliativversorgung

##### I.3 Ansatz des Rahmenkonzepts

#### **II. Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen**

##### II.1 Ziel der Landesregierung

##### II.2 Weiterentwicklung der Basisversorgung

##### II.3 Weiterentwicklung der Spezialversorgung

II.3.1 Komponenten der Spezialversorgung

II.3.2 Verbindung von Basis- und Spezialversorgung

II.3.3 Palliativstützpunkte

II.3.3.1 Struktur und Anbindung

II.3.3.2 Leistungsangebot

II.3.3.3 Beteiligte Leistungserbringer

II.3.3.4 Landesförderung

##### II.4 Fortschreibung des Rahmenkonzepts

## **Einleitung**

Die in diesem Rahmenkonzept enthaltenen Ansätze zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen basieren in erster Linie auf dem Gutachten der Medizinischen Hochschule Hannover vom Oktober 2004 zur Palliativversorgung in Niedersachsen, das vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen gemeinsam in Auftrag gegeben und gemeinsam finanziert wurde.

Das Rahmenkonzept wurde unter Einbeziehung eines Expertengremiums aus Vertreterinnen und Vertretern von an der Palliativversorgung in Niedersachsen beteiligten Leistungsanbietern, der Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen, der Hospizstiftung Niedersachsen, der Ärztekammer Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen sowie der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen erarbeitet.

## I. Ausgangslage

### **I.1 Begriffsbestimmungen**

#### I.1.1 Palliativversorgung (syn.: Palliative Care)

Palliativversorgung (syn.: Palliative Care) im Sinne dieses Rahmenkonzepts ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist<sup>1</sup>.

Die Palliativversorgung betrifft Kernwerte und existenzielle Fragen des Lebens. Sie ist in sich sehr heterogen mit einer Vielzahl unterschiedlicher Leistungserbringer.

Unter dem Dach der Palliativversorgung treffen der professionell geprägte Bereich der Palliativmedizin und der ehrenamtlich geprägte Bereich der Hospizarbeit aufeinander. Die Palliativversorgung ist insofern nicht nur ein Teilbereich des Gesundheitswesens, sondern muss zugleich in ihrem gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang betrachtet werden.

Dieses Rahmenkonzept geht von der Prämisse aus, dass die Palliativversorgung in eine Basisversorgung und eine Spezialversorgung gegliedert ist, wobei ein Nichtausbau der Strukturen in der Basisversorgung schnell eine Überlastung der Strukturen in der Spezialversorgung nach sich ziehen kann.

---

<sup>1</sup> Definition entspr. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP).

### I.1.2 Basisversorgung in Palliative Care

Die Basisversorgung in Palliative Care ist elementarer Bestandteil der allgemeinen Versorgung. Diese Basisversorgung findet statt innerhalb aller Strukturen und Professionen, die regelhaft schwerstkranke und sterbende Patientinnen und Patienten versorgen.

Leistungen der Basisversorgung in Palliative Care werden in erster Linie erbracht von Hausärzten und Hausärztinnen sowie von ambulanten Pflegediensten, in Krankenhäusern sowie in Alten- und Pflegeheimen.

Auf die besondere Bedeutung der Alten- und Pflegeheime innerhalb der Palliativversorgung kann in diesem Rahmenkonzept nicht näher eingegangen werden. Sie haben bei der Pflege und Betreuung Sterbender quantitativ umfangreiche Aufgaben der palliativen Basisversorgung im Rahmen des SGB XI - und gelegentlich auch der palliativmedizinischen Spezialversorgung im Rahmen des SGB V - wahrzunehmen (vgl. S. 32, S. 114 ff und S. 260 des o.a. Gutachtens). Dies gilt insbesondere in Bezug auf Menschen mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems. Für die Alten- und Pflegeheime werden sich im Zuge der in diesem Rahmenkonzept geforderten Maßnahmen zur Verbesserung der Basisversorgung vermehrt Anfragen und Aufgaben stellen, die jedoch in erster Linie im bundespolitischen Raum zu klären sind. Bereits an dieser Stelle sei hierzu auf die von der Hospiz LAG geforderte Änderung des § 39a SGB V bezüglich der Fördermaßnahmen für ehrenamtliche Hospizbegleitung in stationären Pflegeheimen hingewiesen, um auch den Heimen Möglichkeiten neuer Ressourcen für den wachsenden palliativen Versorgungsbedarf zu erschließen.

### I.1.2 Spezialversorgung in Palliative Care

Neben der Basisversorgung in Palliative Care sind in den vergangenen Jahren Strukturen einer Spezialversorgung in Palliative Care entstanden, die für diejenigen Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen, die aufgrund der Ausprägung ihrer Probleme und Bedürfnisse eine über die Basisversorgung hinaus gehende Versorgung benötigen.

## **I.2 Finanzierung der Palliativversorgung**

Die Palliativversorgung ist durch die Vielzahl unterschiedlicher Leistungserbringer auch geprägt von entsprechend heterogenen Finanzströmen:

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zur Krankenbehandlung umfassen seit langem palliativmedizinische Betreuung. Die Versorgung von unheilbar Kranken und Sterbenden ist ein wichtiger und wachsender Bestandteil insbesondere der Leistungen der Vertragsärzteschaft und der Krankenhäuser.

1995 wurde die Pflegeversicherung als eigenständiger Versicherungszweig eingeführt. Zentraler Inhalt der häuslichen und stationären Pflege ist hier ebenfalls die pflegerische Begleitung von Palliativpatientinnen und –patienten.

In beiden Versicherungszweigen entfällt damit ein erheblicher Anteil der Leistungen und Finanzmittel auf die medizinische und pflegerische Betreuung von sterbenskranken Menschen.

Zum 01.01.1998 wurde der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung über die eigentliche Krankenbehandlung hinaus um die spezielle palliativmedizinische Behandlung in stationären Hospizen erweitert; zum 01.01.2002 wurde die Förderung auch der ambulanten Hospizdienste durch die gesetzlichen Krankenkassen eingeführt. Die hospizliche Versorgung wird daneben aus Spendengeldern sowie durch Eigenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten sowie der Einrichtungsträger finanziert.

## **I.3 Ansatz des Rahmenkonzepts**

Das Prinzip eines derart abgestuften Versorgungsangebots stellt eine gute Grundlage zur Palliativversorgung dar. Sein Nutzen für die betroffenen Menschen hängt aber wesentlich davon ab, dass die beteiligten Leistungserbringer sinnvoll aus- und weitergebildet sind und eine kooperative Zusammenarbeit praktizieren. Insbesondere eine engere Vernetzung der vorhandenen Angebotsstrukturen ist daher der wesentliche Ansatz dieses Rahmenkonzeptes.

## **II. Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen**

### **II.1 Ziel der Landesregierung**

Angestrebt wird der landesweit flächendeckende Aufbau einer qualitativ guten und quantitativ ausreichenden Palliativversorgung, ausgehend von den Modulen einer Basis- und einer Spezialversorgung in Palliative Care.

### **II.2 Weiterentwicklung der Basisversorgung in Palliative Care**

Die Basisversorgung muss verbessert werden. Grundkenntnisse in Palliative Care müssen überall dort vorhanden sein, wo regelhaft Schwerstkranke und Sterbende versorgt werden.

Hierfür sind insbesondere folgende Ansätze zu verfolgen:

- Verstärkte Aus-, Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen, die in die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten eingebunden sind; dabei sollen diese Maßnahmen interprofessionell und interdisziplinär ausgerichtet sein.
- Ausbau der Vorbereitung und Fortbildung der in die Versorgung von Palliativpatienten eingebundenen ehrenamtlich Tätigen.
- Intensivierung der palliativmedizinischen Ausbildung der Medizinstudierenden; die Approbationsordnung sollte künftig die Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach vorsehen.
- Verbesserung der Kommunikation und Kooperation der Versorgungssektoren (ambulant, stationär), um eine qualifizierte Palliativversorgung über die gesamte Versorgungskette zu gewährleisten.
- Entwicklung von Standards und Leitlinien, die in Behandlungsschritte und Versorgungsketten integriert werden.

## II.3 Weiterentwicklung der Spezialversorgung in Palliative Care

### II.3.1 Komponenten der Spezialversorgung

Dieses Rahmenkonzept geht hinsichtlich der Spezialversorgung in Palliative Care von folgenden Komponenten aus:

⇒ Palliativstützpunkte

- zur Beratung der Leistungserbringer in der Basisversorgung und
- zur Koordination des Angebotes in der Spezialversorgung; dieses Angebot umfasst in erster Linie folgende Leistungen:
  - ambulante Versorgung durch
    - an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärztinnen oder Fachärzte mit besonderer palliativmedizinischer Qualifikation,
    - Pflegedienste, die durch fest angestellte Pflegefachkräfte mit Weiterbildung in Palliative Care eine entsprechende 24stündige Bereitschaft gewährleisten oder durch Ambulante Palliativdienste,als Ergänzung zur Basisversorgung (im Wesentlichen Beratung, Anleitung und Mithilfe bei der Koordination im Versorgungsprozess durch in Palliative Care besonders qualifizierte Personen),
  - ambulante Begleitung und Betreuung durch Hospizdienste,
  - stationäre Begleitung und Betreuung in Hospizen,
  - stationäre Versorgung in Krankenhäusern, die über eine geeignete palliativmedizinische Infrastruktur (z.B. Palliativstationen lt. Definition der DGP), ggf. incl. eines Palliativmedizinischen Konsiliardienstes verfügen,

⇒ Forschung und Lehre in Palliativmedizin und Palliative Care.

### II.3.2 Verbindung von Basis- und Spezialversorgung

Die Leistungserbringer in der Basisversorgung sind so weit wie möglich in die Spezialversorgung einzubinden, um keinen Bruch an der Schnittstelle zwischen bisherigen Leistungserbringern (z.B. Hausarzt, Pflegeheime) und Spezialisten in Palliative Care entstehen zu lassen. Die Einbeziehung der Spezialversorgung

in die Basisversorgung soll daher in erster Linie durch den Hausarzt im Sinne eines Primärarztes erfolgen.

Die Einbeziehung der Spezialversorgung in den gesamten Versorgungsprozess kann erfolgen durch

- Beratungs-/Konsilleistungen,
- punktuelle Behandlungsintervention,
- vollständige Übernahme der Versorgung.

### II.3.3 Palliativstützpunkte

Die Schlüsselstellung innerhalb der Spezialversorgung in Palliative Care nehmen nach diesem Rahmenkonzept die Palliativstützpunkte ein.

#### II.3.3.1 Struktur und Anbindung

Ein Palliativstützpunkt ist ein konzeptioneller Organisationsverbund zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern der Spezialversorgung auf der Basis einer gemeinsamen Vereinbarung über Vernetzung und Kooperation im Sinne eines abgestuften Zusammenwirkens nach Maßgabe der jeweiligen Bedürfnisse der betroffenen Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen.

Ein Palliativstützpunkt ist organisatorisch an einen der vorgenannten Leistungserbringer anzubinden und wird durch diesen gegenüber Dritten vertreten.

#### II.3.3.2 Leistungsangebote

Unter dem Dach eines Palliativstützpunktes sind mindestens folgende Leistungen der Palliativversorgung anzubieten:

- ⇒ eine 24-Stunden-Hotline insbesondere zur
  - Beratung der an der Basisversorgung beteiligten Leistungserbringer sowie
  - Koordination der an der Basis- und der Spezialversorgung beteiligten Leistungserbringer,
- ⇒ wohnortnahe ambulante Versorgung durch
  - an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärztinnen oder Fachärzte mit besonderer palliativmedizinischer Qualifikation,

- Pflegedienste, die durch fest angestellte Pflegefachkräfte mit Weiterbildung in Palliative Care eine entsprechende 24stündige Bereitschaft gewährleisten oder durch Ambulante Palliativdienste,
- ⇒ wohnortnahe ambulante Begleitung und Betreuung durch Hospizdienste,
- ⇒ stationäre Begleitung und Betreuung in Hospizen,
- ⇒ stationäre Versorgung in Krankenhäusern, die über eine geeignete palliativmedizinische Infrastruktur (z.B. Palliativstationen lt. Definition der DGP), ggf. incl. eines Palliativmedizinischen Konsiliardienstes verfügen.

Die Angebote der stationären Versorgung müssen nicht wohnortnah vorhanden sein, sie sollten aber in Abhängigkeit von den jeweiligen regionalen Gegebenheiten möglichst innerhalb einer Anfahrzeit von 1 Stunde erreicht werden können.

Unter diesem Aspekt können Krankenhäuser oder stationäre Hospize ihr Leistungsangebot gleichzeitig über mehrere Palliativstützpunkte zur Verfügung stellen.

### II.3.3.3 Beteiligte Leistungserbringer

An einem Palliativstützpunkt sollen mindestens folgende Leistungserbringer beteiligt sein:

- eine an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärztin mit besonderer palliativmedizinischer Qualifikation oder ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Facharzt mit besonderer palliativmedizinischer Qualifikation,
- ein ambulanter Pflegedienst, mit dem ein Vertrag nach § 132a Abs. 2 Satz 1 SGB V oder nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI besteht und der durch fest angestellte Pflegefachkräfte mit Weiterbildung in Palliative Care eine entsprechende 24stündige Bereitschaft gewährleistet, oder ein Ambulanter Palliativdienst,
- ein ambulanter Hospizdienst, der gem. § 39a Abs. 2 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V gefördert wird,
- ein stationäres Hospiz, mit dem ein Vertrag über die stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen gem. § 39a Abs. 1 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V besteht,

- ein Krankenhaus, das über eine geeignete palliativ-medizinische Infrastruktur (z.B. Palliativstationen lt. Definition der DGP), ggf. incl. eines Palliativmedizinischen Konsiliardienstes verfügt.

#### II.3.3.4 Landesförderung

Als ersten Schritt zu einem landesweit flächendeckenden Aufbau von Palliativstützpunkten fördert das Land im Jahr 2006 finanziell den Aufbau solcher Stützpunkte zunächst in solchen Gebieten, in denen bereits die unter II.3.3.3 bezeichneten Strukturen der Spezialversorgung in Palliative Care vorhanden sind.

Der Aufbau dieser Palliativstützpunkte wird durch ein Expertengremium unter Leitung des Sozialministeriums begleitet.

Die Landesförderung ist mit der Erwartung verbunden, dass die geförderten Palliativstützpunkte jeweils den Aufbau eines weiteren, neuen Stützpunktes vorbereiten und unterstützen.

Die Auswahl der neu zu gründenden Stützpunkte soll im Einvernehmen mit dem Sozialministerium unter Beachtung insbesondere der in dem Gutachten zur Palliativversorgung in Niedersachsen ermittelten landkreisspezifischen Bedarfe erfolgen.

Die Landesregierung strebt dabei an, dass die räumliche Erstreckung von Palliativstützpunkten künftig möglichst an die vorhandenen kommunalen Strukturen angelehnt ist, so dass alle Einwohner Niedersachsens einen in erreichbarer Nähe eingerichteten Palliativstützpunkt in Anspruch nehmen können.

## II.4 Fortschreibung des Rahmenkonzepts

Soweit erforderlich, werden die insbesondere im Rahmen der Landesförderung gewonnenen Erkenntnisse in dieses Rahmenkonzept im Sinne seiner Fortschreibung einfließen.