

BERATUNGSSTANDPUNKT

ZU LEISTUNGEN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN PALLIATIVEN VERSORGUNG

Zusammenfassung

Die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen stellt alle Begleiter*innen vor besondere Herausforderungen, gerade, wenn es sich dabei um Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene handelt. Es gibt verschiedene Möglichkeiten der ambulanten und stationären Versorgung und Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase. Darüber hinaus helfen rechtliche Mittel, wie Vorsorgevollmachten oder Patient*innenverfügungen zu entlasten und dem Willen der sterbenden Person nach, zu handeln.

Problemlage

Die Themen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer stellen nach wie vor an vielen Stellen in unserer Gesellschaft ein Tabu dar. Im fortgeschrittenen Verlauf unheilbarer Krankheiten stehen Linderung von Beschwerden und Behandlung von Folgeproblemen im Vordergrund, mit dem Ziel, Lebensqualität zu erhalten und ein Sterben in Würde zu ermöglichen. In dieser Lebensphase kann für Betroffene und ihre Angehörigen eine besondere Begleitung hilfreich sein. Eine gut vernetzte Versorgung ist wichtig, um ein reibungsloses Ineinandergreifen verschiedener Hilfs- und Unterstützungsangebote zu gewährleisten. Das Wissen um diese Strukturen ist in der Pflegeberatung wesentlich, um allen am Sterbeprozess beteiligten Personen vorhandene Unterstützungsformen aufzuzeigen, Kontakte zu diesen herzustellen und damit einhergehende Finanzierungsfragen zu beantworten.

Inhalt

- » Palliativversorgung – was ist das?
- » Ambulante palliative Versorgung
 - » Ambulante Hospizdienste
 - » Ambulante Palliativversorgung (AAPV und SAPV)
 - » Palliativnetzwerke
- » Stationäre palliative Versorgung
 - » Palliative Versorgung in Pflegeheimen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe
 - » Palliativstationen in Krankenhäusern
 - » Stationäre Hospize
- » Behandlung und Begleitung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen
- » Freistellungsmöglichkeiten für berufstätige Angehörige
- » Patient*innenverfügung und Vorsorgevollmacht



Palliativversorgung – was ist das?

Wenn trotz kurativer Maßnahmen kaum Aussicht auf Heilung besteht, beginnt die palliative Versorgung. Diese hat den Fokus auf die Linderung der Beschwerden von betroffenen Personen, um die Lebensqualität so weit wie möglich aufrechtzuerhalten.

Um den Anforderungen einer palliativen Versorgung gerecht zu werden, werden viele verschiedene Professionen einbezogen. Die parallele Beteiligung von Akteur*innen aus den Bereichen Medizin, Pflege, Seelsorge, Psychologie, Hospizdienst, Soziale Arbeit, Physiotherapie usw. macht die Unterstützungs- und Versorgungssituation komplex, aber notwendig – auch weil ein Versorgungssetting dabei stets unter Einbezug des sozialen Umfelds der sterbenden Person installiert wird.

Diese Form der Unterstützung ist im Wesentlichen der Hospizbewegung zuzuschreiben und heute nicht mehr wegzudenken. Das zentrale Organ hospizdienstlicher Palliativversorgung sind ehrenamtliche Personen, die sich engagieren und sterbende Menschen und deren Angehörige unterstützen und begleiten. Diese Form des ehrenamtlichen Engagements kommt insbesondere in ambulanten Hospizdiensten zum Einsatz, aber auch in (teil-)stationären Hospizen, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen.

Rechtliche Regelungen zur Palliativen Versorgung finden sich im SGB V, SGB XI und im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG).

Ambulante palliative Versorgung

Der Wunsch vieler sterbender Menschen ist es, die letzte Lebensphase in der eigenen Häuslichkeit zu verbringen. Um diesem Bedürfnis nachzukommen, bieten sich verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten. Diese werden nachfolgend beschrieben.

Ambulante Hospizdienste

Deutschlandweit agieren laut des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes ca. 1500 ambulante Hospizdienste mit den dort tätigen geschulten ehrenamtlichen Hospizbegleiter*innen. Hauptamtliche Koordinationskräfte unterstützen die ehrenamtlichen Personen bei der psychosozialen Begleitung von sterbenden Menschen und deren Angehörige. Ebenso koordinieren sie die hospizdienstlichen und palliativen Versorgungsleistungen im Versorgungsnetzwerk.

Zur Finanzierung der hauptamtlichen Koordinator*innen und der Sachkosten kann bei bestimmten Voraussetzungen eine Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V erfolgen. Über Spenden werden häufig nicht gedeckte Kosten getragen. Für die sterbende Person und Angehörige entstehen keine Kosten für die Leistung der ambulanten Hospizdienste.

Auch die Trauerbegleitung zur Unterstützung bei der Bewältigung geschehener oder zu erwartender Verlusterfahrungen gehört zu einer wichtigen Aufgabe dieser Dienste.

Viele ambulante Hospizdienste bieten darüber hinaus niedrigschwellige Aktivitäten an wie bspw. Wanderungen, gemeinsamer Austausch in sog. Trauercafés oder eine kontinuierliche individuelle Begleitung von Gruppen und Einzelpersonen.



Übersichten zu Angeboten ambulanter Hospizdienste in Ihrer Region finden Sie über die folgenden Links:

- [Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung \(Alpha NRW\)](#)
- [Hospiz- und PalliativVerband NRW e.V.](#)

Ambulante Palliativversorgung (AAPV und SAPV)

Neben der zu den ärztlichen Aufgaben gehörenden Palliativen Primärversorgung (§ 27 SGB V) gibt es besondere Formen der palliativen Versorgung:

AAPV (Allgemeine Ambulante Palliativversorgung)

Dies ist eine besonders qualifizierte Form der ambulanten Palliativversorgung, bei der versorgende Ärzt*innen eine spezielle Qualifizierung (§ 87 SGB V) benötigen. Dieses Angebot schließt die Lücke zwischen der primären medizinischen Versorgung und spezialisierten Angeboten.

Das Angebot der AAPV umfasst die Koordination komplexer Hilfsituationen (medizinisch und pflegerisch) und soll erkrankungsbedingte Krisensituationen auffangen, die zu unerwünschten Krankenhausaufenthalten führen würden. Leistungserbringer*innen müssen an sieben Tagen in der Woche über 24 Stunden erreichbar sein.

Weiterführende Informationen zur Regelung von AAPV sind über folgenden Link abrufbar:

[Vereinbarung zu besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung](#)

SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung)

Dies ist ein multiprofessionelles Angebot der Palliativversorgung durch ein spezialisiertes Team aus Pflegefachkräften, Palliativmediziner*innen ergänzt durch Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen und Physiotherapeut*innen. Diese Leistung kann durch Ärzt*innen verordnet, aber nur durch weitergebildete Palliativmediziner*innen durchgeführt werden (§§ 37b, 132d SGB V). Anspruch auf die SAPV haben Menschen, die in ihrer letzten Lebensphase eine besonders aufwändige Versorgung bei komplexem Symptomgeschehen benötigen und andere ambulante Versorgungsformen nicht ausreichen oder besondere Koordination bedürfen. Das SAPV-Team leistet je nach Bedarf Beratung, Anleitung, Begleitung aller Beteiligten, Koordination aller Leistungen und Teil- bis hin zur Vollversorgung.

Neben der SAPV bleiben andere Sozialeitungsansprüche unberührt. Anspruch auf die Leistung haben gesetzlich versicherte Personen, wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch die Lebenserwartung begrenzt ist und eine besonders aufwändige Versorgung benötigt wird.

Privatversicherte Personen bekommen diese Leistungen, wenn sie nicht ausdrücklich vertraglich zugesichert wurden, nur über den Kulanzzweig erstattet. In PKV-Tarifen, die nach 2007 eingeführt wurden, ist die SAPV allerdings in der Regel konkret als Versicherungsleistung genannt.

In den beiden NRW-Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe gibt es zwei unterschiedliche Modelle der spezialisierten ambulanten Versorgung: die **Palliative Care Teams (PCT)** im Rheinland sowie die **Palliativmedizinischen Konsiliardienste (PKD)** in Westfalen-Lippe. Das Palliative-Care-Team besteht aus mindestens vier Ärzt*innen mit der Zusatzausbildung Palliativmedizin und mindestens vier qualifizierten Pflegefachkräften. In Palliativmedizinische Konsiliardienste (PKD) in Westfalen-Lippe arbeiten ebenfalls mindestens vier Ärzt*innen mit der



Zusatzausbildung Palliativmedizin und eine qualifizierte Pflegefachkraft zusammen. In beiden Modellen wird jeweils mit anderen Professionen kooperiert.

Weiterführende Informationen zur Regelung von SAPV sind über folgenden Link abrufbar:

[Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung](#)



Gut zu wissen

Die SAPV kann auch in stationären Pflegeeinrichtungen (gem. § 72 Abs. 1 SGB XI), in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (gem. § 55 SGB XII) und an weiteren Orten an denen schwerstkranke Menschen versorgt werden, erfolgen. In stationären Hospizen besteht ein Anspruch auf Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV, wenn diese aufgrund des aufwändigen Bedarfs nicht ausreichend erbracht werden kann.

Die häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die Leistungen der ambulanten Palliativversorgung. Hier ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. Damit kann Häusliche Krankenpflege in der Palliativversorgung länger als die üblichen vier Wochen verordnet werden.

Palliativnetzwerke

In vielen Kreisen oder kreisfreien Städten haben sich verschiedenen Einrichtungen der Palliativ- und Sterbebegleitung zu einem Palliativnetz oder Palliativ- und Hospiznetz zusammengeschlossen. Mit dem im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) zum 01.07.2021 neu eingeführten § 39d SGB V werden in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt die Koordination der Aktivitäten in einem regionalem Hospiz- und Palliativnetzwerk durch ein*e Netzwerkkoordinator*in mit max. 15.000 Euro gefördert. Voraussetzung ist, dass der Kreis oder die kreisfreie Stadt sich in gleicher Höhe beteiligt. Genaue Regelungen dazu sind zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vorhanden.

Stationäre palliative Versorgung

In einigen Fällen ist die ambulante Versorgung sterbender Menschen nicht realisierbar. Die Gründe dafür sind vielfältig. Die Mehrheit der Menschen verbringt die letzte Lebensphase in stationären Einrichtungen, vorwiegend im Krankenhaus oder in der Pflegeeinrichtung. Die Formen stationärer Unterstützungsmöglichkeiten werden nachfolgend beschrieben.



Palliative Versorgung in Pflegeheimen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe können ihren Bewohner*innen eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten (§ 132g SGB V). In Beratungsgesprächen werden durch qualifizierte Berater*innen verschiedene Aspekte der medizinisch-pflegerischen Versorgung und Betreuung thematisiert, Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt und die Wünsche und Sorgen der ratsuchenden Personen aufgenommen. Die Finanzierung der Beratung erfolgt bei gesetzlich versicherten Personen über die Krankenkasse. Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sind in einer Vereinbarung des GKV Spitzenverbandes geregelt.

Diese ist über den folgenden Link abrufbar:

[Vereinbarung nach § 123g Abs 3. SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase \(PKV-Versicherte sind nicht eingefasst.\)](#)

Die eigentliche palliative Versorgung hingegen, erfolgt über die Palliative Care-Kräfte der Einrichtungen und ggf. durch die SAPV-Teams. Die gesetzliche Grundlage für die Hospizarbeit und Palliativversorgung in den entsprechenden Einrichtungen ist dieselbe wie bei der Versorgung im ambulanten Bereich (siehe ab Seite 2).

Folgende gesetzliche Grundlagen stellen sicher, dass in den Pflegeeinrichtungen die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Hospiz- und Palliativversorgung realisiert werden:

- §§ 3, 24 WTG-DVO
- § 4 Abs. 5 GEPA NRW



Gut zu wissen

Pflegebedürftige Personen, die einen Kurzzeitpflegeplatz in vollstationären Pflegeeinrichtungen belegen, haben keinen Anspruch auf die pauschale Vergütung der Leistung einer Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.

Palliativstationen in Krankenhäusern

Auf speziellen Stationen in vielen Krankenhäusern sind multiprofessionelle Teams für die Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase zuständig. Auch hier ist das primäre Ziel, Beschwerden zu lindern, um Patient*innen eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zu ermöglichen. Aufgenommen in diese Versorgung werden nur Patient*innen, die an einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung und unter Symptomen leiden, die so stark oder so komplex sind, dass sie zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung nicht behandelt werden können. Patient*innen ab Vollendung des 18. Lebensjahres müssen für die vollstationäre Behandlung auf einer Palliativstation eine Zuzahlung von 10 € pro Tag leisten. Diese Zuzahlung ist auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt. Weitere Kosten entstehen für die Patient*innen nicht. Der



Aufenthalt auf einer Palliativstation ist zeitlich begrenzt. Die Einweisung erfolgt über die*den Hausärzt*in oder die Patient*innen werden von anderen Stationen dorthin verlegt.

Stationäre Hospize

Das Wort Hospiz bedeutet Herberge und Gastfreundschaft. Im Mittelalter erhielten Pilger*innen und Reisende hier Schutz und Unterkunft. Heute werden in Hospizen Schwerkranke und sterbende Menschen und deren Angehörige begleitet und unterstützt. Grundvoraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist, dass die Person:

- » an einer fortschreitenden nicht heilbaren Erkrankung leidet,
- » durch die Erkrankung eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten zu erwarten ist,
- » eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist,
- » eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung notwendig oder erwünscht ist und
- » eine ambulante Versorgung im Haushalt, in der Familie, in einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder Einrichtung der Eingliederungshilfe nicht ausreicht, weil der aus der Krankheit resultierende Versorgungsbedarf die Möglichkeiten der bisher betreuenden Personen übersteigt.

Die Notwendigkeit muss durch ein*e Vertragsärzt*in oder ein*e Krankenhausärzt*in schriftlich bestätigt werden und ist zunächst in der Regel auf vier Wochen befristet, bei Bedarf beantragt das stationäre Hospiz eine Verlängerung. Neben Unterkunft und Verpflegung wird eine palliativ-pflegerische, palliativ-medizinische, therapeutische und psychosoziale Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung vollstationär oder teilstationär erbracht. Die Kranken- und Pflegeversicherung tragen 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Die Restkosten werden durch das Hospiz, durch Spenden und durch ehrenamtliche Tätigkeiten erbracht. Patient*innen sind seit einer Gesetzesänderung im Jahr 2009 von einem Eigenanteil befreit. Privatversicherte Personen haben nur den Anspruch auf die Leistungen aus der Privaten Pflegeversicherung. Die Restkosten werden ihnen, wenn nicht vertraglich ausdrücklich zugesichert, nur über den Kulanzweg erstattet.

Bei ausgeprägten Symptomen kann auch in stationären oder teilstationären Hospizen ein Team der SAPV hinzugezogen werden.

Behandlung & Begleitung von Kindern, Jugendlichen & jungen Erwachsenen

Die Palliativversorgung bei Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen stellt alle Begleiter*innen vor eine besondere Herausforderung. Im Unterschied zur palliativen Versorgung Erwachsener kann diese bei Kindern und Jugendlichen auch dann erfolgen, wenn die Lebenserwartung nicht zuverlässig eingeschätzt werden kann. Sie kann auch begleitend zur kurativen Versorgung stattfinden. Insbesondere bei dieser Personengruppe sind die Voraussetzungen der SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.



In Kinderhospizen werden das kranke Kind und deren nächste Angehörige begleitet. Die Mitnahme und Begleitung der Angehörigen durch besonders geschultes Personal gehört auch zum Aufgabenspektrum des stationären Kinderhospizes. Aufnahmekriterien sind neben unheilbarer Erkrankung, die verkürzte Lebenserwartung von Tagen bis Jahre, das nicht vollendete 27. Lebensjahr, eine nicht erforderliche bzw. nicht gewünschte Krankenhausbehandlung und eine nicht ausreichende ambulante Versorgung. Der Aufenthalt in Kinderhospizen kann auch mit Unterbrechungen erfolgen.

Freistellungsmöglichkeiten für berufstätige Angehörige

Wenn eine berufstätige Person einen nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase begleiten möchte, gibt es die Möglichkeit einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz (§ 3 PflegeZG). Die **„Begleitung in der letzten Lebensphase“** kann maximal drei Monate in Anspruch genommen werden. In dieser Zeit können Beschäftigte vollständig oder teilweise von der Arbeit freigestellt werden, um einen nahen Angehörigen in häuslicher oder stationärer Umgebung zu begleiten. Als Nachweis dient eine ärztliche Bescheinigung über die begrenzte Lebenserwartung des Angehörigen, es muss kein Pflegegrad vorliegen. In der Zeit von der Ankündigung bis zur Beendigung der „Begleitung in der letzten Lebensphase“ besteht Kündigungsschutz. Anspruch auf die Begleitung in der letzten Lebensphase haben beschäftigte Personen gegenüber Arbeitgeber*innen mit mehr als 15 Beschäftigten. In kleineren Unternehmen können freiwillige Vereinbarungen getroffen werden. Die beschäftigten Personen haben damit auch einen Anspruch auf ein zinsloses Darlehen gegenüber dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA).

Weitere Möglichkeiten der vollständigen oder teilweisen Freistellung sind diese:

- » kurzfristige Arbeitsverhinderung in akuten Situationen: bis zu 10 Tagen mit der Möglichkeit des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld
- » Pflegezeit: bis maximal 6 Monaten
- » Familienpflegezeit: teilweise Freistellung (mindestens 15 Wochenarbeitsstunden) für maximal 24 Monate

Die Gesamtdauer der Freistellungen beträgt pro nahen Angehörigen höchstens 24 Monate.

Patient*innenverfügung und Vorsorgevollmacht

Um sicherzustellen, dass im Falle eines Unfalls oder einer Erkrankung Entscheidungen getroffen werden müssen, die dem Willen der betroffenen Person entsprechen, sollte rechtzeitig Vorsorge getroffen werden. Dies ist besonders im Falle einer unheilbaren Krankheit wichtig.

Patient*innenverfügung

In einer Patientenverfügung wird für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit schriftlich im Voraus festgelegt, ob und wie in bestimmten Situationen ärztlich und pflegerisch behandelt werden soll. So können volljährige Personen Einfluss auf spätere Behandlungen nehmen, auch wenn sie zu diesem Zeitpunkt nicht mehr einwilligungsfähig sind. Dazu bedarf es einer Auseinandersetzung



mit existentiellen Fragen und deren sehr konkreter schriftlicher Fixierung. Diese muss eigenhändig unterschrieben sein und kann von einem*einer Notar*in beglaubigt werden. Die Patient*innenverfügung kann jederzeit widerrufen werden. Nicht erforderlich, aber empfehlenswert, ist eine regelmäßige Überprüfung. Die gesetzliche Verankerung zur Patient*innenverfügung findet sich im § 1901a Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

Vorsorgevollmacht

Eine gute Möglichkeit sicherzustellen, dass Entscheidungen getroffen werden, die dem Willen und der Persönlichkeit der betroffenen Person entsprechen, ist die Beauftragung von einer oder mehreren Personen im Rahmen einer Vorsorgevollmacht. Die Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten, Rechtsgeschäfte im Namen des*der Vollmachtgeber*in vorzunehmen, wenn diese dazu nicht selbst in der Lage ist. Eine Generalvollmacht ist genauso möglich wie eine Vollmacht für verschiedene Aufgabengebiete. Aus Gründen der Klarheit und Beweiskraft ist eine schriftliche Abfassung handschriftlich oder als Vordruck mit Datum und Unterschrift sinnvoll. Für die Vermögenssorge ist eine zusätzliche Bankvollmacht empfehlenswert. Die bevollmächtigte Person wird nicht vom Gericht beaufsichtigt. Das BGB regelt die Vorsorgevollmacht nicht namentlich, ihre rechtliche Grundlage findet sich aber in den §§ 164 ff BGB wieder. Die Vorsorgevollmacht ist als Erklärung einer natürlichen Person zu sehen, die einer anderen Person eine Vollmacht erteilt.

Rechtliche Betreuung

Wenn keine Vorsorgevollmacht erteilt wurde, bedarf es unter Umständen der Bestellung einer gesetzlich betreuenden Person. Die betreuende Person wird vom Betreuungsgericht bestellt. Dies kann eine nahestehende Person, Mitglied eines Betreuungsvereins, ein*e selbständige*r Berufsbetreuer*in, oder eine bei einem Betreuungsverein angestellte oder bei der zuständigen Behörde beschäftigte Person sein. Geäußerte Wünsche der betroffenen Person, z.B. in einer Betreuungsverfügung, sind zu berücksichtigen. Der*Die Betreuer*in erlangt die erforderliche Vertretungsmacht durch die gerichtliche Bestellung, und zwar nur für die Aufgabenkreise, in denen sie tatsächlich erforderlich sind. Das Betreuungsrecht wird im BGB in den §§ 1896 ff unter der Bezeichnung „rechtliche Betreuung“ geregelt.



Nützliches am Ende

ALPHA sind die Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung. In zwei Geschäftsstellen in Bonn und Münster werden Beratungs- und Informationsarbeit geleistet und strukturelle Prozesse in der hospizlichen und palliativen Versorgung in Nordrhein–Westfalen begleitet. Die Mitarbeiter*innen stehen Bürger*innen wie auch haupt- und ehrenamtlichen Akteur*innen in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen als Ansprechpartner*in zur Verfügung.

Ebenfalls bietet der **Hospiz- und PalliativVerband NRW e.V.** seinen Mitgliedern, allen in der Hospizarbeit tätigen Personen und Ratsuchenden, Hilfestellung an.



Oft gefragt...

Mitunter werden Sie in der Pflegeberatung nach den Möglichkeiten des assistierten Suizids gefragt. Dies ist ein komplexes Thema, welches nicht in Ihrer Beratungsverantwortung liegt. Für den Fall, dass Adressat*innen in der Beratungssituation nach der Rechtslage und Beratungsstellen zum Thema fragen, finden Sie nachfolgend die notwendigen Infos:

Was bedeutet assistierter Suizid?

Unter einem assistierten Suizid versteht man die „Beihilfe zur Selbsttötung“. Die sterbewillige Person nimmt selbstständig eine Substanz zur Selbsttötung ein. Eine andere Person (ein nahestehender Mensch, eine Ärzt*in oder Sterbehelfer*in) hat hierzu einen Beitrag geleistet, z.B. die tödliche Substanz zur Verfügung gestellt.

Wie ist die Rechtslage?

In Deutschland ist die Selbsttötung nicht strafbar, also auch die Beihilfe zur Selbsttötung nicht. Dies hat das Bundesverfassungsgericht mit dem Urteil vom 26.02.2020 ausdrücklich bestätigt und das strafrechtliche Verbot geschäftsmäßiger Suizidassistenz für verfassungswidrig erklärt. Beim ärztlich assistierten Suizid ist zu beachten, inwieweit entsprechende Formulierungen in den Berufsordnungen der Länder berufsrechtliche Sanktionen für Ärzt*innen nach sich ziehen.

Wo ist Beratung zu finden?

Sterbehilfe Deutschland (StHD) ist ein Verein mit Sitz in Hamburg. StHD berät zum assistierten Suizid in Deutschland.

Weiterführende Informationen finden Sie auf: www.sterbehilfe.de

Das für Sie zuständige Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz NRW finden Sie unter:

<https://alter-pflege-demenz-nrw.de/die-landesinitiative/>



Weitere hilfreiche Links:

[ALPHA NRW, den Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung](#)

[Broschüre Justizministerium zu Vorsorgevollmacht, Betreuungsrecht und Patientenverfügung](#)

[Hospiz- und Palliativgesetz – HPG; vom 01.12.2015](#)

[Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung \(Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL\) vom 1.04.2021](#)

[Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung vom 29.11.2016](#)

[Häusliche Krankenpflege-Richtlinie vom 1.04.2021](#)

[Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017](#)

[Rahmenvereinbarung für die stationäre Hospizversorgung vom 31.03.2017](#)

[Rahmenvereinbarung für die stationäre Hospizversorgung für Kinder vom 31.07.2017](#)

Impressum:

Fach- und Koordinierungsstelle Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz NRW –
Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der
Träger der Pflegeversicherung NRW

Gürzenichstr. 25
50667 Köln

Gefördert von:

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE
DER PFLEGEKASSEN

 **PKV**
Verband der Privaten
Krankenversicherung