



Christoph Gerhard

# Palliativdienst

Handbuch zur Integration  
palliativer Kultur und Praxis  
im Krankenhaus

# Palliativdienst

## Palliativdienst

Christoph Gerhard

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:  
Jürgen Osterbrink, Salzburg; Doris Schaeffer, Bielefeld;  
Christine Sowinski, Köln; Franz Wagner, Berlin;  
Angelika Zegelin, Dortmund

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Palliative Care:  
Christoph Gerhard, Dinslaken; Markus Feuz, Zürich

**Christoph Gerhard**

# **Palliativdienst**

Handbuch zur Integration palliativer Kultur  
und Praxis im Krankenhaus



**Dr. med. Christoph Gerhard**  
Leitender Arzt Palliativmedizin  
Vorsitzender des Ethikkomitees  
Katholisches Klinikum Oberhausen  
Mülheimer Str. 83  
DE-46045 Oberhausen

Leiter des Kompetenzzentrums  
QB13 Palliativmedizin  
Institut für Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum Essen  
Pelmann Str. 81  
DE-45131 Essen

E-Mail: [c.gerhard@kk-ob.de](mailto:c.gerhard@kk-ob.de)

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen Internetlinks, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Pflege  
z. Hd.: Jürgen Georg  
Länggass-Strasse 76  
3000 Bern 9  
Schweiz  
Tel: +41 31 300 45 00  
E-Mail: [verlag@hogrefe.ch](mailto:verlag@hogrefe.ch)  
Internet: [www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Jürgen Georg, Michael Herrmann, Lisa Marie Hempel  
Herstellung: Daniel Berger  
Umschlagabbildung: Martin Glauser, Uttigen  
Umschlag: Claude Borer, Riehen  
Illustration/Fotos (Innenteil): Jürgen Georg, Schupfen  
Satz: Claudia Wild, Konstanz  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen  
Printed in Germany

1. Auflage 2017  
© 2017 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-95070-9)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-75070-5)  
ISBN 978-3-456-85070-2  
<http://doi.org/10.1024/85070-000>

# Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

## Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	11
Danksagung .....	13
Einleitung .....	15
<hr/>	
<b>1. Definitionen und Abrechnungsmöglichkeiten des Palliativdienstes .....</b>	<b>23</b>
1.1 Komplexpauschale OPS 8-982 – erste Abrechnungsmöglichkeit für den Palliativdienst? .....	25
1.2 Palliativdienste im Bayerischen Fachprogramm 2009 ..	29
1.3 Der Palliativdienst in der S3-Leitlinie 2015 .....	30
1.4 Palliativdienste im Hospiz- und Palliativgesetz 2015 ...	36
1.5 Der neue OPS für Palliativdienste 2016 .....	36
1.6 Wie kann ein Palliativdienst die OPS-Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen? .....	41
<hr/>	
<b>2. Das Krankenhaus – ein Ort zum Sterben? .....</b>	<b>47</b>
2.1 Krankenhäuser folgen als Institution der Heilung einer gesellschaftlichen Delegation .....	47
2.2 Vom Hospiz zum Hospital – und zurück zum Hospiz? ...	50
2.3 Ort der kollektiven Verdrängung von Todesangst .....	54
2.4 Stadien der Auseinandersetzung mit Palliativkultur ...	58
2.5 Was unterscheidet Palliative Care von anderen medizinischen Fachgebieten? .....	59
2.6 Sieben Missverständnisse um Palliativversorgung .....	60

<b>3.</b>	<b>Palliativdienst im Krankenhaus – eine Frage der Haltung</b> . . . . .	69
3.1	Wertschätzende Grundhaltung . . . . .	69
3.2	Zur Haltung des Palliativdienstes gegenüber dem Patienten . . . . .	70
3.3	Patienten und Angehörige informieren . . . . .	78
3.4	Haltung gegenüber den An- und Zugehörigen . . . . .	87
3.5	Mitbehandelnde Haltung des Palliativdienstes . . . . .	90
3.6	Dialog zwischen Palliativdienst und fallführen- der Abteilung . . . . .	92
3.7	Informationsweitergabe im Alltag . . . . .	94
3.8	Kollegiale Beratung durch den Palliativdienst . . . . .	97
<b>4.</b>	<b>Die Arbeitsweise des Palliativdienstes</b> . . . . .	105
4.1	Projektmanagement beim Aufbau eines Palliativdienstes . . . . .	106
4.2	Das Team des Palliativdienstes . . . . .	110
4.3	Projektauftrag und -ziele beim Aufbau eines Palliativdienstes . . . . .	113
4.4	Themenzentrierte Interaktion: Ein Konzept für die Teamarbeit im Palliativdienst . . . . .	118
4.5	Wie kommt der Palliativdienst an Patienten? . . . . .	128
4.6	Das palliative Basisassessment . . . . .	133
4.7	Der palliative Behandlungsplan . . . . .	138
4.8	Die interprofessionelle Teambesprechung . . . . .	140
4.9	Dokumentation . . . . .	144
4.10	Kommunikation mit der fallführenden Abteilung . . . . .	146
<b>5.</b>	<b>Anderer Umgang mit Schmerzen und Symptomen im Krankenhaus</b> . . . . .	149
5.1	Schmerz- und Symptommanagement . . . . .	153
5.2	Schmerz- und Symptomerfassung trotz veränderter Kommunikation . . . . .	162
5.2.1	Schmerzerfassung trotz Alzheimer-Demenz . . . . .	165
5.2.2	Schmerzerfassung bei Menschen mit schwerer neurologischer Erkrankung . . . . .	166

5.2.3	Schmerzerfassung trotz geistiger Behinderung	172
5.3	Total Pain – Grenzen der Schmerz- bzw. Symptomerfassung	175
5.4	Herausfordernde palliative Therapie im Krankenhaus	182
5.5	Palliativdienst und Qualitätsmanagement	190
5.5.1	Schmerzmanagement im Qualitätsmanagement	193
5.5.2	Dyspnoemanagement	195
5.6	Palliativbeauftragte und Palliativdienst?	197
<hr/>		
<b>6.</b>	<b>Wie können Palliativdienste mehr Autonomie ermöglichen?</b>	<b>201</b>
6.1	Ethische Prinzipien	202
6.2	Wie können Palliativdienste die Autonomie der Betroffenen unterstützen?	203
6.3	Advance Care Planning als Aufgabe des Palliativdienstes	206
6.4	Autonomiezentrierte ethische Fallbesprechungen	220
6.5	Sterbehilfe	226
6.6	Suizid und Suizidbeihilfe	230
6.7	Praxisbeispiel: Abstellen eines Beatmungsgeräts	232
<hr/>		
<b>7.</b>	<b>Chancen des Konzepts Palliativdienst</b>	<b>237</b>
7.1	Besonderer Ort: Palliativstation	244
7.2	Die Chance „Early Integration“	255
7.3	Nichttumorpatienten mit internistischen Erkrankungen	260
7.3.1	Der Palliativdienst bei kardiopulmonalen Erkrankungen	260
7.3.1.1	Herzinsuffizienz	264
7.3.1.2	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	268
7.3.2	Der Palliativdienst bei Nierenerkrankungen	270
7.4	Palliative Mitversorgung bei neurologischen Erkrankungen durch den Palliativdienst	276
7.4.1	Amyotrophe Lateralsklerose	281
7.4.2	Schlaganfall	282
7.4.3	Parkinson-Krankheit	283
7.4.4	Multiple Sklerose	285

7.4.5	Demenz .....	286
7.5	Mitversorgung durch den Palliativdienst auf der Intensivstation? .....	288
7.5.1	Schmerzbeurteilung auf der Intensivstation .....	290
7.5.2	Autonomie auf der Intensivstation .....	291
<hr/>		
<b>8.</b>	<b>Ausblick</b> .....	297
	Literaturverzeichnis .....	299
	Autorenverzeichnis .....	307
	Sachwortverzeichnis .....	309

Für meine Lebensgefährtin Bettina Kraft



## Vorwort

Vor mehr als 12 Jahren begann der Autor, in einem Akutkrankenhaus ohne Palliativstation einen abteilungsunabhängigen, berufsgruppenübergreifenden Palliativdienst aufzubauen und zu leiten. Von Anfang an begeisterte ihn die Idee, überzeugt nach dem Motto: „Palliativversorgung für alle, die sie brauchen“, mit diesem Palliativdienst auch Patientengruppen zu erreichen, die niemals auf eine Palliativstation gelangt wären. Beispielsweise Tumorpatienten früh im Krankheitsverlauf, die viele onkologische Therapien erhielten, aber auch leidvolle Symptome, existenzielle Nöte und psychosoziale Probleme hatten, denen der Palliativdienst mit seinem Angebot begegnen konnte. Oder Nichttumorpatienten mit fortgeschrittenen internistischen oder neurologischen Erkrankungen. Dabei ging es darum, ganz in die Lebenswelt der Betroffenen einzutauchen und sie im Sinne einer radikalen Patientenorientierung als Lehrer anzusehen, da sie Situationen existenzieller Not und Todesnähe erleben, die die professionell Tätigen in der Regel so nicht erlebt haben. Fasziniert hat ihn, wie sich nach Art eines Schneeballeffekts palliative Vorgehensweisen im ganzen Krankenhaus verbreiteten, wenn sie den Stationsteams im Alltag praxisnah vorgelebt wurden. Noch mehr als auf der räumlich abgeschlossenen Palliativstation konnte hier eine palliative Kultur im Krankenhaus gefördert und geprägt werden. Zunächst war der Palliativdienst etwas, das von den Hauptakteuren nebenbei betrieben wurde und erst stark im Krankenhaus bekannt gemacht werden musste. Aber nach anfänglich starken Widerständen wurde der Palliativdienst schon bald immer öfter in die Patientenbehandlungen einbezogen oder war gar der Hauptbehandler, sodass zumindest Teilzeitstellen erforderlich und eingerichtet wurden. Wichtig war von Anfang an die Unabhängigkeit des Teams von einer Fachabteilung. Ebenso entscheidend für die Implementierung war die stetige Präsenz des Teams in der innerbe-

trieblichen Fortbildung, um immer wieder auf das Thema aufmerksam zu machen.

Nach vielen Jahren konnte der Autor mit seinem Palliativteam zunehmend Früchte der Arbeit ernten. Immer häufiger wurden sie bereits zu Aufklärungsgesprächen über Tumordiagnosen einbezogen und konnten Patienten im Sinne einer frühen Integration schon rechtzeitig und während des gesamten Krankheitsverlaufs, immer wenn sie hospitalisiert wurden, mitbetreuen. Der Palliativdienst betreute auch immer häufiger Nichttumorpatienten in unterschiedlichsten Erkrankungssituationen, die zurzeit etwa die Hälfte der Betreuungssituationen ausmachen. Eine statistische Auswertung zeigte, dass gegenwärtig fast alle Betroffenen in erwarteten Sterbesituationen in diesem Krankenhaus vom Palliativdienst mitbetreut werden und damit eine nahezu flächendeckende Implementierung des Konzepts gelungen ist. Daher ist es dem Autor ein großes Anliegen, die Erfahrungen, Chancen, aber auch Widerstände und Rückschläge zu analysieren und in einem Praxisbuch für andere in diesem Bereich Tätige niederzuschreiben.

Das Buch war schon lange angekündigt, nur erschienen dem Autor zu diesen Zeitpunkten die Widerstände noch zu groß, um andere zur Nachahmung zu bewegen. Daher wartete er, bis die Gesundheitsstrukturen eine ausreichende Verankerung des Konzepts garantierten. Dies ist nun mit der neuen Komplexpauschale für den Palliativdienst im DRG-Abrechnungssystem gelungen.

Dinslaken, im Februar 2017

Christoph Gerhard

## Danksagung

Der Autor dankt allen Mitstreitern, seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Oberhausener Palliativdienst, insbesondere Anna Baagt, Sandra Förster und Friedhelm Gores, für die gemeinsame unermüdliche Arbeit an diesem Konzept.

Er dankt allen seinen Lehrern. Prof. Friedemann Nauck, Martina Kern und Monika Müller haben während der Kurse in Bonn und Frauenchiemsee den Grundstock zu seiner palliativen Arbeit gelegt. Neben seinen Patienten, den wichtigsten Lehrern überhaupt, waren es vor allem seine vieles hinterfragenden und diskutierenden Studenten bzw. Kursteilnehmer, die er unterrichten durfte, die Teams von anderen Krankenhäusern, mit denen er in Inhouse-Schulungen das Konzept des Palliativdienstes zu implementieren half, sowie Mitglieder gemeinsamer überregionaler Arbeitsgruppen, die ihn im Ringen um gute palliative Lösungen im Krankenhaus ständig weiterbrachten.

Der Autor dankt den vielen Mitstreitern, die ihn bei seinen Projekten für mehr Palliativkultur im Krankenhaus begleitet haben, seiner Krankenhausleitung: Geschäftsführer Michael Boos, Pflegedirektorin Bernadett Berger, Leiter medizinische Entwicklungen Dr. med. Holger Ernst, und, stellvertretend für viele andere, Herrn Dr. med. Thomas Kaden, dem internistischen Oberarzt, der auf vorbildliche Weise immer bereit war, Patienten gemeinsam und eng vernetzt auf Augenhöhe parallel palliativ und kurativ zu versorgen.

Der Autor dankt seinem großen Motivator, dem besten Lektor, den man sich vorstellen kann, Jürgen Georg, der dieses Projekt auch über manche Verzögerung hin immer nachhaltig unterstützt hat und nie das Vertrauen in den Autor verlor.

Der Autor dankt dem Redakteur Michael Herrmann für die ausgezeichnete, akkurate und akribische Redaktion des Manuskripttextes sowie Martina Kasper für die detaillierte Erstellung des Sachwortverzeichnisses.

## Einleitung

Im deutschen Sprachraum sterben die meisten Menschen im Krankenhaus. Daher sind die Sterbebedingungen in Krankenhäusern von überragender Bedeutung dafür, wie die meisten von uns sterben können. Pioniere der Palliativversorgung, wie etwa Elisabeth Kübler-Ross, konnten vor ca. 50 Jahren feststellen, wie stark das Sterben im Krankenhaus tabuisiert ist. Die Hospizbewegung war damals ausgezogen als Protestbewegung gegen die Tabuisierung des Todes und die schlechten Sterbebedingungen in den Krankenhäusern. Inzwischen hat sie sich mächtig entwickelt und professionalisiert. Zum bürgerschaftlichen Engagement kam das professionelle Engagement der Gesundheitsberufe hinzu, die für gute Palliativversorgung stehen. Allorts wurden Hospizinitiativen, stationäre Hospize und Palliativstationen gegründet. Die ersten derartigen Einrichtungen im deutschen Sprachraum waren 1983 die erste Palliativstation Deutschlands in Köln und 1986/87 die ersten deutschen Hospize in Aachen und Recklinghausen. Damals wurde eine großangelegte Studie zur Versorgung Sterbender im Krankenhaus durchgeführt, die 1988 erschreckende Ergebnisse lieferte. Dabei wurden Akteure des Krankenhausalltags differenziert zu den Sterbebedingungen befragt (George et al., 2013). Dieselbe Studie wurde 2013 wiederholt und ergab in diesem 25-Jahreszeitraum auf ernüchternde Weise keine wesentliche Verbesserung der Versorgung Sterbender im Krankenhaus. Es zeigte sich zwar eine Verbesserung der Sterbebedingungen für die ganz wenigen Menschen, die auf einer Palliativstation sterben konnten, aber nicht für die überwiegende Mehrheit der Krankenhauspatienten, die außerhalb einer Palliativstation sterben. Es ist uns anscheinend in den vergangenen Jahren gelungen, eine Verbesserung der spezialisierten Palliativversorgung auf Palliativstationen zu erreichen. Die palliative Versorgung in der Breite außerhalb der Spezialsettings scheint dabei allerdings auf der Strecke geblieben zu sein. Warum erweist

sich das Krankenhaus in seiner Gesamtheit als so starr und nimmt die Möglichkeiten der Verbesserung der Sterbebedingungen durch moderne Palliativversorgung nicht auf? Ein Grund könnte sein, dass Krankenhäuser sich als Orte des Heilens und nicht des Sterbens definieren bzw. ihnen diese Definition von der Gesellschaft zugeschrieben wird. Es ist daher nur naheliegend, dass Krankenhäuser das Sterben in spezielle Palliativstationen ausgrenzen. Dies sind dann besondere Orte, an denen es in Krankenhäusern möglich ist, ganz und gar das palliative Paradigma der ganzheitlichen Umsorgung, der Linderung statt Heilung zu verwirklichen. Das übrige Krankenhaus und damit die größte Zahl der Sterbefälle bleiben dabei leider unberücksichtigt. Dort ist Sterben immer noch eine Art Betriebsunfall in einer Welt des Heilens.

Wie kann es gelingen, Palliativversorgung auch und vor allem dort zu verwirklichen, wo das Paradigma des Heilens dominiert? Dies sind die ganz normale Krankenhausstation oder die Intensivstation als sehr häufige Sterbeorte des Krankenhauses. Wird dort gute Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen als Scheitern des Anspruchs auf Heilung erlebt? Stört der Sterbende die schnelllebige, mit Pathways durchökonomisierte Welt des Krankenhauses? Sicherlich sind diese unterschiedlichen Paradigmen der Heilung und Rettung im Gegensatz zum Begleiten statt Verhindern des Sterbens eine sehr große Herausforderung. Zwischen Palliativversorgung und Krankenhausmedizin bestehen daher grundsätzliche Unterschiede. Krankenhausmedizin hat sich in den vergangenen Jahrhunderten immer mehr der naturwissenschaftlichen Analyse der Krankheitssituation und ihrer möglichst zielführenden Reparatur verschrieben. Palliativversorgung betont dagegen in ihrer radikalen Patientenorientierung die Lebenswelt des Betroffenen, in die es einzutauchen gilt. Diese Lebenswelt ist umfassend und ihr ist keineswegs nur mit Mitteln der Naturwissenschaften beizukommen. Das Naturwissenschaftliche spielt sogar eine eher untergeordnete Rolle in diesem lebensweltlichen Zugang der Palliativversorgung. Dagegen spielen sozialwissenschaftlich fundierte Aspekte, wie Haltung, Empathie, Klientenzentrierung, besonderes Eingehen auf kommunikative Bedürfnisse, Spiritualität sowie systemische oder existenzialistische Betrachtungen nicht nur des Betroffenen, sondern auch seines Umfelds, eine überragende Rolle, wie uns die WHO-Definition der Palliative Care zeigt. Versucht die Krankenhausmedizin, um eine möglichst gute Heilung und/oder Verlaufsmodifi-

kation der Erkrankung des Betroffenen zu erreichen, dessen Probleme operationalisierbar zu machen und damit auf Symptome und Diagnosen einzuengen, so versucht Palliativversorgung einen möglichst weiten Blick auf die einmalige Lebenswelt einzunehmen.

Wie kann es gelingen, diese beiden höchst unterschiedlichen Welten miteinander zu vereinen, ihre Gegensätze auszuhalten und zu versöhnen? Die Aufgabe ist enorm. Die Studiendaten aus den Jahren 1988 und 2013 von George et al. (2013) zeigen dies nur zu deutlich, denn das Krankenhaus als System scheint recht resistent gegen eine Verbesserung der Sterbebedingungen zu sein, wenn man von den Ausnahmen, den Oasen der Palliativversorgung, wie sie Palliativstationen darstellen, einmal absieht. Durch die zunehmende Ökonomisierung des Krankenhauses in den vergangenen Jahrzehnten wird der Gegensatz der Versorgungsansätze noch größer, denn die Ökonomie zielt durch ihre Fallpauschalenlogik weg von einer Rundumversorgung des bedürftigen Menschen auf eine problemzentrierte Versorgung der Hauptdiagnose in handhabbarer Zeit nach vorgegebenen Standards. Im Gegensatz zum weiten lebensweltlichen Zugang der Palliativversorgung wird die Versorgung der Krankenhausmedizin doppelt eingeengt, und zwar nicht nur auf naturwissenschaftlich Analysierbares, sondern auch auf ökonomisch standardisierte Abläufe – zum Teil unter erheblichem Zeitdruck, da Zeit kostet und ggf. durch Rationalisierung einzusparen ist. Dabei ist gerade die vorhandene Zeit die wichtigste Ressource der Palliativversorgung, durch die das Eintauchen in die Lebenswelt der Betroffenen überhaupt erst möglich wird. Das palliative Paradigma des „high person – low technology“, also der ausgeprägten, zeitaufwendigen, persönlichen Zuwendung statt technisierter Vorgänge, macht es überdeutlich.

In dieser Gemengelage ist es nur zu verständlich, dass Krankenhäuser immer öfter Palliativstationen gründen als Orte, an denen Palliativversorgung in Reinkultur gedeihen kann. Das gesamte multiprofessionelle Team denkt dort palliativ. Patienten sind dort meist in einer überwiegend palliativen Phase, das heißt, sie benötigen fast nie parallel auch lebensverlängernde bzw. kurative Interventionen. In der Regel werden an diesen Orten sterbende Tumorpatienten und vielleicht einige wenige Nicht-tumorpatienten, etwa mit amyotropher Lateralsklerose, einer selteneren neurologischen Erkrankung, sehr gut multiprofessionell lindernd nach dem Total-Pain-Modell von Cicely Saunders entsprechend ihrer körper-

lichen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse versorgt. Palliative Arbeitsprinzipien können in dieser „Monokultur“ hervorragend entwickelt werden. Nachteil ist die Versorgung von nur wenigen Menschen, fast nur Tumorpatienten und auch das in der Regel nur, wenn ihre tumorspezifischen Therapien abgeschlossen sind. Andere Adressaten der Palliativversorgung, wie etwa die absolut überwiegende Zahl der in einem Krankenhaus Versterbenden, werden dabei vergessen.

Im Gegensatz zu der weiter steigenden Zahl von Palliativstationen gehen palliative Organisationsentwicklungen, insbesondere die Verbreitung von Palliativdiensten, die Patienten überall im Krankenhaus mitbetreuen, eher schleppend voran. Selbst wo Palliativdienste vorhanden sind, kämpfen diese darum, die Patienten wirklich auf Augenhöhe parallel mitbetreuen zu dürfen und nicht erst kurz vor der Entlassung oder wenige Tage vor dem Versterben hinzugerufen zu werden.

Nach dem Motto „Palliativversorgung für alle, die sie brauchen“ sollte Palliativbetreuung im Krankenhaus nicht nur mehrheitlich Tumorpatienten am Lebensende auf Palliativstationen angeboten, sondern auch nachhaltig auf andere Gruppen ausgedehnt werden: auf die vielen Nichttumorpatienten, auf Patienten, die eine Leidenslinderung benötigen, aber noch in erheblichem Umfang auch lebensverlängernde bzw. kurativ intendierte Therapien erhalten, aber auch auf Tumorpatienten in früheren Erkrankungsphasen. Studien von Temel et al. (2010) zeigen eindrücklich, dass die frühe Integration der Palliativversorgung parallel zur onkologischen Therapie bei Menschen mit Bronchialkarzinom deren Leiden lindert, weniger onkologische Therapien erforderlich macht und sogar das Leben verlängert. Die Herausforderung besteht also im Anbieten von Palliativversorgung parallel zur lebensverlängernd bzw. kurativ intendierten Behandlung. Palliativversorgung muss daher parallel zu lebensverlängernden bzw. kurativ intendierten Therapien schon frühzeitig in die Krankenversorgung implementiert werden. Das heißt, Palliativdienste müssen schon frühzeitig einbezogen werden.

In Krankenhäusern ist man gewohnt, dass es klare Zuständigkeiten gibt, dass der Patient entweder operativ versorgt wird und auf der chirurgischen Station liegt oder konservativ versorgt wird und auf der internistischen Station ist oder zur Leidenslinderung bzw. ganzheitlichen Umsorgung nahe dem Lebensende auf eine Palliativstation verlegt wird. Die frühzeitige Integration von Palliative Care in die Versorgung fortschrei-

tend lebensbedrohlich erkrankter Menschen (WHO-Definition) erfordert aber eine parallele Zuständigkeit kurativ und palliativ Tätiger sowie deren enge Vernetzung – und dies ist für die Krankenhauskultur eine neue Herausforderung. Hier müssen nämlich nicht nur unterschiedliche Akteure, sondern unterschiedliche Denkweisen vernetzt werden. Dies bedeutet für das System Krankenhaus einen Paradigmenwechsel.

Dieses Buch widmet sich sehr intensiv den Schwierigkeiten und Chancen des Aufbaus eines Palliativdienstes bzw. der Förderung palliativer Kultur im gesamten Krankenhaus. Im 1. Kapitel wird aufgezeigt, wie Palliativdienste aufgebaut und verortet sein müssen, um durch die gegenwärtigen Finanzierungssysteme refinanzierbar zu sein. Im 2. Kapitel wird der Gegensatz kurativen und palliativen Handelns im Krankenhaus mit Bezügen auf die historische Entwicklung des Krankenhauses und der Palliativversorgung verdeutlicht. Im 3. Kapitel wird skizziert, wie es durch Haltung gelingen kann, diese Gegensätze in einer Parallelität kurativen und palliativen Denkens zu überwinden. Im 4. Kapitel werden aus der Praxis spezifische Arbeitsweisen des Palliativdienstes sowie spezielle Schritte dargestellt, die beim Aufbau und im Alltag nötig sind, um diese schwierigen Aufgaben als gut vernetztes, effektiv arbeitendes interprofessionelles Team im Alltag zu handhaben. Im 5. Kapitel wird gezeigt, wie Palliativdienste einen anderen Umgang mit Schmerzen und Symptomen im Krankenhaus in einer suchenden Haltung und Offenheit gegenüber palliativen Versorgungsbedürfnissen ermöglichen können. Im 6. Kapitel steht das Thema „Autonomie“ im Vordergrund. Praxisnah werden einige Möglichkeiten dargestellt, wie Palliativdienste mehr Autonomie für die Betroffenen im Alltag erreichen können, etwa durch Prozesse des Advance Care Planning. Im 7. und letzten Kapitel werden die besonderen Chancen des Palliativdienstes dargestellt, nämlich die Betreuung von Patientengruppen, die niemals auf einer Palliativstation betreut werden könnten. Zunächst geht es um die Vorteile und Rahmenbedingungen von Palliativstationen, dann um die besonderen Chancen von Palliativdiensten nicht anstatt, sondern zusätzlich zur Palliativstation. Es werden zahlreiche beispielhafte Situationen gezeigt, in denen die Betroffenen bisher selten oder gar nicht palliativ versorgt werden. Es wird dargestellt, was die vernetzte palliative Versorgung von Menschen mit einer Demenz, nach einem Schlaganfall, mit Herzinsuffizienz, COPD, Niereninsuffizi-

enz, Parkinson-Krankheit, Multipler Sklerose leisten kann, womit einige häufig „vergessene“ Problemstellungen bezüglich der Palliativversorgung im Akutkrankenhaus näher beschrieben werden. Zum Abschluss werden die besonderen Herausforderungen einer Palliativversorgung auf der Intensivstation dargestellt.

Dieses Buch möchte in keiner Weise ein Lehrbuch der Palliativ Care ersetzen, sondern sich ganz bewusst der Frage widmen, wie es gelingen kann, die Versorgung palliativbedürftiger Menschen im Krankenhaus (auch außerhalb einer Palliativstation) zu verbessern. Es gibt dem Leser Praxiswissen, wie eine Kultur palliativer Mitbehandlung im Krankenhaus aufgebaut und verstetigt werden kann. Es zeigt, was zur Implementierung eines Palliativdienstes nötig ist. Dabei greift der Autor nicht nur auf aktuelle Evidenzen aus der Literatur und Entwicklungen der Krankenhausfinanzierung zur besseren Palliativversorgung im Krankenhaus, sondern insbesondere auf seine eigenen Erfahrung bei der Implementierung und Verstetigung seines Palliativdienstes in Oberhausen und auf seine Inhouse-Schulungen und Organisationsberatung verschiedener Palliativdienste außerhalb zurück.





## 1. Definitionen und Abrechnungsmöglichkeiten des Palliativdienstes

Historisch gesehen war der Palliativdienst im Krankenhaus eine der frühen Strukturen professioneller Palliativversorgung. Bereits 1974 wurde im St. Louis Hospital in New York das erste „Hospital Support Team“ gegründet. Dies war ein Jahr vor der ersten Palliativstation, die Balfour Mount 1975 in Montreal gründete. Der Name „Hospital Support Team“ drückt bereits einige Charakteristika des Palliativdienstes aus. Er soll als Unterstützung (Support) im Krankenhaus zur Standardversorgung hinzukommen. Dass sich diese an sich sehr alte Idee im deutschen Sprachraum so schwer durchsetzen konnte, viel schwerer als das ein Jahr später entwickelte Konzept der Palliativstation, verwundert zunächst. Macht man sich allerdings die enormen Gegensätze zwischen den Haltungen der Standardkrankenhausversorgung und dem palliativen Paradigma klar, wie sie in der Einleitung dargestellt wurden, scheint es nur zu verständlich, dass es die Insellösung der Palliativstation wesentlich leichter hatte, sich durchzusetzen. Man hat die Gegensätze einfach durch Schaffung einer eigenen, abgespaltenen Einheit gelöst. Der dabei in Kauf genommene Nachteil ist groß: Es dürfen eben nur einige wenige Auserwählte von dieser abgespaltenen Einheit profitieren und an der Kultur des jeweiligen Krankenhauses ändert sich zunächst wenig. Auch in Ländern mit einer längeren palliativen Entwicklung, in denen das Palliativdienstkonzept mittlerweile sehr viel verbreiteter ist und wesentlich stärker implementiert wurde, wie etwa Großbritannien, scheint das Konzept in der Praxis noch immer nur auf einem sehr steinigen Weg umsetzbar. So beschreiben Sara Booth und Mitarbeitende an ihrem hervorragenden Buch „Palliative Care in the Acute Hospital Setting“ (Oxford, 2010) eindringlich, wie viel schwieriger und unbeliebter die Arbeit im Krankenhausteam im Vergleich zu anderen palliativen Settings bei den Mitarbeitenden ist.

Nachdem das Konzept Palliativdienst in Deutschland zwar schon recht frühzeitig implementiert wurde (vgl. Aulbert et al., 2011), führte es im deutschen Sprachraum lange eher ein Schattendasein. Während zunehmend Palliativstationen aufgebaut wurden, waren es nur wenige Institutionen, die ausschließlich oder überwiegend mittels Palliativdiensten im Krankenhaus arbeiteten (z. B. das Interdisziplinäre Zentrum für Palliativmedizin an der LMU München in der Anfangsphase), während die allermeisten sich überwiegend einer Palliativstation widmeten und vielleicht nebenbei auch einen Palliativdienst hatten.

Bereits zwischen 2006 und 2009 hat das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit ein Fachprogramm „Palliativversorgung in Krankenhäusern“ erstellt. Darin werden bereits Palliativmedizinische Dienste, wie es hier noch heißt, für alle Krankenhäuser gefordert, die mit der Behandlung und Begleitung Schwerkranker und Sterbender konfrontiert sind. Palliativmedizinische Dienste werden definiert und, falls sie die entsprechenden Kriterien erfüllen, in den Krankenhausplan für Bayern aufgenommen.

Durch die im Mai 2015 veröffentlichte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer unheilbaren Krebserkrankung hat sich die Situation noch weiter grundlegend geändert und wurde jetzt für den gesamten deutschen Raum und nicht nur für ein Bundesland definiert. Ein hoch anerkanntes Expertengremium hat sich klar auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenzen geäußert, dass jedes Krankenhaus, das unheilbar Krebskranke behandelt, einen Palliativdienst anbieten soll. Es verwundert daher nicht, dass die Finanzierung der Palliativdienste in Krankenhäusern nur 6 Monate später im Hospiz- und Palliativgesetz in Deutschland geregelt wurde. Bereits im Herbst 2016 wurde zwischen den Verhandlungspartnern eine neue Komplexpauschale für Palliativdienste im Krankenhaus vereinbart und in den OPS-Kode aufgenommen. Bereits ab 2017 können Krankenhäuser individuell danach abrechnen.

So positiv diese Entwicklung Palliativdienste fördern wird, so schwierig bleibt die tatsächliche Integration der gegensätzlichen Kulturen im Krankenhaus. Es ist für die Entwicklungen und die beteiligten Akteure vor Ort außerordentlich hilfreich, dass in der neuen Komplexpauschale unumstößliche Rahmenbedingungen geschaffen wurden, die Palliativdienste erfüllen müssen, damit die Krankenhäuser sie abrechnen können. So genügt es nicht, dass ein engagierter Schmerztherapeut oder

Onkologe, der auch den Palliativkurs besucht hat, zusammen mit einer Pflegeperson, die irgendwo im Krankenhaus arbeitet, ab und zu mal nebenbei aus persönlichem Engagement palliativ zu versorgende Patienten behandelt, ohne dass sie dafür ein fest zugewiesenes Arbeitszeitkontingent haben. Palliativversorgung ist jetzt glücklicherweise als etwas geregelt, was man eben nicht aus Gutmenschen-tum nebenbei macht, sondern für das klare Arbeitsstrukturen und Qualifikationsprofile erfüllt werden müssen, wie in jeder anderen Fachabteilung im Krankenhaus auch. Palliativdienste wurden damit auf ein ebenbürtiges Niveau mit anderen Krankenhausstrukturen und Fachabteilungen gesetzt.

Die genauen Regelungen werden anschließend im Einzelnen beschrieben. Es gilt, diese neuen Rahmenbedingungen positiv zu nutzen, um die schwierige Integration palliativer Denkweisen und Strukturen im Alltag gestärkt voranbringen zu können. Ziel sollte dabei stets der Aufbau einer echten palliativen Kultur und Versorgungsform sein, von der die Betroffenen wirklich maßgeblich profitieren, und nicht bloß die Abrechnung einer weiteren neuen Fallpauschale, deren Vorgaben gerade mal so eben erfüllt werden. Die Fallpauschale sollte also nicht Ziel, sondern hilfreicher Motor der Entwicklung sein.

## **1.1 Komplexpauschale OPS 8-982 – erste Abrechnungsmöglichkeit für den Palliativdienst?**

Bis 2010 wurden Palliativstationen als besondere Einrichtungen nach tagesgleichen Pflegesätzen finanziert, das heißt nicht nach einer bestimmten Fallpauschale, wie im DRG-System sonst üblich, sondern nach einem Tagessatz, der die gesamte Versorgung abdecken soll. Im Jahre 2005 wurde ein spezieller OPS, ein Operationen- und Prozedurenschlüssel, eingeführt. Der OPS ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemeinmedizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. In dieser Systemlogik wurde die palliativmedizinische Komplexbehandlung als eine neue Prozedur eingefügt und nach einer Erprobungsphase ab 2010 abrechenbar gemacht. Eine Abrechnung ist allerdings erst möglich, wenn der Patient sich über 7 Tage in palliativmedizinischer Betreuung befindet und besondere Kriterien erfüllt sind.

Im OPS 8-982 werden keine genaueren Kriterien für die Struktur genannt, die die palliative Versorgung im Krankenhaus anbietet. Daher können sowohl Palliativstationen als auch Palliativdienste nach dieser Pauschale abrechnen, sofern sie besondere Kriterien erfüllen. Damit war 2010 erstmals im deutschen Gesundheitssystem die Abrechenbarkeit von Leistungen, die Palliativdienste erbringen, grundsätzlich möglich. Palliativdienste werden häufig erst kurz vor der Entlassung oder dem Versterben hinzugezogen. Selbst wenn die Akzeptanz und frühe Integration eines Palliativdienstes durch Maßnahmen der internen Öffentlichkeitsarbeit, wie sie in Kapitel 4 beschrieben werden, erhöht wird, bleibt immer noch eine beträchtliche Anzahl von Patienten, die kürzer als 7 Tage im Palliativdienst versorgt werden und damit nicht abgerechnet werden können.

Von der Strukturqualität wird im OPS 8-982 in Ansätzen ein multiprofessionelles Team, nämlich die Leitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“, besonders geschultes Pflegepersonal und unterschiedliche Therapiebereiche, wie Sozialarbeit, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie oder Entspannungstherapie bzw. Patienten, Angehörigen- und Familiengespräche gefordert. Da mindestens zwei Therapiebereiche beteiligt sein müssen und die Patienten- bzw. Angehörigengespräche als Therapiebereich von allen Berufsgruppen durchgeführt werden können, müssen de facto mindestens drei Berufsgruppen beteiligt sein, nämlich fachlich spezialisierte Medizin, Pflege und ein weiterer Bereich (z. B. Sozialarbeit, Physiotherapie, künstlerische- oder Entspannungstherapie). Allerdings sind bis auf die gemeinsame Teambesprechung und die gemeinsame wochenbezogene Dokumentation keine weitergehenden Anforderungen an die Teamvernetzung gegeben. Rein theoretisch kann ein Arzt, der über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin verfügt, zusammen mit einer Pflegeperson mit Zusatzausbildung in Palliativmedizin, die irgendwo im Haus arbeitet und für gewisse Stundenkontingente freigestellt ist, sowie Therapeuten auf Anforderung die Komplexpauschale erfüllen, ohne dass wirklich ein eigenständiges Team besteht.

Der OPS war damit ein gutes Signal, das als ersten Schritt die Abrechenbarkeit von Palliativdiensten ermöglichte, aber sowohl bezüglich der mangelnden Anforderungen an die eigenständige Fachlichkeit des Palliativteams und die Teambildung/Vernetzung als auch bezüglich der 7-Tage-Grenze, ab der erst eine Abrechnung erfolgen kann, noch subop-

timal war. Außerdem wurde im OPS nicht zwischen Leistungen, die auf einer Palliativstation erbracht wurden, und Leistungen im Palliativdienst unterschieden, was zu einer Ungerechtigkeit in der Abrechnung führte, da die Strukturen einer Palliativstation zweifellos aufwendiger sind. Es war demzufolge nur konsequent, dass 2013 ein eigener OPS 8-98e für Palliativstationen gebildet wurde, in dem eine klare Strukturqualität, wie sie auf Palliativstationen üblich ist, mit eigenen Betten (mind. 5), eigenem Team, Rufdienst etc. vorgegeben wurde. **Tabelle 1-1** und **1-2** zeigen die beiden OPS 8-982 und 8-98e im Originaltext.

**Tabelle 1-1:** OPS 8-982 – Palliativmedizinische Komplexbehandlung  
(Quelle: DIMDI, 2017)

**Exkl.:**

Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff)  
Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h ff)

**Hinw.:**

- Mindestmerkmale:
  - Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
  - Ganzheitliche Behandlung unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, ggf. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen
  - Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
  - Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
  - Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
  - Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie und Durchführung von Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)
- 8-982.0 Bis zu 6 Behandlungstage
- 8-982.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-982.2 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-982.3 Mindestens 21 Behandlungstage

**Tabelle 1-2:** OPS 8-98e – Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (Quelle: DIMDI, 2017)

**Exkl.:**

Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff.)

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h ff.)

**Hinw.:**

- Mindestmerkmale:
  - Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten) durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team. Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung. Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden
  - Von Montag bis Freitag tagsüber eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit
  - Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden sowie mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung
  - Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
  - Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Dokumentation
  - Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
  - Begleitung des Patienten durch einen fallbezogenen Koordinator
  - Ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung, ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, ggf. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen
  - Bedarfsgerechte Anwendung spezialisierter apparativer palliativmedizinischer Behandlungsverfahren und deren kontinuierliche Überwachung, zum Beispiel Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur Symptomkontrolle
  - Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
  - Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
  - Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie und Durchführung von Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)
  - Ggf. bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des Patienten hinaus)
  - Bedarfsgerechte Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung