

Leistungen und Finanzierung der Palliativversorgung

Wer schwerkrank, pflegebedürftig oder sterbend ohne medizinische Aussicht auf Heilung ist, kann eine palliative Versorgung durch Ärzte und pflegerische Betreuung in Anspruch nehmen.



Gesetzlich Versicherte haben einen Anspruch auf eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§132g SGB V). Dieses Angebot können gesetzlich Versicherte über vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe nutzen. Für privat Krankenversicherte wird durch die bundesweit tätige compass private pflegeberatung ein vergleichbares Angebot zur vollumfänglichen und kostenfreien Pflegeberatung angeboten. Sofern Sie privat versichert sind und palliativmedizinische Leistungen in Anspruch nehmen möchten, sollten Sie vorab mit Ihrem Versicherungsunternehmen die Kostenfrage klären.

Was leistet eine Palliativversorgung?

Palliativmedizinische Versorgungsangebote sollen in ihrer Folge einerseits zur Linderung der Krankheitssymptome beitragen und andererseits, so gut es geht, den Erhalt der Lebensqualität und ein würdevolles Sterben ermöglichen. Die gesetzlichen Regelungen sind in § 39a SGB V definiert. Dort wird auch zwischen ambulanter und stationärer Palliativversorgung unterschieden.

Die meisten Menschen wünschen sich, ihr Lebensende Zuhause im Kreise ihrer Angehörigen zu verbringen. Ambulante Angebote können diesen Wunsch bestenfalls erfüllen, solange die palliativmedizinische Versorgung und Pflege vor Ort gewährleistet werden kann. Erbracht werden in der spezialisierten ambulanten palliativen Versorgung (SAPV) neben den Pflegeleistungen unter anderem auch die Überwachung einer notwendigen Schmerztherapie, psychosoziale Begleitung und Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen sowie medizinische Tätigkeiten wie Verbandswechsel und Portversorgung.

Finanzierung und Kostenerstattung

Die Kostentragung in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht den festgelegten Vergütungsvereinbarungen. Bei privat krankenversicherten Personen hängt eine Erstattung vom vereinbarten Umfang des privaten Krankenversicherungstarifes ab. Daher ist es ratsam, dass sich der Leistungserbringer in Ihrem Auftrag mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen in Verbindung setzt, um den Erstattungsumfang der Maßnahmen vor der Leistungserbringung abzuklären. Einzelne ärztliche oder pflegerische Leistungen, die im Rahmen der SAPV erbracht werden, können auch als Einzelleistung erstattungsfähig sein. Hierfür bedarf es einer differenzierten Rechnungsstellung.

Anderenfalls kommen nur stationäre Hospize oder Palliativstationen in Krankenhäusern in Frage. Übrigens: Laut Statistischen Bundesamt (2018) und Deutschem Ärzteblatt (2021), stirbt in Deutschland jede*r Zweite im Krankenhaus. Zusätzlich zu den allgemeinen Pflegeleistungen ambulanter und stationärer Anbieter gibt es inzwischen auch eine wachsende Zahl zusätzlicher Angebots- und Entlastungsleistungsmöglichkeiten, z.B. Tageshospize.

Tageshospiz und stationäres Hospiz

Tageshospize bieten unheilbar erkrankten Menschen lindernde Therapieangebote und die Möglichkeit, trotz schwerer Krankheit am sozialen Leben teilzuhaben. Für Angehörige bedeuten sie tageweise Chancen zur Entlastung in der Pflegesituation. In der Sozialen Pflichtversicherung (SPV) erfolgt die Finanzierung für stationäre und ambulante Hospizleistungen über § 39a SGB V. In der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) erfolgt die Erstattung über die Tagespflege – sofern die Einrichtung für teilstationäre Pflege zugelassen ist – oder über die Verhinderungspflege abzüglich 5 % Eigenanteil, wenn die Voraussetzungen für eine Verhinderungspflege, insbesondere ein Verhinderungsgrund, vorliegen. Darüber hinaus können Sie gegebenenfalls auch den Entlastungsbetrag nutzen.

Das Angebot stationärer Hospize umfasst palliative, pflegerische, soziale, psychologische und spirituelle Betreuung. Hospize begleiten die Angehörigen über den Tod der Patientin und des Patienten hinaus. Patient*innen müssen nichts hinzuzahlen, unabhängig vom Versicherungsstatus. Die Kosten werden aus Ansprüchen aus der Kranken- und Pflegeversicherung getragen. Dennoch sollten Sie am besten vor der Inanspruchnahme mit der privaten Krankenversicherung eine Klärung der möglichen Kostenerstattung abstimmen.

Begutachtung und Pflegegrad

Sollten Sie noch nicht als pflegebedürftig eingestuft worden sein, ist bei einer ambulant-palliativen Versorgung bzw. bei Aufenthalt in einem Hospiz oder vergleichbaren Einrichtungen, die Begutachtung vor Ort durch ein*e Gutachter*in unerlässlich. Sie sollte unverzüglich, spätestens aber innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse bzw. Pflegeversicherungsunternehmen, durchgeführt werden.

Bei weiteren Fragen zu Leistungen oder zur Finanzierung einer Palliativversorgung oder auch bei Fragen zur Begutachtung empfehlen wir Ihnen, sich an eine unabhängige Pflegeberatung zu wenden. Dort werden Sie dabei unterstützt, die passende Versorgung für Ihre Situation zu finden.