

Rechtsstand 2026

AKADEMIE DER WEISHEIT · WISSENSRÄUME

Palliative Care: Das architektonische Fundament

Rechtsgrundlagen, Regelungen und fachliche Standards

Aktualisierte Auffrischung für Fachpersonal, Betroffene und Angehörige

Rechtsstand: 18. Juli 2026 | Vollständig überarbeitete Fassung

Die vier Ebenen des Rechtsrahmens



Gesetze und Verordnungen

Beispiele: SGB V, SGB XI, BGB, StGB, PflegeZG, BtMG

Bedeutung: Unmittelbar geltendes Recht

Richtlinien und Verträge

Beispiele: SAPV-Richtlinie, HKP-Richtlinie

Bedeutung: Für Leistungssysteme und Vertragspartner verbindlich

Leitlinien und Expertenstandards

Beispiele: S3-Leitlinie, DNQP, SedPall

Bedeutung: Fachliche Orientierung (Qualität & Sorgfalt)

Einrichtungsbezogene Regeln

Beispiele: SOP, Notfallplan, Hygieneplan

Bedeutung: Müssen höherrangigem Recht entsprechen

Die gesetzlichen Bausteine der Palliative Care

—  Richtlinien —  Leitlinien —  Einrichtungsregeln



SGB V (Krankenversicherung)

Kernbedeutung: Trägt die medizinische/spezialisierte Versorgung (SAPV, Hospiz)



SGB XI (Pflegeversicherung)

Kernbedeutung: Richtet sich nach Pflegegrad (PG 2–5), nicht automatisch nach palliativer Diagnose



BGB (Zivilrecht)

Kernbedeutung: Regelt Einwilligung, Patientenverfügung, Vertretung und gerichtliche Genehmigungen



StGB (Strafrecht)

Kernbedeutung: Definiert Grenzen bei Schweigepflicht, Freiheitsberaubung und Tötung auf Verlangen



PflBG (Pflegeberufegesetz)

Kernbedeutung: Regelt vorbehaltene Aufgaben und seit 2026 erweiterte heilkundliche Befugnisse



BtMG (Betäubungsmittelrecht)

Kernbedeutung: Strikte Vorgaben für Verschreibung, Aufbewahrung und Nachweis

Die Versorgungslandschaft: Wo greift welche Leistung?

Gesetze

Richtlinien

Leitlinien

Einrichtung

SAPV (§ 37b SGB V)

Teamleistung bei besonders komplexem Symptombedarf.

Stationäres Hospiz (§ 39a SGB V) & Palliativstation (§ 39 SGB V / OPS)

Wenn ausreichende ambulante Versorgung nicht mehr möglich ist.

AAPV (Allgemeine ambulante Palliativversorgung)

Haus-/fachärztliche Regelversorgung bei beherrschbarer Komplexität.

Ambulanter Hospizdienst

Ehrenamtliche Begleitung.

Pflegeeinrichtung

Allgemeine Pflege; spezialisierte Dienste ergänzend.

Ambulant

Stationär

Spezialisierte Zugänge: SAPV & Hospiz



SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung)

Voraussetzung

Nicht heilbar, fortgeschritten, begrenzte Lebenserwartung, komplexer Bedarf.

Umfang

Beratung, Koordination, Teil- oder Vollversorgung. (Nicht jede Verordnung ist Vollversorgung!)

Exklusion (HKP-Richtlinie 24a)

Bei SAPV-Vollversorgung ist eine Doppelversorgung durch häusliche Krankenpflege (Symptomkontrolle) ausgeschlossen.

Stationäres Hospiz

Abgrenzung

Keine Krankenhausabteilung.

Zugang

Krankenhausbehandlung nicht nötig, ambulante Versorgung nicht ausreichend. Ärztliche Bescheinigung zwingend.

Finanzierung

Krankenkasse trägt 95% des Bedarfssatzes. 0% Eigenanteil für den Versicherten.

Verlegung

Aus Pflegeeinrichtung nur möglich, wenn Bedarf dort ambulant nicht gedeckt werden kann.

Finanzielle Architektur: Pflegeversicherung 2026

– Gesetze – Richtlinien – Leitlinien – Einrichtung

PG 2	347€	796€ Sachleistung
PG 3	599€	1.497€ Sachleistung
PG 4	800€	1.859€ Sachleistung
PG 5	990€	2.299€ Sachleistung

Der gemeinsame Jahresbetrag: Seit 1. Juli 2025 steht PG 2–5 ein Budget von 3.539 Euro für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zur Verfügung (jeweils bis 8 Wochen/Jahr nutzbar; 50% Pflegegeld-Fortzahlung).

Praxisrelevant: Palliative Diagnose führt nicht automatisch zu PG 4/5. Maßgeblich ist die Selbstständigkeit. Begutachtungsfrist für Palliativ/Hospiz auf 5 Arbeitstage verkürzt!

Entscheidungsarchitektur: Einwilligung & Vertretung

gesetzlich

— Richtlinien

— Leitlinien

— Einrichtung

1. Medizinische Maßnahme indiziert?

Nein → Keine Maßnahme

Ja → weiter zu Frage 2

2. Ist die Person einwilligungsfähig?

Ja → Patient entscheidet selbst (aktueller Wille schlägt alles, auch wenn fachlich unvernünftig)

Nein → weiter zu Frage 3

3. Liegt eine Patientenverfügung (§ 1827 BGB) vor?

Nein → Ermittlung des mutmaßlichen Willens durch Vertretung

Ja → weiter zu Frage 4

4. Passt sie auf die konkrete Situation?

Ja → Verbindlich umsetzen

Nein/Passt nicht → Ermittlung des mutmaßlichen Willens

Notfall-Bypass-Pfeil: In unaufschiebbaren Notfällen wird die Maßnahme nach mutmaßlichem Willen begonnen — die Klärung folgt sofort danach.

Diagnostik der Vertretungsbefugnisse



	Wirkung	Hard Limit
Vorsorgevollmacht	Vertritt im festgelegten Umfang.	Für Behandlungsabbruch/Freiheitsentzug muss die Befugnis ausdrücklich und schriftlich erteilt sein.
Betreuungsverfügung	Benennt Wünsche für mögliche gerichtliche Betreuung.	Verleiht allein noch keine Vertretungsmacht.
Rechtliche Betreuung	Gericht legt Aufgabenbereiche fest.	Hebt Selbstbestimmung nicht auf; einwilligungsfähige Betreute entscheiden weiter selbst.
Ehegattennotvertretung (§ 1358 BGB)	Befristete Vertretung in akuter Gesundheitskrise.	Endet spätestens nach 6 Monaten. Gilt nicht bei Trennung oder Widerspruch.

Klinische Grenzen: Behandlung, Sedierung und Suizid



	Behandlungsbegrenzung	Palliative Symptomtherapie (inkl. Sedierung)	Assistierter Suizid	Tötung auf Verlangen
Rechtliche Einordnung	Zulässig (bei fehlender Indikation/Patientenwillen).	Zulässig (Sorgfalt/Einwilligung nötig).	§ 217 StGB für nichtig erklärt (straffrei, aber unreguliert).	Strafbar nach § 216 StGB.
Primäres Ziel	Zulassen des natürlichen Sterbeprozesses.	Leidenslinderung, nicht Tod.	Vorzeitige Lebensbeendigung.	Tod.
Wer führt die finale Handlung aus?	Arzt/Pflege (durch Unterlassen).	Medizinisches Personal.	Die suizidwillige Person selbst.	Eine andere Person (z.B. Arzt).

Berufliche Verantwortung I: Befugnisse & Dokumentation 2026



Pflegeberufegesetz 2026 (PflBG)

Heilkundliche Befugnisse: Seit 2026 erweiterte Möglichkeit zur eigenverantwortlichen Ausübung definierter heilkundlicher Tätigkeiten (kompetenzabhängig).

Die Rote Linie

Daraus folgt keine pauschale Befugnis, ärztlich verordnete Palliativmedikation eigenständig zu beginnen, abzusetzen oder zu verändern.

Dokumentation (§ 630f BGB)

Begrenzung vs. Pflicht: Die gesetzliche „Entbürokratisierung“ beseitigt nicht die Pflicht, entscheidungsrelevante Daten festzuhalten.

Zwingend:

Behandlungsziel, Einwilligungsfähigkeit, Wille, Wirkung/Nebenwirkung von Medikamenten, Teamabsprachen

Berufliche Verantwortung II: Die Roten Linien (BtMG & Zwang)

●
Gesetze



●
Richtlinien

Freiheitsentzug & Zwang (§ 1831/1832 BGB)

Regel

Unterbringung, Bettgitter oder sedierende Medikamente (mit dem Zweck der Bewegungseinschränkung) erfordern bei betreuten Personen in Einrichtungen die Genehmigung des Betreuungsgerichts.

Abgrenzung

Eine eingewilligte palliative Sedierung zur reinen Symptomlinderung ist kein Freiheitsentzug.

Betäubungsmittel (BtMG/BtMVV)

Strenge Vorgaben

Verordnungen, Bedarfsmedikation, Maximaldosis, Mindestabstand und Eskalationsweg müssen absolut eindeutig sein.

Pflicht

Nachweisbare Aufbewahrung und Dokumentation von Bestand und Verbleib. Fachgerechte Opioidtherapie ist strikt von gezielter Tötung zu unterscheiden.

Der fachliche Werkzeugkasten: Richtlinien & Standards

Gesetze – Richtlinien – Leitlinien – Einrichtung

G-BA Richtlinien (SAPV & HKP)

Fokus: Anspruchsvoraussetzungen

Neu: HKP-Richtlinie Nr. 24a regelt explizit die Symptomkontrolle bei Palliativpatienten (in Kraft seit Aug 2025)

S3-Leitlinie Palliativmedizin

Fokus: Krebserkrankungen

Status: Version 3.01 (März 2026) befindet sich im Konsultationsverfahren; nicht als endgültig anwenden.

DNQP-Expertenstandards

Fokus:

Schmerzmanagement
Wunden
Entlassungsmanagement
Beziehungsgestaltung bei Demenz

SedPall (DGP)

Fokus: Handlungsempfehlungen zum Einsatz sedierender Medikamente

(Keine formale S3-Leitlinie, aber fachlicher Standard)

Rechte der Angehörigen: Berufliche Freistellung

Gesetze

Richtlinien

Leitlinien

Einrichtung

10 Arbeitstage

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Gesetz: § 2 PflegeZG.

Voraussetzung: Akute Situation.

Betriebsgröße: Unabhängig.

(Pflegeunterstützungsgeld möglich)

Bis zu 3 Monate

Begleitung in der letzten Lebensphase

Voraussetzung: Keine Pflege in häuslicher Umgebung erforderlich. Betriebsgröße: >15 Beschäftigte.

Bis zu 6 Monate

Pflegezeit

Voraussetzung: Häusliche Umgebung.

Betriebsgröße: >15 Beschäftigte.

Bis zu 24 Monate

Familienpflegezeit

Voraussetzung: Teilweise Freistellung (mind. 15 Wochenstunden). Betriebsgröße: >25 Beschäftigte. (Pflegezeit & Familienpflegezeit zusammen max. 24 Monate)

Update-Synthese: Was sich bis 2026 geändert hat

Veraltet	Aktuell
Patientenverfügung ist § 1901a BGB.	Seit 2023 in § 1827 BGB geregelt.
Kurzzeit- und Verhinderungspflege sind getrennte Budgets.	Seit Juli 2025 gibt es den gemeinsamen Jahresbetrag (3.539 Euro).
Pflegefachkräfte brauchen pauschal 160 Std. Palliative Care.	Keine bundesweite Pflicht im PflBG; abhängig von Verträgen (z.B. Hospizrahmenvereinbarung).
Es gibt ein Recht auf Supervision/Trauerbegleitung.	Kein bundesgesetzlicher Einzelanspruch; regelt sich über Arbeitsschutz und lokale Angebote.
Palliative Phase = Pflegegrad 4 oder 5.	Kein Automatismus; reine Begutachtung der Selbstständigkeit entscheidet.

Der Praxischeck: Entscheidungen am Lebensende

- ☐ 1. Medizinische Indikation geklärt & Behandlungsziel dokumentiert?
- ☐ 2. Person für diese konkrete Entscheidung einwilligungsfähig?
- ☐ 3. Aktueller Wille, Patientenverfügung oder Notfallplan vorhanden?
- ☐ 4. Vertretungsbefugnis (Vollmacht/Betreuung/§1358) geprüft?
- ☐ 5. Nutzen/Belastungen und Ablehnungsrecht verständlich besprochen?
- ☐ 6. Angehörige nur im zulässigen/gewünschten Umfang beteiligt?
- ☐ 7. Bedarfsmedikation, Höchstdosen und Eskalationswege eindeutig?
- ☐ 8. Versorgungsnetzwerk (SAPV, Hospizdienst, Hilfsmittel) koordiniert?
- ☐ 9. Notfallplan (Was soll geschehen, was unterbleiben?) definiert?
- ☐ 10. Landesrechtliche & interne Vorgaben berücksichtigt?
- ☐ 11. Dokumentation so präzise, dass das nächste Teammitglied sicher übernehmen kann?

Bei Konflikten: Nicht vorschnell handeln. Ethikberatung, Vertretung oder Betreuungsgericht einbeziehen. **Im absoluten Notfall:** Mutmaßlicher Wille gilt.