

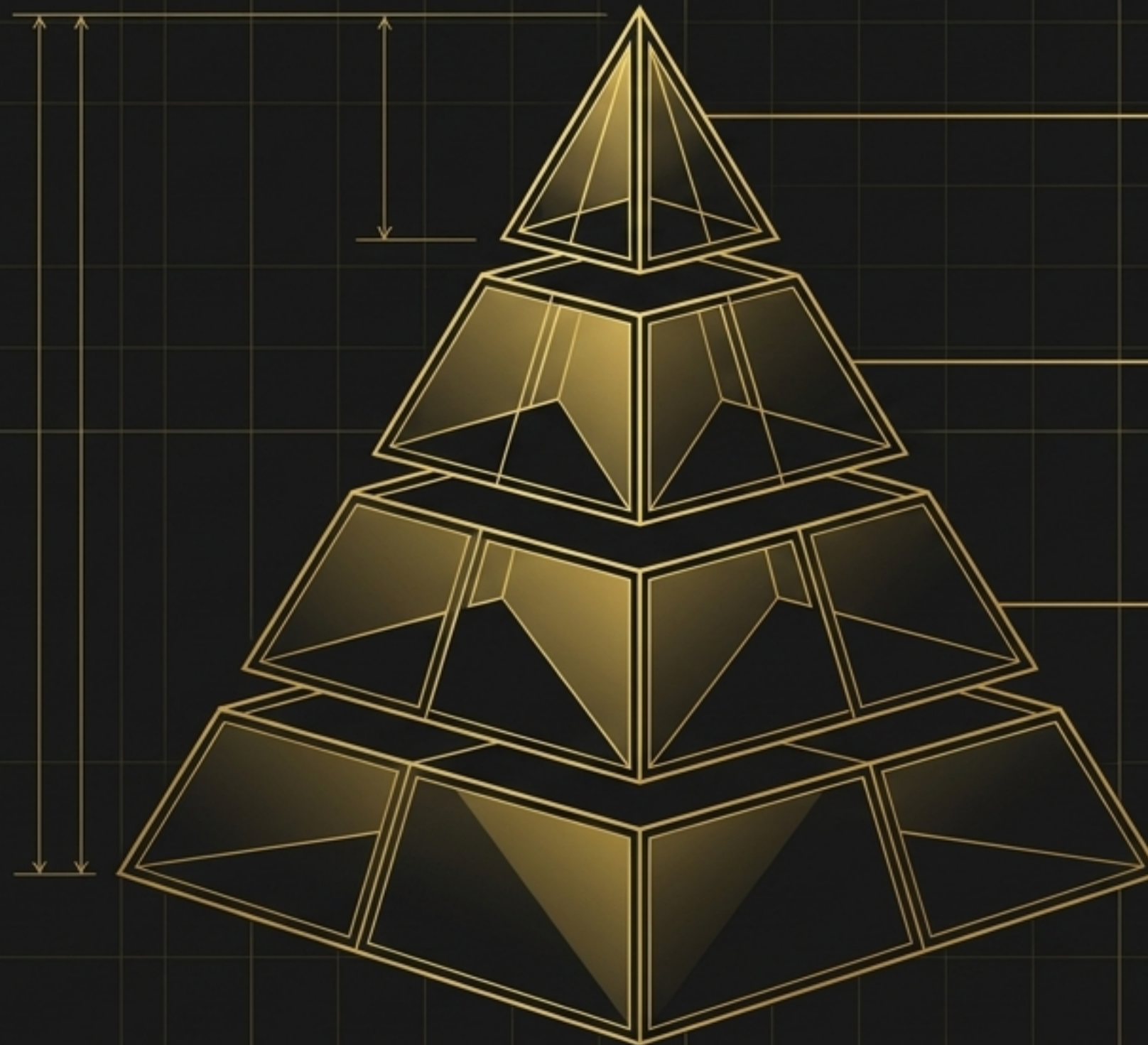
Palliative Care: Das architektonische Fundament

Rechtsgrundlagen, Regelungen und fachliche Standards

Aktualisierte Auffrischung für Fachpersonal, Betroffene und Angehörige

Rechtsstand
2026

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



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.



PfIBG (Pflegeberufegesetz)

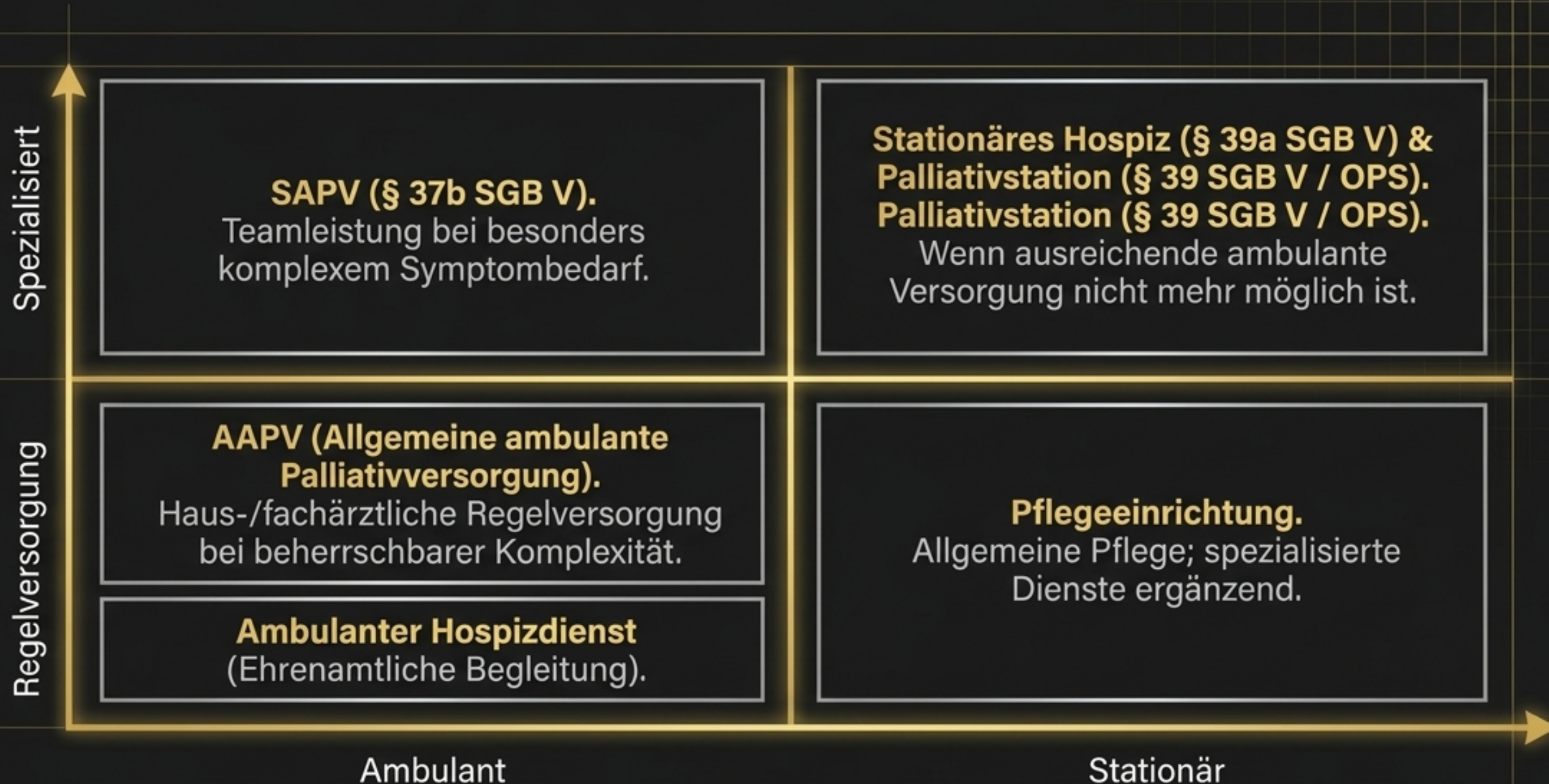
Kernbedeutung: Regelt vorbehaltene Aufgaben und seit 2026 erweiterte heilkundliche Befugnisse.



BtMG (Betäubungsmittelrecht)

Kernbedeutung: Strikte Vorgaben für Verschreibung, Aufbewahrung und Nachweis.

Die Versorgungslandschaft: Wo greift welche Leistung?



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.

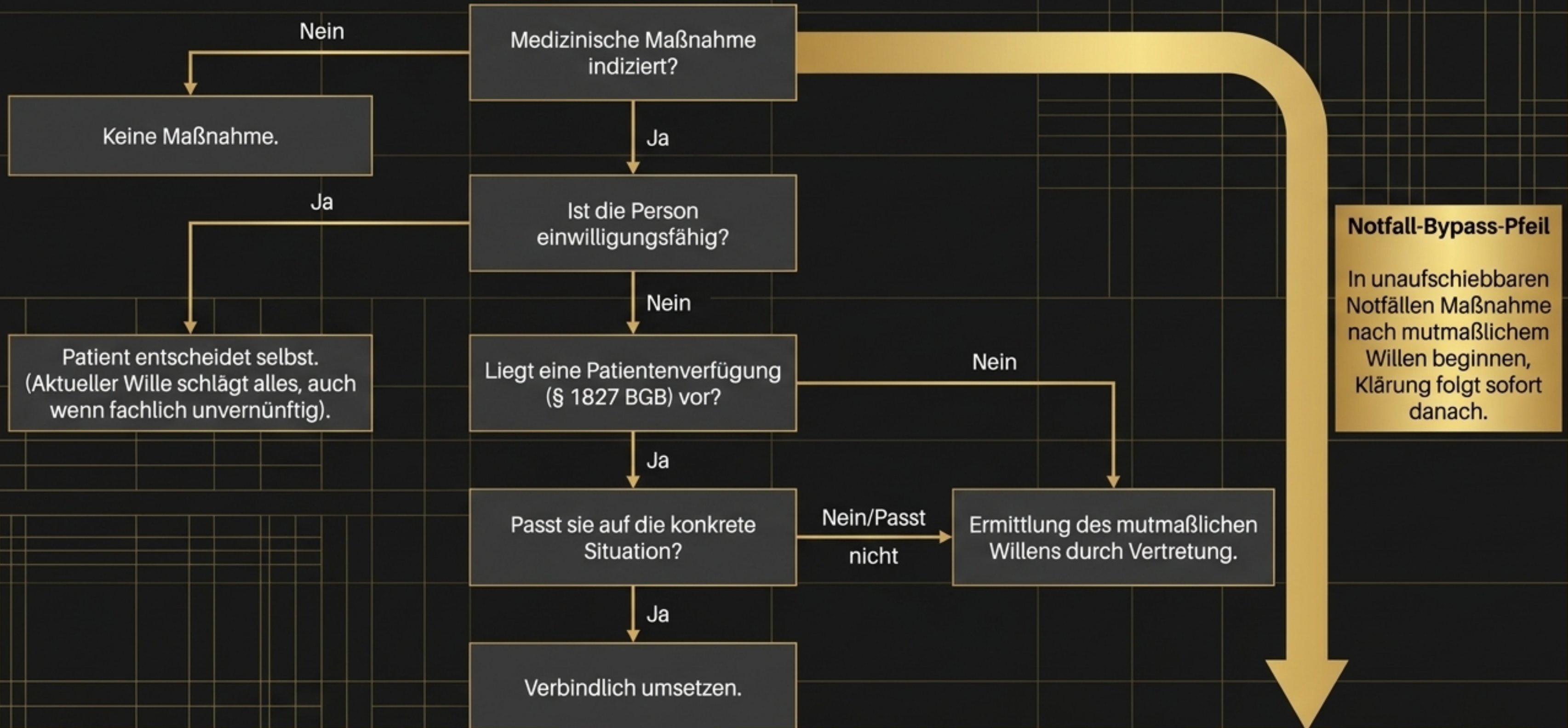
Finanzielle Architektur: Pflegeversicherung 2026

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

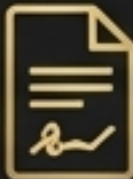
Der gemeinsame Jahresbetrag:
Seit 1. Juli 2025 steht PG 2-5 ein Budget von **3.539 Euro** für
Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zur Verfügung
(jeweils bis 8 Wochen/Jahr nutzbar; 50% Pflegegeld-Fortzahlung).

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



Diagnostik der Vertretungsbefugnisse

	Wirkung	Hard Limit
 Vorsorgevollmacht	Vertritt im festgelegten Umfang.	Für Behandlungsabbruch/Freiheitsentzug muss 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)



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)

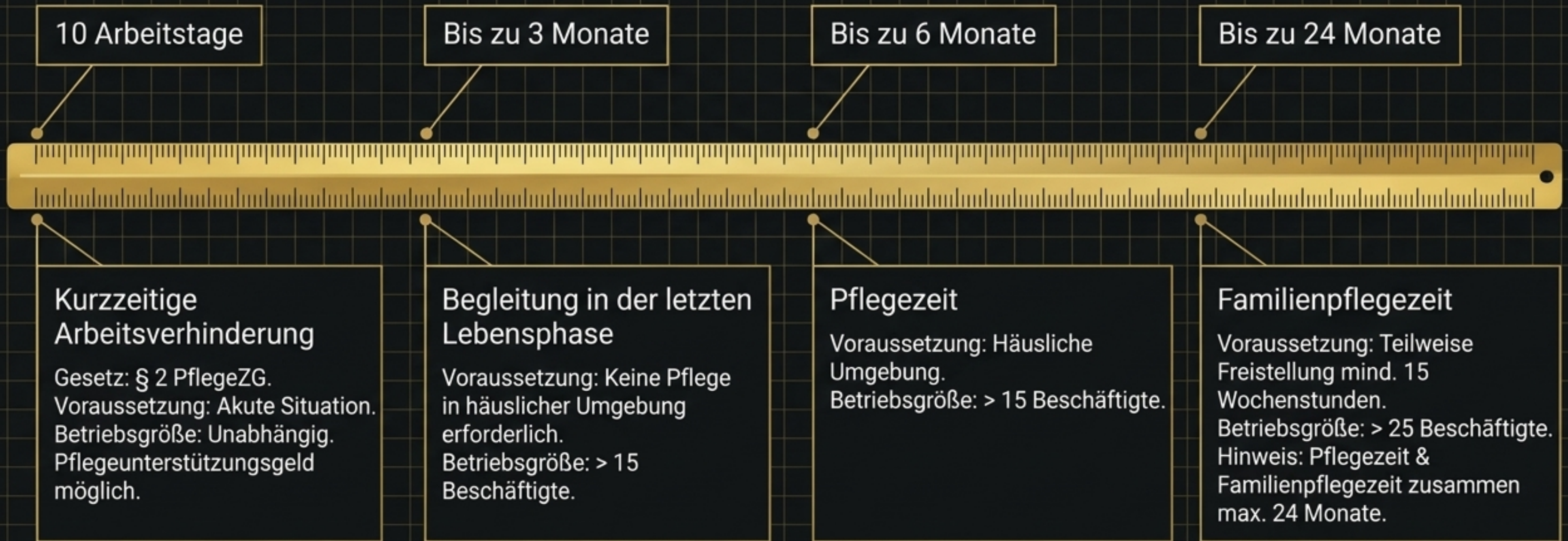
Strenge Vorgaben: Verordnungen, Bedarfsmedikation, Maximaldosis, Mindestabstand und Eskalationsweg müssen absolut eindeutig sein.

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

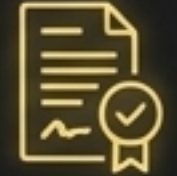
Der fachliche Werkzeugkasten: Richtlinien & Standards



Rechte der Angehörigen: Berufliche Freistellung



Update-Synthese: Was sich 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.