

Check-Liste zur Überprüfung der Aufnahme-Indikation für ein stationäres Hospizes¹

Operationalisierung der Vorgaben der Rahmenvereinbarung
nach § 39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur
Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung
vom 13.03.1998, i.d.F. vom 09.02.1999

Grundsatz

Aufnahme als Gäste in den stationären Bereich eines Hospizes finden nach den Vereinbarungen mit den Krankenkassen ausschließlich solche Menschen,

- bei denen eine Krankenhausbehandlung nicht mehr erforderlich ist und
- die weder zu Hause noch im Pflegeheim angemessen betreut werden können. Insbesondere sind hier die unten genannten Indikationen (A – D) ausschlaggebend.

Dies bedeutet, dass vor jeder Aufnahme zu prüfen ist, ob die Betreuung der betroffenen Menschen nicht auch in einem Pflegeheim möglich wäre. Nur wenn das Pflegeheim eine solche Aufgabe wegen des notwendigen hohen palliativ-pflegerischen oder palliativ-medizinischen Aufwandes ablehnen würde, ist eine Aufnahme auf die Station eines Hospizes angezeigt.

Für die Aufnahmen eines Menschen in den stationären Bereich eines Hospizes gelten nach Berücksichtigung der o. g. Grundsätze insbesondere die folgenden Indikationen.

Dabei ist zu beachten, dass stets alle vier Faktoren A bis D gegeben sein müssen, um eine stationäre Aufnahme zu rechtfertigen

- A) Der betroffene Mensch leidet an einer der folgenden vier Krankheitsarten:
1. Krebserkrankung, die weit fortgeschritten ist
 2. Vollbild der Infektionskrankheit AIDS
 3. Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen
 4. Endzustand einer anderen chronischen Erkrankung (wie chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, Magen-Darm- oder Lungenerkrankung)

und

- B) Bei dem kranken Menschen besteht nur noch eine geringe Lebensprognose von Wochen oder wenigen Monaten.

¹ Quelle: Student, J.-C. (Hrsg.): Das Hospiz-Buch. 4. erweiterte Aufl., Lambertus, Freiburg 1999, Seite 27 – 32

Kommentar: Die geringe Lebensprognose ist sicherlich der unbedeutendste Faktor unter den Indikationen A bis D – schon alleine deswegen, weil hier Fähigkeiten von den Einschätzenden verlangt werden, die eine Voraussagefähigkeit voraussetzen, wie sie uns bislang nicht mit der nötigen Genauigkeit zur Verfügung steht. Dennoch lassen sich hier sicherlich Präzisierungen erarbeiten.

Im onkologischen Bereich scheint die subjektive Einschätzung einer erfahrenen aufnehmenden Pflegekraft eine recht hohe Validität zu haben

Im nicht-onkologischen Bereich sind dagegen die von der Nationalen Palliative Care und Hospiz-Gesellschaft der USA (NPCHO, 1996) erarbeiteten Prognosekriterien², die dort gemeinsam mit den Krankenkassen entwickelt wurden und allen Betroffenen Vertragssicherheit geben, als besonders hilfreich anzusehen

und

- C) Die/Der Betroffene kennt und billigt das vom Hospiz vertretene Prinzip der lindernden Pflege und Therapie (Palliative Care).

Kommentar: Sie/Er wünscht also keine eingreifenden Untersuchungen oder Therapieversuche mehr, sondern ist damit einverstanden, dass sich die weitere Behandlung auf eine Linderung der Beschwerden konzentriert. Dies bedeutet insbesondere, dass in der Regel keine forcierte Ernährung, keine künstliche Beatmung und keine kontinuierliche i.v.-Infusionstherapie mehr durchgeführt wird. Im Interesse der Behandlungssicherheit erscheint es wünschenswert, dass auch die Familie der/s Kranken und möglichst auch der zuletzt behandelnde Arzt Palliative Care billigen.

und

- D) Es besteht mindestens einer der folgenden Beschwerdenbereiche:

1. Patientinnen und Patienten in psychosozialen Krisen oder längerfristigen Belastungssituationen (wird von den Kassen allerdings nur bedingt anerkannt; die Indikation zur Aufnahme ist deshalb streng, am besten nach psychiatrischer Beratung zu stellen):
 - a) Menschen in psychischen Krisen oder Belastungssituationen (z.B. schweren Depressionen oder depressiven Reaktionen, auch mit Suizidalität; Unruhe- oder Verwirrheitszuständen; schwersten Schlafstörungen)
 - b) Menschen in sozialen Krisen oder Belastungssituationen (z.B. Dekompensation oder Erkrankung der oder des betreuenden Angehörigen; Misshandlung oder Vernachlässigung des Patienten bzw. der Patientin durch Angehörige)
 - c) Menschen in spirituellen Krisen oder Belastungssituationen (z.B. intensive religiöse Befürchtungen und Ängste)

² vgl.: Student, J.-C. & Napiwotzky, A.: Palliative Care - wahrnehmen, verstehen, schützen. Thieme, Stuttgart 2007, Seite 178 - 184

2. Patientinnen und Patienten mit akuten oder längerfristigen pflegerischen und medizinischen Problemen insbesondere dann, wenn diese die laufende, intensive Überwachung der Patientinnen und Patienten, ständige aufwendige medizinische und pflegerische Maßnahmen oder ständige Bereitschaft zu klinischen Notfallmaßnahmen erforderlich machen. Diskussionswürdig ist auch die Aufnahme solcher Kranker, bei denen die genannten medizinischen Probleme unmittelbar drohen. Besonders zu nennen sind hier:
- a) schwere, ambulant nicht zu beherrschende Schmerzen, mit Durchbruchs- und Bewegungsschmerz, die einer fortlaufenden medizinischen Kontrolle bedürfen (z.B. individuelle, zeitabhängige und dosisvariierte Schmerztherapie notwendig machen, die täglich mehrfach anzupassen ist) oder bei denen invasive Techniken der Schmerztherapie (z.B. spinale Opioidapplikationen [das Legen eines Periduralkatheters]) zum Einsatz kommen
 - b) ambulant durchgeführte aber kontinuierlicher pflegerischer Überwachung bedürftige palliative Symptomlinderung durch zytostatische Therapie oder Strahlentherapie
 - c) bestehende oder unmittelbar drohende schwere Obstruktionen [Verschlüsse]. Hierzu gehören z.B. die obere Einflusstauung durch Vena cava-Obstruktion [Verschluss der oberen Hohlvene]; Atemstörungen oder Erstickungsanfälle bei Obstruktionen der Luftwege durch Tumoren, Metastasen o.Ä. im Bereich der Lungen; Verschlüsse im Intestinalbereich [Darmbereich]; Verschlüsse im Bereich der abführenden Harnwege; Obstruktionen bei Kindern infolge von angeborenen Fehlbildungen, die nach heutigem Stand der Medizin zwangsläufig zum Tode führen.
 - d) schwere zentralnervöse Störungen (z.B. Status epilepticus [sehr lange bestehender Krampfanfall]; intracranielle Drucksteigerung mit der Gefahr der Einklemmung des Hirnstammes; Endzustand einer progressiven Muskeldystrophie oder ALS [fortschreitender Muskelschwund]; Endzustand einer Multiplen Sklerose mit völliger Hilflosigkeit; unstillbarer Schluckauf; Endzustand einer tödlichen Stoffwechselstörung des ZNS insbesondere bei Kindern).
 - e) pathologische Frakturen [abnorme Knochenbrüche z.B. durch Metastasen], insbesondere im Bereich der Wirbelkörper oder der großen Röhrenknochen zur stationären Unterstützung des Stabilisierungsprozesses nach chirurgischen Maßnahmen oder dann, wenn chirurgische Maßnahmen nicht mehr möglich sind
 - f) schwere Stoffwechsellentgleisungen (z.B. entgleister Diabetes mellitus; Hyperkalzämie)
 - g) terminales Organversagen (z.B. terminales Nierenversagen, Leberversagen, Herzversagen)
 - h) Gefahr schwerer profuser Blutungen (z.B. bei Arrosion [schwere Schädigung] großer Gefäße im Bronchial- und Intestinalbereich [Magen-Darmbereich] sowie dem Hals-Nasen-Ohrenbereich; bei terminalen Leukosen)
 - i) schwere Beeinträchtigungen im Bereich von Haut und Schleimhäuten (z.B. exulzerierende [geschwürig zerfallende] Tumoren, insbesondere mit starker Geruchsbildung; ausgeprägter Dekubitus [Druckgeschwüre der Haut] mit großflächigen Defekten und andere, intensive pflegerische Maßnahmen erfordernde Störungen im Bereich der Haut und Schleimhäute.)
 - j) schwerste körperliche Entstellungen insbesondere im Gesichtsbereich / Hals-Nasen-Ohrenbereich (z.B. bei Craniopharyngeom)

BEACHTEN:

1. Die stationäre Aufnahme setzt also voraus, dass die Punkte A – D alle erfüllt sind.
2. Diese Angaben dürfen jedoch nicht dahingehend missverstanden werden, dass die genannten Indikationen zwingende Aufnahmegründe für eine stationäre Betreuung darstellten. Viele der genannten Beschwerden lassen sich auch im ambulanten Bereich ausreichend lindern, sofern dort ein ausreichend qualifiziertes Hospiz- / Palliative Care-Team und entsprechende häusliche Infrastruktur zu Verfügung stehen.
3. Sobald die beschriebenen Beschwerdebilder dauerhaft behoben sind, ist eine Entlassung nach Hause oder ins Pflegeheim vorzusehen.

gez. Prof. Dr. med. Dr. h.c. Christoph Student
Deutsches Institut für Palliative Care³
24. September 2007/se

³ Professor Dr. med. Dr. h.c. Christoph Student, Palliativmediziner und Psychotherapeut,
Deutsches Institut für Palliative Care, St. Gallener Weg 2, 79189 Bad Krozingen
Tel.: (01 71) 9 53 24 27 Internet: www.christoph-student.de