

Selbstbestimmung durch Vorsorge

Persönliche Notfall-Vorsorge für Menschen ohne Obdach
mit chronischen, lebensbegrenzenden und/oder
lebensverkürzenden Erkrankungen in Berlin

Bachelorthesis

Zur Erlangung des akademischen Grades des

Bachelor of Arts (B.A.)

im Bachelorstudiengang

„Soziale Arbeit“

Erstellt von:

Name: Edeler, Kristina

Matrikel-Nummer: 804973

E-Mail: kristina.edeler@stud.khsb-berlin.de

Semester: 8. Semester (WiSe 2023/2024)

Erstgutachter*in: Prof. Dr. Jens Wurtzbacher

Zweitgutachter*in: Frau Ulla Rose

Abgabedatum: 30.01.2024

Gliederung dieser Bachelorthesis

1. Einleitung.....	1
2. Obdachlosigkeit.....	3
2.1 Definition von Obdachlosigkeit nach ETHOS (FEANTSA).....	3
2.2 Problemfelder durch Obdachlosigkeit.....	4
3. Krankheitsbilder und die medizinische Behandlung von Menschen ohne Obdach in Berlin.....	5
3.1 Auszug aus dem aktuellen Forschungsstand.....	5
3.2 Krankheits- und Todesursachen bei obdachlosen Menschen.....	8
3.3 Versorgungsstruktur in Berlin.....	10
3.4 Aufgaben der Sozialen Arbeit.....	12
4. Selbstbestimmung, Lebensende und Obdachlosigkeit.....	13
4.1 Definition und Verständnis von Selbstbestimmung.....	13
4.2 Selbstbestimmung am Lebensende.....	14
4.3 Selbstbestimmung auf der Straße.....	16
5. Die Patientenverfügung als mögliches Instrument der Selbstbestimmung..	17
5.1 Grundlagen der Patientenverfügung.....	19
5.2 Zahlen und Fakten zur Patientenverfügung.....	20
5.3 Beratungs- und Informationsquellen.....	21
6. Weitere mögliche Hilfsinstrumente.....	23
6.1 Werteermittlung.....	23
6.2 Vorlieben und Wünsche.....	24
6.3 Vorsorgevollmacht.....	24
6.4 Eintragung in das zentrale Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer	25
7. Grenzen und Probleme in den bestehenden Versorgungsstrukturen.....	25
7.1 Strukturelle Probleme.....	26
7.2 Persönliche Hürden.....	29

8. Zusammenführung der Themen Menschen ohne Obdach mit lebensbegrenzenden und/oder lebensverkürzenden Erkrankungen & persönliche Notfall-Vorsorge	31
8.1 Möglicher Nutzen für die Zielgruppe	31
8.2 Potenzielle Hürden für die Zielgruppe.....	34
9. Anforderungen und Aufträge	36
9.1 Anforderungen an strukturelle Änderungen	36
9.2 Anforderungen an die professionell Handelnden	38
10. Fazit und Ausblick	40
Quellen- und Literaturverzeichnis	
Anhang	
Selbstständigkeitserklärung	

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1/ Lebenszeit- und Punktprävalenz von somatischen Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland.....	7
Tabelle 2/ Lebenszeit- und Punktprävalenz von psychischen Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland.....	8

1. Einleitung

Obdachlosigkeit ist neben einer Gefährdung für die körperliche und geistige Gesundheit auch als einer der größten Eingriffe in die Selbstbestimmtheit und Autonomie zu beurteilen. Die Folgen dieses Lebensumstandes sind gravierend. Menschen, die auf der Straße leben müssen, altern so schnell vor, dass bereits ab einem Lebensalter von 50 Jahren von „älteren“ Menschen gesprochen wird (vgl. Steckelberg 2023, S. 89). Krankheiten in chronifizierter, lebensverkürzender und lebeenseinschränkender Form sind häufiger zu beobachten (vgl. Bäuml et al. 2017, S. 210ff.), deren Behandlung zudem durch eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung erschwert. Nicht nur aus diesen Gründen (siehe dazu 3.) sterben obdachlose Menschen im Schnitt bis zu 30 Jahre früher als der Durchschnitt der Bevölkerung (vgl. Füller/Moor 2021, S. 131).

Seit circa zwei Jahren lässt sich in Berlin beobachten, wie auch die in diesem Zusammenhang unübersehbar relevanten Themen Hospiz und Palliativmedizin in der Versorgung von Menschen ohne Obdach mehr Zuwendung gewinnen. Unter anderem durch die Krankenwohnung des Caritasverbandes für das Erzbistum Berlin e. V., in der neben 15 Betten für kurzfristig, akut erkrankte Menschen auch fünf Plätze für Menschen in palliativer Behandlung bereitstehen (vgl. Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V. o. J., o. S.). Im Januar 2023 gründete sich zudem mit der AG KoWohl (Koordinierungsstelle zur Versorgung Wohnungsloser mit lebensbegrenzender Erkrankung in Berlin) erstmalig eine zentrale Anlaufstelle für Betroffene, Akteurinnen und Akteure der Hilfslandschaft, die die Problematik der fehlenden Versorgung von Menschen ohne Obdach mit lebensverkürzenden Erkrankungen künftig in den Fokus rücken möchte (vgl. Unionhilfswerk Senioren-Einrichtungen gemeinnützige GmbH o. J., o. S.). Chronische und unheilbare Krankheiten sind im Allgemeinen die häufigste Todesursache (vgl. Trachsel/Maercker 2016, S. 9) und führen bei den Betroffenen durch zusätzliche psychische Belastungen zu einer deutlichen Reduzierung der Lebensqualität (ebd.). Zwischen einer Erkrankung und dem Lebensende liegen dazu oft viele Jahre in gesundheitlicher Ungleichheit (vgl. 7.1). Umso mehr gilt es daher, konkret Bedürfnisse wie das Erfahren von Autonomie und Selbstbestimmtheit zu berücksichtigen und zu ermöglichen.

In der vorliegenden Arbeit wird dargestellt, wie die Themen Obdachlosigkeit und die besonderen Ausmaße der gesundheitlichen Ungleichheit im Hinblick auf das

Lebensende zusammen auf die Autonomie und Selbstbestimmung von Betroffenen wirken. Die Patientenverfügung wird hierbei als ein Teil der in Deutschland vorhandenen Instrumente zur persönlichen Vorsorge untersucht. Am konkreten Beispiel dieser werden Hürden, aber auch Chancen für die Patient*innen dargestellt, die auf das niedrigschwellige medizinische Hilfenetzwerk in Berlin angewiesen sind. Überprüft wird zudem, welche strukturellen Anforderungen gestellt werden müssen, um persönliche Notfall-Vorsorge für obdachlose Menschen zu ermöglichen. Aus diesen ergeben sich finale Heraus- und Anforderungen an die professionell Tätigen aus den Feldern der Obdachlosenhilfe und der Hospiz- und Palliativversorgung.

Wichtig ist es vorab zu erwähnen, dass es mit Instrumenten wie der Patientenverfügung etc. nicht darum geht, Entscheidungen und Wahlmöglichkeiten von Betroffenen nur zu verschriftlichen und bis zu einer eindeutigen Verwendung „nach Plan“ zu verwahren. Der Anspruch an diese Arbeit ist demnach nicht die Ausfertigung eines Planentwurfes, der sich simpel in die Praxis übertragen lässt. Dazu ist sowohl die gesetzliche Ausgangslage als auch der Mensch und seine individuelle Situation zu komplex- eine schriftliche Erarbeitung, ganz besonders im Rahmen einer Bachelorarbeit, kann dieser Komplexität nicht gerecht werden. Diese Arbeit ist sowohl ein Anstoß als auch eine Ermutigung für die Annäherung und das Zusammenwachsen von zwei äußerst wichtigen Praxisfeldern, in denen die Bedeutung von Beziehungen und empathischer Beziehungsarbeit an oberster Stelle stehen muss. Sowohl im Hinblick auf den Lebensumstand der Obdachlosigkeit als auch auf alle Menschen mit lebensverkürzenden Erkrankungen oder in der letzten Lebensphase müssen Diskurse mit Betroffenen und Helfenden geführt und Probleme sowie Lösungen in die öffentliche Wahrnehmung gebracht werden. Autonomie und Selbstbestimmung können nur ermöglicht werden, wenn auf die Wünsche und individuelle Lebenssituationen der obdachlosen Menschen eingegangen wird und dabei Beziehungen ermöglicht werden. Denn Einsamkeit, Isolation und Krankheit sind einige der größten Problemfelder, die mit Obdachlosigkeit einhergehen, und lassen sich nur bearbeiten, wenn sich privat und professionell Handelnde öffnen und gemeinsam in den Austausch gehen, um ein würdevolles Verständnis für die Begleitung kranker Menschen auf der Straße zu entwickeln.

2. Obdachlosigkeit

Wie viele Menschen in Deutschland auf der Straße leben, ist nicht eindeutig feststellbar. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAGW) gibt in ihrer aktuellen Hochrechnung für das Jahr 2022 an, dass sich ca. 50.000 Menschen schutzlos auf der Straße aufhalten müssen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2023, o. S.). Der Versuch einer Zählung in Berlin ergab im Jahr 2020, dass 1.967 Menschen im öffentlichen Raum leben (vgl. Statista GmbH 2023, o. S.), jedoch gehen Wohlfahrtsverbände von einer deutlich höheren Anzahl Betroffener aus. Der Verein für Berliner Stadtmission gibt in seiner Aufklärungsbroschüre „Obdachlos in Berlin. 21 Fragen“ aus dem Jahr 2019 eine Zahl von ca. 6.000 Menschen an, die sich im öffentlichen Raum aufhalten und dort leben müssen (vgl. Verein für Berliner Stadtmission e. V. 2019, S. 4). Auszugehen ist seitdem von einer deutlichen Zunahme, unter anderem durch die COVID-19-Pandemie.

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über die Definition von Obdachlosigkeit sowie die damit einhergehenden Herausforderungen und Problemlagen für die Betroffenen. Hauptfokus sind die Einschränkungen im Zugang zu medizinischer Versorgung aufgrund eines fehlenden Krankenversicherungsschutzes. Anschließend wird ein Einblick in die medizinischen Versorgungsstrukturen für obdachlose Menschen in Berlin gegeben.

2.1 Definition von Obdachlosigkeit nach ETHOS (FEANTSA)

Obdachlosigkeit hat viele Formen und Facetten. Nicht nur für die Diskussion und Argumentation auf politischer und/oder internationaler Ebene ist daher ein einheitlicher Sprachgebrauch wichtig, um ein Grundverständnis für die erschwerenden Situationen der Menschen vermitteln zu können. Auch für die Ableitung passender Hilfebedarfe und die Entwicklung von konkreten und bedarfsorientierten Hilfs-Konzepten ist ein einheitliches Vokabular notwendig. Der europäische Dachverband der Wohnungslosenhilfe FEANTSA (European Federation of National Associations Working with the Homeless) hat dazu im Jahr 2005 mit ETHOS die „European Typology of Homelessness and Housing Exclusion“ entwickelt. Hauptkriterium in der Definition nach ETHOS ist die Art der räumlichen Unterbringung der Betroffenen. Unterschieden wird hier in den Bezeichnungen „ungenügendes Wohnen“, „ungesichertes Wohnen“, „Wohnungslos“ und „Obdachlos“. Diese Arbeit orientiert sich in der Definition der Zielgruppe ausschließlich an den

Kategorien eins und zwei. Die operative Kategorie eins, „Obdachlose Menschen“, bezieht sich auf Menschen, die im öffentlichen Raum, auf der Straße, unter Brücken etc. leben, sich also ohne jegliche Unterkunft im Freien aufhalten. (vgl. European Federation of National Associations Working with the Homeless 2005, o. S.) Speziell dieser Lebensumstand, wie im späteren Verlauf noch dargestellt, bringt nicht nur gesundheitliche Risiken für Physis und Psyche mit sich. Die zugehörige operative Kategorie zwei bezieht auch Menschen mit ein, die in der Obdachlosigkeit mitunter Notschlafstellen, Wärmestuben oder ähnliche niedrigschwellige Angebote nutzen (ebd.).

Ergänzend ist zu erwähnen, dass sich zitierte und/oder herangezogene Quellen oft nicht an den genannten Kategorien und Beschreibungen orientieren. Entsprechend werden auch Quellen genannt, die die allgemeine Bezeichnung Wohnungslosigkeit nutzen, jedoch aber den Lebensumstand der Obdachlosigkeit einbeziehen.

2.2 Problemfelder durch Obdachlosigkeit

Fehlender Wohnraum bringt für Betroffene eine Vielzahl an Problematiken in nahezu allen Lebensbereichen mit sich. Zusammenfassend beschreibt Claudia Steckelberg als Folgen räumlicher Exklusion die soziale Exklusion und umgekehrt (vgl. Steckelberg 2023, S. 63). Neben der Armut und dem dadurch verursachten Ausschluss von Teilhabe an Ausbildung- und Erwerbsarbeit oder kulturellem und gesellschaftlichem Leben bedeutet speziell der Ausschluss aus der Gesundheitsversorgung große physische und psychische Risiken für die Betroffenen. Der dauerhafte Aufenthalt im Freien, der fehlende Raum zur Regenerierung und der damit einhergehende anhaltende Stress machen krank (vgl. Steckelberg 2023, S. 71). In diesem lebenserschwerenden Umstand sind häufig riskante Lebensführungen wie Alkohol- oder Drogenabhängigkeiten als Bewältigungsstrategien vorzufinden, welche wiederum weitere gesundheitliche Problematiken und Folgen mit sich bringen (vgl. Sellner 2022, S. 66f.; Bäuml et al. 2017, S. 147).

Beitragsschulden, fehlende Ressourcen beim Zugang zu Behörden oder ein fehlender Rechtsanspruch auf Sozialleistungen sind nur ein Teil der Gründe für das häufige Fehlen eines Krankenversicherungsschutzes beim Menschen ohne Obdach. Ohne Versicherungskarte bleibt die Tür zu einer Arztpraxis in Deutschland

jedoch geschlossen, und auch Krankenhäuser beschränken eine Leistungserbringung fast ausschließlich auf die Behandlung von Notfällen. Dieser Kreislauf und dessen Folgen werden im folgenden Kapitel deutlicher beleuchtet.

3. Krankheitsbilder und die medizinische Behandlung von Menschen ohne Obdach in Berlin

Der Fokus in der folgenden Darstellung bezieht auf Menschen ohne Obdach, die nicht im Besitz einer Krankenversicherung sind. Unter 2.2 wurden bereits die erschwerenden Umstände für die Gesundheit durch das Leben auf der Straße erwähnt. Folglich kann bereits festgehalten werden, dass Obdachlosigkeit krank macht. Neben einer Einführung in die häufigsten Diagnosen und Ausmaße der Krankheitsbilder von obdachlosen Menschen anhand zweier Studien werden auch Erkenntnisse über die Todesursachen obdachloser Menschen vorgestellt. Nach einer Zusammentragung der Erkenntnisse werden die in Berlin vorhandenen Strukturen dargestellt, die einen Zugang zu medizinischer Versorgung für Menschen ohne Obdach und ohne Krankenversicherungsschutz ermöglichen.

3.1 Auszug aus dem aktuellen Forschungsstand

Studien, die das konkrete Ausmaß von Erkrankungen bei obdachlosen Menschen erforscht haben, sind lediglich in überschaubarem Umfang existent. Eine erschwerte Erreichbarkeit der Zielgruppe sowie ein mangelndes Interesse seitens der Verantwortungs- und Entscheidungsträger in der Politik sind zwei der Gründe hierfür (vgl. Füller/Morr 2021, S. 37ff.). Auch die uneinheitliche Verwendung der Begriffe Obdachlos und Wohnungslos erschwert den Zugang zu einheitlichen Parametern für umfangreiche Untersuchungen (vgl. 2.1). Aufgrund der Vielschichtigkeit der Problemlagen bei gleichzeitig eingeschränkter Datenlage und Erhebung ist eine intersektionale Sicht auf die tatsächlichen Probleme daher erschwert (vgl. Füller/Morr 2021, S. 37ff.).

Im Folgenden werden zwei ausgewählte Studien den Status in diesem heterogenen Feld der Forschung über Obdach- und Wohnungslosigkeit aufzeigen. Aufgrund der ohnehin erschwerten Vergleichbarkeit werden nur Studien aus Deutschland einbezogen.

Der Hauptfokus der im Jahr 2017 veröffentlichten SEEWOLF-Studie („**S**eelische **E**rkrankungsrate in den **E**inrichtungen der **W**ohnungslosenhilfe im Großraum München“) liegt auf der Erfassung des seelischen Gesundheitsstatus

wohnungsloser Menschen. In den Jahren 2010-2012 wurden dafür durch unterschiedliche Methoden im Rahmen von Selbst- und Fremdbeurteilung Angaben von 232 Proband*innen gewonnen und ausgewertet. Mit einbezogen wurden vorhandene Krankenhausberichte sowie neurologische und internistische Untersuchungen. (vgl. Bäumer et al. 2017, S. 54ff.) Die aussagekräftigsten Erkenntnisse der SEEWOLF-Studie werden im Folgenden vorgestellt und am Ende reflektiert:

Bei einer ausgewerteten Stichprobenmenge von N=223 Proband*innen lagen insgesamt 517 psychiatrische Diagnosen vor. Demnach wurde bei ca. 70,4 % der Stichprobenmenge mehr als nur eine psychiatrische Diagnose gestellt. Bei mehreren Hauptdiagnosen wurden diese nach einem hierarchischen System sortiert und nur ausschließlich die aktuelle psychiatrische Hauptdiagnose für die Auswertung berücksichtigt (vgl. Bäumer et al. 2017, S. 128ff.):

- | | |
|--|--------|
| - F1/ Substanzinduzierte Störungen | 42,6 % |
| - F2/ Schizophrene Spektrumstörungen | 10,3 % |
| - F3/ Affektive Störungen | 20,2 % |
| - F4/ Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen | 18,4 % |

Als zweite Studie werden ausgewählte Ergebnisse der im Jahr 2021 durchgeführten NAPSHI-Studie („National Survey on Psychiatric and Somatic Health of Homeless Individuals“) vorgestellt. Bei dieser Studie konnte mit Hilfe von 651 wohnungslosen Proband*innen aus Hamburg, Frankfurt, Leipzig und München ein umfangreicher Querschnitt im Hinblick auf psychische und somatische Erkrankungen erhoben werden. (vgl. Bertram et al. 2022, o. S.) Einen Einblick in die Häufigkeit und Vielfalt der erhobenen somatischen Krankheitsbilder gibt die folgende Tabelle:

Tabelle 1/ Lebenszeit- und Punktprävalenz von somatischen Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland

Lebenszeit- und Punktprävalenz von somatischen Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland	
	N (%) / Median (IQR)
Somatische Gesundheit	
Lebenszeitprävalenz (Selbstauskunft zu erhaltenen Diagnosen)	
– kardiovaskuläre Erkrankungen	69 (10,7)
– arterieller Hypertonus	119 (18,5)
– Hypercholesterinämie	37 (5,8)
– Schlaganfall oder andere vaskuläre Erkrankungen des Gehirns	38 (4,3)
– Diabetes mellitus/Prädiabetes	38 (5,9)
– chronische Erkrankungen der Lunge	73 (11,3)
– Krebserkrankungen	15 (2,3)
– demenzielle Erkrankungen und Störungen des Gedächtnisses	36 (5,6)
– chronische Erkrankungen der Leber	93 (14,4)
– HIV/AIDS	7 (1,1)
– Tuberkulose	7 (1,1)
Summenscore somatischer Erkrankungen (Selbstauskunft zu erhaltenen Diagnosen)	0 (0–1)
Punktprävalenz (gemessen)	
– möglicher arterieller Hypertonus (RR systolisch \geq 140 mmHg und/oder diastolisch \geq 90 mmHg)	246 (38,5)
– mögliche pulmonale Erkrankung ($SpO_2 < 95\%$)	60 (9,5)
– mögliche Erkrankung der Leber (MELD-Score > 10 Punkte)	17 (3,2)
– möglicher Diabetes mellitus ($HbA_{1c} \geq 6,5$)	24 (4,4)
– Hypercholesterinämie (Serum-Cholesterin ≥ 200 mg/dL)	95 (17,6)
– Nachweis einer HIV-Infektion in der Serologie	4 (0,7)
Summenscore somatischer Erkrankungen (gemessen)	0 (0–1)

AIDS, erworbenes Abwehrschwäche-Syndrom; HbA_{1c}, glykiertes Hämoglobin; HIV, Humanes Immundefizienz Virus; IQR, Interquartilsabstand; MELD, Model of end stage liver disease; RR, Blutdruck nach Riva-Rocci; SpO₂, periphere Sauerstoffsättigung

Quelle: Bertram et al. 2022a, o. S.

An dieser Übersicht zeigt sich deutlich, dass bei einem Großteil der Proband*innen (18,5 %) laut Selbstauskunft bereits Bluthochdruck (Hypertonus) sowie chronische Erkrankungen der Leber und der Lunge diagnostiziert wurden. Die Punktprävalenz im Blick auf einen möglichen arteriellen Hypertonus liegt dagegen bei mehr als doppelt so vielen Betroffenen (38,5 %). Ebenso sind rund dreimal so viele Proband*innen von einem zu hohen Cholesterinwert betroffen, welcher sich langfristig negativ auf die Gesundheit auswirken kann. Hieraus ist bereits ablesbar, dass rund 20 % der Proband*innen eine mögliche unentdeckte Herz- und/oder Kreislauferkrankung aufweisen.

Auch die Erfassung und Auswertung der separat aufgeführten psychiatrischen Erkrankungen verdeutlicht den prekären gesundheitlichen Zustand der Betroffenen:

Tabelle 2/ Lebenszeit- und Punktprävalenz von psychischen Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland

Lebenszeit- und Punktprävalenz von psychischen Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland	
	N (%) / Median (IQR)
Psychische Gesundheit	
Lebenszeitprävalenz (Selbstauskunft zu erhaltenen Diagnosen)	
– psychische Erkrankungen	148 (23,1)
Punktprävalenz (gemessen)	
– Depression (PHQ-9 \geq 10)	163 (26,9)
– generalisierte Angststörung (GAD-2 \geq 3)	172 (27,6)
– Einsamkeit (UCLA-3 \geq 6)	263 (42,1)
– kritischer Alkoholkonsum (nahezu täglich/mehrmals wöchentlich)	263 (42,3)
– Konsum von illegalen Substanzen (nahezu täglich/mehrmals wöchentlich)	183 (29,4)
Summenscore psychischer Erkrankungen (gemessen)	1 (1–2)

GAD-2, Generalized Anxiety Disorder 2; IQR, Interquartilsabstand; PHQ-9, Patient Health Questionnaire 9; UCLA-3, University of California Los Angeles Loneliness scale version 3

Quelle: Bertram et al. 2022b, o. S.

Trotz der unterschiedlichen Auswertungsmaßstäbe ähneln sich die Ergebnisse beider vorgestellten Studien bzgl. der Punktprävalenz psychischer Erkrankungen. Hier fällt insbesondere der in beiden Studien vorherrschende hohe Alkohol- und Substanzkonsum bzw. die substanzinduzierten Störungen als Folge auf. In beiden Fällen beträgt sie über 42 %.

Die vorangehenden Einblicke in die SEEWOLF- und die NAPSHI-Studie bestätigen die hohe Morbidität obdachloser Menschen. Besonders hervorzuheben ist zudem das überproportionale Auftreten von mehreren Erkrankungen gleichzeitig, sowohl somatisch als auch psychiatrisch. Daher ist festzuhalten, dass der Lebensumstand der Obdachlosigkeit häufig mit einer psychischen Komorbidität einhergeht, welche für die Betroffenen sowohl als lebenseinschränkend- als auch erschwerend zu beurteilen ist.

3.2 Krankheits- und Todesursachen bei obdachlosen Menschen

Grundsätzlich erkranken Menschen auf der Straße an denselben Erkrankungen wie der Rest der Bevölkerung. Abweichend ist jedoch bei dieser speziellen Personengruppe, dass sich bereits einfache Erkrankungen kaum auskurieren lassen

und daher vermehrt Verschlimmerungen und Chronifizierungen auftreten. Zudem sind die Betroffenen durch die erschwerten Lebensumstände anfälliger für Mehrfacherkrankungen sowie für Infektionserkrankungen (vgl. Steckelberg 2023, S. 71-73). Daher stellt die bereits unter 3.1 belegte überproportional erhöhte Komorbidität ein großes gesundheitliches Risiko dar. Der damit oft einhergehende übermäßige Alkohol- und/oder Substanzkonsum kann dabei nicht nur den Allgemeinzustand verschlechtern, sondern weitere ernsthafte gesundheitliche Folgen mit sich bringen. Die körperliche und seelische Vernachlässigung zeigt sich besonders deutlich durch das vermehrte Auftreten von ausgeprägten Hauterkrankungen oder Parasiten wie Läuse oder Skabies, einem schlechten Zahnstatus, Erkrankungen der Atemorgane und/oder der Leber, Hypertonie oder Diabetes, sowie durch den Verlust von Extremitäten aufgrund medizinisch notwendiger Amputationen (vgl. Füller/Morr 2021, S. 116ff.).

Zusammenfassend ist der schlechte Gesundheitszustand der Betroffenen insbesondere auf drei Gründe zurückzuführen (vgl. Steckelberg 2023, S. 71-73):

- 1) Vermehrte Erkrankungen durch psychischen und physischen Stress
- 2) Mangelnder Rückzugsraum für Schonung und Versorgung
- 3) Eingeschränkter Zugang zu medizinischer Versorgung

Unter 7. wird erläutert, welche Faktoren und Umstände weiterhin strukturell als auch persönlich bedingt zu berücksichtigen sind.

Folgend werden die Gefahren für das Leben und die körperliche Unversehrtheit, die insbesondere durch die Schutzlosigkeit auf der Straße hervorgerufen wird, durch den Einblick in eine Auswertung von Todesursachen wohnungsloser Menschen in Hamburg verdeutlicht. Die wissenschaftliche Bearbeitung und Auswertung der Obduktionen von 162 obdachlosen Menschen, die 2018 im Rahmen einer Dissertation veröffentlicht wurden, zeigt die dramatischen Folgen von Obdachlosigkeit: Als häufigste Todesursache der zwischen 2005 und 2017 untersuchten Verstorbenen wurde bei 40 Personen (= 24,69 %) eine Alkohol- und/oder Drogenintoxikation festgestellt. Hier spiegeln sich die Folgen der Erkenntnisse aus den Studien, die unter 3.1 vorgestellt wurden. An zweiter Stelle folgen Herz- und/oder Kreislauferkrankungen, die für 25 Personen (= 15,43 %) todesursächlich waren. (vgl. Asseln 2018, S. 68-70) Insbesondere hier findet sich eine große Parallele zu der Gesamtbevölkerung, denn laut Statistischem Bundesamt

gehörten Herz- und/oder Kreislauferkrankungen auch im Jahr 2022 erneut zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt 2023, o. S.). Als dritthäufigste Todesursache obdachloser Menschen wurden bei 21 Personen (= 12,96 %) Infektionen festgestellt. Zu beachten ist zudem die hohe Anzahl an Verstorbenen, deren Tod durch Gewalteinwirkung hervorgerufen wurde. Mit 17 Personen sind 10,5 % der berücksichtigten Todesursachen auf Tötungsdelikte oder Körperverletzung mit Todesfolge zurückzuführen. (vgl. Asseln 2018, S. 68-70) Als weitere Todesursachen wurden unter anderem Befunde festgestellt, die speziell durch den Umstand der Obdachlosigkeit bedingt sein können: Zwölf Personen starben an Unterkühlung, Ertrinken oder einer Kohlenmonoxidvergiftung (= 7,4 %) (ebd.). Auch die genannten Infektionen können als Folgen der schlechten hygienischen Bedingungen auf der Straße gewertet werden. Somit stehen sie in unmittelbarem Zusammenhang mit Obdachlosigkeit und der damit einhergehenden medizinischen Unterversorgung.

3.3 Versorgungsstruktur in Berlin

Seit Ende der 1970er Jahre werden in Berlin Projekte der Wohnungslosenhilfe von verschiedenen Trägern durch den Senat gefördert, um Gesundheit und Gesundheitsprävention zugänglicher zu machen. So soll der gesundheitlichen Ungleichheit entgegengewirkt werden. Im Integrierten Sozialprogramm des Senats werden neben psychologischer Beratung, Hygieneangeboten, Notunterkünften und allgemeinen Beratungsstellen auch drei explizit medizinische Einrichtungen gefördert. Im Jahresverlauf 2020 wurde in diesen Einrichtungen ein Patientenstamm von 1.407 Klient*innen registriert (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2023, S. 37). Diese Einrichtungen bieten neben der medizinischen Grundversorgung, die überwiegend durch ehrenamtlich engagiertes ärztliches Personal geleistet wird, auch pflegerische Leistungen wie Wundversorgung, Entwesungen, Fußpflege und gesundheitspräventive Maßnahmen an. Der Zugang zu den Einrichtungen ist unbürokratisch, kostenfrei und auf Wunsch anonym. Dadurch können auch Menschen erreicht werden, die sich nicht in der Öffentlichkeit kenntlich machen möchten und/oder nicht im Besitz von Papieren sind. Neben den genannten finden sich weitere, spendenfinanzierte Projekte innerhalb Berlins. Eine regelmäßig angepasste Übersicht aller Angebote findet sich im Wegweiser auf der Homepage der Berliner Kältehilfe. Ebenso existiert eine App zum Download. (vgl. GEBEWO pro gGmbH 2023, o. S.)

Seit 2014 gibt es einen Zusammenschluss aller medizinischen Einrichtungen in Berlin, die in dieser Form abseits des staatlichen Regelsystems arbeiten. Am „Runden Tisch zur medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung“ sind zwölf Projekte unterschiedlicher Träger beteiligt. Insgesamt wurden im Jahresverlauf 2022 in den beteiligten Einrichtungen 29.409 medizinische Konsultationen durchgeführt. Dazu kommen vier Einrichtungen, die zahnmedizinische Versorgung anbieten. Diese wurde im Jahr 2022 1.340-mal in Anspruch genommen. (vgl. GEBEWO - Soziale Dienste - Berlin gGmbH 2023, o. S.). Der „Runde Tisch zur medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung“ hat sich durch das hohe Engagement der Träger zu einem wichtigen Sprachrohr für die Betroffenen etabliert. Unter anderem durch die regelmäßige Veröffentlichung von Behandlungszahlen und Gesundheitsberichten, der Entwicklung von Gesundheitszielen für wohnungslose Menschen im Jahr 2022 und der Durchführung eines Gesundheitsforums zum Thema "Gesundheitsversorgung für alle - Wie Menschen ohne eigenen Wohnraum Zugang erhalten!" im Jahr 2023 möchte der Runde Tisch die Problematik der Versorgung von obdachlosen Menschen stets in der Öffentlichkeit halten und die Situation für die Betroffenen verbessern (vgl. GEBEWO - Soziale Dienste - Berlin gGmbH 2023a, o. S.).

Die beschriebene unbürokratische Vorgehensweise in der Hilfestellung durch die Projekte der Wohnungslosenhilfe ist als überlebenswichtig für die Betroffenen zu bewerten. Dennoch dürfen langfristige Lösungsansätze auf politischer Ebene nicht vernachlässigt werden, insbesondere durch den Abbau von strukturellen Hürden. Dazu muss obdachlosen Menschen Unterstützung zum Erwerb und Erhalt einer Krankenversicherung geboten werden, damit Gesundheit erhalten werden kann und erkrankten Menschen nicht die Behandlungen verwehrt bleiben, die sie zum Überleben und einer guten Lebensqualität benötigen.

Als Teil für dieses elementare Ziel wurde im Oktober 2018 unter dem Berliner Senat durch den Träger des Vereins für Berliner Stadtmission die „Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen“ eröffnet. Oberstes Ziel ist es hier, die Ratsuchenden möglichst wieder in ein Krankenversicherungsverhältnis zurückzuführen oder geltende Ansprüche darauf durchzusetzen. Gerade bei Erkrankungen wie beispielsweise Krebs, Hepatitis oder Diabetes ist eine finanziell abgesicherte und kontinuierliche Behandlung ausschlaggebend für Therapieerfolge und die bestmöglichen Chancen auf eine Genesung oder Linderung der Krankheit. In

gesonderten Fällen können daher Kostenübernahmescheine beantragt werden für Menschen, bei denen dem Arztbesuch oder der Operation kein Aufschub gewährt werden kann. Die Beratungen in der Clearingstelle können nach Bedarf in verschiedenen Sprachen angeboten werden, auf Wunsch unter einem Pseudonym und ohne Ausweisdokumente. Die Behandlungen selbst erfolgen bei Vertragsärzt*innen und Krankenhäusern. Benötigte Hilfsmittel und/oder Medikamente sind ebenfalls im Rahmen der Behandlung mit abgedeckt. Die „Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen“ bietet somit ebenfalls einen unbürokratischen Zugang zu Gesundheit und kann vor allem die Menschen erreichen, die aufgrund persönlicher Umstände aus dem staatlichen Versorgungssystem ausgeschlossen werden. (vgl. Verein für Berliner Stadtmission o. J.a, o. S.)

3.4 Aufgaben der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit ist in dem Bereich der medizinischen Versorgung für obdachlose Menschen eine wichtige Schnittstelle. Sie ist für die Betroffenen unterstützend und vermittelnd tätig und koordiniert die Hilfe zwischen Ärzt*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Psycholog*innen, ehrenamtlich Tätigen und allen weiteren Akteur*innen in diesem Bereich. In nahezu jedem Projekt der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe in Berlin sind Sozialarbeitende tätig. Oft sind sie erste Ansprechpartner*innen für die Klient*innen und unterstützen diese über die medizinischen Belange hinaus. Das Wissen um den unmittelbaren Zusammenhang und die Auswirkungen zwischen den sozialen Umständen sowie dem körperlichen und geistigen Gesundheitszustand von Betroffenen ist hier der Kernansatz der Sozialen Arbeit. Dabei ist von jeder professionell handelnden Person nicht nur ein besonderes Verständnis für die vielen Dimensionen von Wohnungs- und Obdachlosigkeit gefordert, sondern ebenso eine entsprechende offene und intersektionale Handlungsausrichtung der Konzepte und der Arbeit in diesem heterogenen Feld (vgl. Steckelberg 2023, S. 80f.).

Durch die verschiedenen Arbeitsformen sind Sozialarbeitende direkt in der Lebenswelt der Betroffenen und versuchen so, sich dieser Heterogenität anzupassen. Soziale Arbeit findet dazu beispielsweise in stationären und ambulanten Settings, in Tagestreffs und Notunterkünften oder auch in aufsuchender Form direkt auf der Straße statt. Denn Hilfskonzepte in der Wohnungslosenhilfe benötigen Räume für eine freiwillige, unverbindliche und unkomplizierte Kontaktaufnahme,

in der sich die Klient*innen sicher fühlen und Hilfe einfach und selbstbestimmt annehmen können (vgl. Steckelberg 2023, S. 102f.).

Im Bereich der medizinischen Versorgung für obdachlose Menschen sind die folgenden Hilfestellungen bedeutende Inhalte der Sozialen Arbeit:

- Unterstützung beim Vertrauensaufbau und bei Beziehungsarbeit, um insbesondere bei vorhandenen Erkrankungen regelmäßige Arztbesuche in Anspruch nehmen zu können.
- Aufbau und Stärkung von eigenen Gesundheitskompetenzen, beispielsweise durch Wissensvermittlung und präventive Beratung.
- Weiterleitung und Vermittlung zu weiteren Hilfsangeboten als interdisziplinäre Maßnahme. Unter anderem zu Notunterkünften, Gesundheitsämtern, Clearingstellen, Teststellen etc.
- Unterstützung beim Erlangen einer Krankenversicherung oder bei der Rückkehr ins Regelsystem.
- Dabei unter Umständen auch Unterstützung und Vorbereitung sowie ggfls. Begleitung, beispielsweise zu Ämtern / Behörden / Botschaften etc.

Diese Inhalte sind zudem als wichtige Kernziele der Arbeit innerhalb der Konzeption markiert, beispielsweise in der Caritas Ambulanz (vgl. Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V. o. J.a, o. S.). Dadurch wird die wichtige Funktion der Sozialen Arbeit in dem Bereich der Obdachlosenhilfe deutlich.

4. Selbstbestimmung, Lebensende und Obdachlosigkeit

Im Folgenden werden Ansätze zur allgemeinen Definition von Selbstbestimmung erläutert, um diese anschließend in den Kontext der Selbstbestimmung am Lebensende zu setzen. Zum Schluss erfolgt der Transfer auf den Lebensumstand der Obdachlosigkeit, um den in der Einleitung genannten Eingriff in Selbstbestimmtheit und Autonomie zu begründen.

4.1 Definition und Verständnis von Selbstbestimmung

Selbstbestimmung und eine selbstbestimmte Lebensführung sind in Deutschland per Grundgesetz das Recht eines jeden Menschen (vgl. Art. 2, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland). Die Äußerung des eigenen Willens und das Handeln und Leben nach den eigenen Überzeugungen und Werten sind Grundvoraussetzung für die freie Entfaltung der eigenen Persönlichkeit. Wird diese

Selbstbestimmung durch das Handeln von Dritten beschnitten oder missachtet, so wird dieses Grundrecht verletzt. Dies bezieht sich auch auf medizinische Belange, denn das Grundgesetz schließt die körperliche Unversehrtheit ein (vgl. Artikel 2 Absatz 2 GG). Trachsel und Maercker beschreiben Selbstbestimmung und Autonomie in diesem Sinne zudem als psychisches Grundbedürfnis (vgl. Trachsel/Maercker 2016, S. 28).

4.2 Selbstbestimmung am Lebensende

Das Fortschreiten von Technik und Forschung im medizinischen Bereich hat die Lebenserwartung in vielen Ländern um Jahre erhöht. Die Medizin ist heute jedoch nicht nur in der Lage, die Lebensqualität bei Erkrankungen zu verbessern oder zu erhalten, sondern auch Leiden zu verlängern und den Todeszeitpunkt hinauszuzögern. Das Ziel, Leben um jeden Preis zu erhalten, hat durch die Apparat-Medizin den Blick für ein natürliches Lebensende und den natürlichen Tod genommen. (vgl. Putz et al. 2021, S. 4) Beispielsweise können durch Nahrungsgabe über eine PEG, der perkutanen, endoskopischen Gastrostomie, die heute zur Tagesordnung in Kranken- und Altenpflege gehört, körperliche Lebensfunktionen auch bei Dauerkoma-Patient*innen erhalten werden und ein über Jahre hinwegziehendes Leid begründen (vgl. Putz et al. 2021, S. 6ff.). Nach Karruseit ist hier zusammenfassend festzustellen, dass eine leidende Sterbeverlängerung vor allem auch in der Intensivmedizin die Gefahr birgt, todkranken und sterbenden Menschen das Recht auf ihren eigenen Tod zu nehmen und dadurch ihre Würde zu verletzen (vgl. Karuseit 1994, S. 63).

Selbstbestimmung und Autonomie spielen also insbesondere im Falle einer lebensverkürzenden oder lebensbegrenzenden Erkrankung sowie mit Blick auf das Lebensende eine große Rolle. In der Praxis scheint die mögliche Auseinandersetzung hiermit jedoch im Vorfeld, bzw. in jungen und/oder gesunden Jahren, erschwert. Die Angst vor dem Sterben und die fehlende Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende kann viele Gründe haben. In wissenschaftlichen Diskursen wird unter anderem über die Verdrängung des Todes aus unserer Gesellschaft gesprochen. Für diese Verdrängungsthese werden zahlreiche Argumente angeführt, von denen die in diesem Kontext bedeutendsten genannt werden sollen. Bürokratisierung und Segregation des Todes zeigen sich beispielsweise deutlich durch die Verlegung von älteren oder kranken Menschen in Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen (vgl. Feldmann 2010, S. 61f.). Durch die hohe

Lebenserwartung werden persönliche Erfahrungen mit dem Tod durch das Sterben Angehöriger oder nahestehender Personen häufig erst im Erwachsenenalter gemacht. Dies führt zu fehlenden Primärerfahrungen. Zudem zeigt sich ein Erfahrungsentzug. Dieser wird kenntlich dadurch, dass es Kindern nicht ermöglicht wird, sterbenskranke Angehörige zu besuchen und später deren Beerdigung beiwohnen. Trauer wird zudem oft als ein Zeichen von Schwäche bewertet, insbesondere wenn sie gesellschaftliche Standards überschreitet. (ebd.) Die fehlende Auseinandersetzung mit dem Sterben ist diesen und weiteren Gründen nach als ein großes Versäumnis der Gesellschaft zu bewerten.

Entgegen dieser These wird jedoch ebenso diskutiert, dass Tod und Sterben in einer modernen Gesellschaft realitätsgerechter betrachtet würden. Beispielsweise durch Möglichkeiten der individuellen Lebensplanung, unterstützt durch Lebens- oder Unfallversicherungen, der täglichen Konfrontation von Sterben durch Schicksale auf der gesamten Welt, wie Krieg, Gewalt oder Terror, die unter anderem durch die Medien an uns weitergegeben werden oder dem bedeutenden Diskurs über Sterbehilfe. (vgl. Feldmann 2010, S. 62f.)

Der Gegensatz dieser Argumente von beiden Seiten macht deutlich, wie unterschiedlich der Blick auf das Lebensende fallen kann. Auswirkungen und Empfindungen dazu sind individuell sehr unterschiedlich und durch den persönlichen Lebensweg geprägt. Jedoch wird durch diesen Gegensatz ebenso deutlich, wie wir als Gesellschaft Autonomie und Selbstbestimmung in unserer globalen und pluralisierten Gesellschaft bemessen, bewerten und auch nutzen oder nicht-nutzen können. Nach Trachsel & Maercker ist es ein nachvollziehbarer Wunsch und klarer Ausdruck von Autonomie und Selbstbestimmung, am Lebensende über sein eigenes Sterben zu verfügen (vgl. Trachsel/Maercker 2016, S. 29). Um diesem Wunsch und Recht nachkommen zu können, ist es speziell im medizinischen und sozialarbeiterischen Arbeitsfeld eine wichtige Aufgabe, über Prozesse und Instrumente zur Selbstbestimmung aufzuklären und diese unterstützend zu ermöglichen. Die hierzu möglichen und in Deutschland vorhandenen Instrumente werden unter 5. und 6. erläutert.

Unter 5.2 wird eine repräsentative Umfrage zu der Verbreitung von Patientenverfügungen in Deutschland herangezogen. Als wichtigste Erkenntnis wird bei dieser in der Schlussfolgerung erläutert, dass die Erstellung einer

Patientenverfügung die Selbstbestimmung erhöhen kann (vgl. Robert Koch-Institut 2023, S. 59). Diese Kernaussage ist elementar für die Ausführung dieser Arbeit und auch darüber hinaus in diversen fachlichen Abhandlungen zu finden. Es ist in jedem Fall daher weiterhin notwendig, den wissenschaftlichen Diskurs über Patientenverfügungen, insbesondere über die Bereiche Recht, Ethik, Medizin und Pflege aufrecht zu erhalten und weiter in die Öffentlichkeit zu tragen, um Menschen partizipieren und profitieren zu lassen.

4.3 Selbstbestimmung auf der Straße

Menschen auf der Straße leben in ständigen Abhängigkeitsverhältnissen. Alltag und Lebensrhythmus in der prekären Situation der Obdachlosigkeit werden beispielsweise durch Hausregeln in Notunterkünften, Öffnungszeiten und Beschränkungen von Ausgabestellen für Kleidung oder Essen vorgegeben oder sind durch die notwendige Spendenbereitschaft Dritter bestimmt. Den Tag zu überstehen ist das oberste Ziel – dabei wird alles Lebensnotwendige durch andere Menschen bestimmt und vorgegeben. Diese instabilen Lebensbedingungen, begleitet von Armut, bedeuten einen gravierenden Einschnitt in Autonomie und Selbstbestimmung. Die Lebensumstände selbst sind dabei bereits als eine Verletzung von Grundrechten zu bewerten. Im späteren Verlauf wird unter 7. auf die Grenzen in den bestehenden Strukturen eingegangen. Dazu zeigen sich auch die gravierenden Folgen der gesundheitlichen Ungleichheit (vgl. 7.1). Neben den dabei bestehenden Einschränkungen in Behandlung und Therapie von Erkrankungen, die dauerhaftes Leid und Schmerzen verursachen, ist auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod oft ein hochschwelliges Thema und schwer erreichbar für obdachlose Menschen. Die unter 7.2 erwähnte Scham und damit einhergehende Verdrängung und Isolation erschweren zudem den Zugang zu der Thematik. Im Fokus stehen das Überleben und die Beschaffung lebensnotwendiger Güter für jetzt und sofort.

Im Zuge der Selbstbestimmung ist es auch erforderlich, das vorherrschende Verständnis von Teilhabe im Kontext der Obdachlosigkeit zu erwähnen, da sich hierdurch mögliche strukturelle Begründungen in der fehlenden Selbstbestimmung finden lassen. Unter dem Begriff Teilhabe versteht sich zumeist eine aktive Wahlmöglichkeit zur Gestaltung der eigenen, selbstbestimmten Lebensführung (vgl. Daßler/Henke 2023, S. 89). Daßler und Henke beschreiben hier zum einen das in den 1970ern vollzogene Zugeständnis des Gesetzgebers durch einen

Perspektivwechsel auf das Verständnis von Wohnungslosigkeit: Ein Randgruppenproblem mit stigmatisierenden Beschreibungen wie „Nichtsesshafte“ oder „Landfahrer“ wurde hier durch das Lebenslagenkonzept abgelöst. In Folge dieses Wechsels sind in der potenziell unterstützenden Funktion des Gesetzgebers beispielsweise Hilfen im SGB XII durch einen Anspruch auf Leistungen zur Überwindung sozialer Schwierigkeiten festgelegt. Diese können in monetärer Form für materielle Notwendigkeiten bereitgestellt werden. Allerdings sind die Selbsthilfekräfte der Betroffenen häufig so erschöpft, dass diese Hilfe ohne Unterstützung nicht in Anspruch genommen werden kann. (vgl. Daßler/Henke 2023, S. 87f.) Ein materieller Mangel von Lebenswichtigem betrifft somit vor allem weiterhin Menschen in der Obdachlosigkeit. Entsprechende aktive Gestaltungsprozesse zur eigenen Lebensführung bleiben aus. Unter diesen Gegebenheiten ist Selbstbestimmung auf der Straße als äußerst schwer zu bewerten.

5. Die Patientenverfügung als mögliches Instrument der Selbstbestimmung

Für die persönliche, gesundheitliche Vorsorge gibt es in Deutschland verschiedene Instrumente. Ziel bei diesen ist es unter anderem, Klarheit und Verbindlichkeit für das behandelnde Umfeld zu schaffen. Insbesondere ist dies notwendig, wenn die/der Betroffene nicht ansprechbar ist, um eigene Wünsche und Vorstellungen zu vermitteln, oder eine fortgeschrittene Krankheit die Handlungsfähigkeit und/oder Einwilligungsfähigkeit einschränkt. Im Rahmen dieser Arbeit wurde konkret das Instrument der Patientenverfügung ausgewählt, um den möglichen Nutzen, aber auch die möglichen Hürden für die Zielgruppe ableiten zu können (vgl. 8.). Definiert wird eine Patientenverfügung als schriftliche Festlegung von gewünschten oder unerwünschten medizinischen Behandlungen in bestimmten Situationen bzw. im Falle der Entscheidungsunfähigkeit bei Volljährigkeit. Zentrales Ziel ist dabei insbesondere die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts. (vgl. Bundesministerium der Justiz 2023a, S. 11) Konkret adressiert ist die Patientenverfügung demnach an die Menschen, die verantwortlich sind für die Begleitung und Behandlung eines Menschen, der sich am Lebensende bzw. in einem Zustand der Einwilligungsunfähigkeit befindet. Dies sind in erster Linie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, jedoch auch das Pflegepersonal, Therapeut*innen und gegebenenfalls beauftragte Vertreter der Patientin / des Patienten.

Ergänzend zu der Patientenverfügung kann es zudem sinnvoll und hilfreich sein, weitere unterstützende Dokumente zu wählen, um die Auslegung der Patientenverfügung zu konkretisieren bzw. weitere Anhaltspunkte bzgl. der eigenen Wünsche und Vorstellungen zu geben. Diese weiteren Instrumente werden unter 6. kurz erläutert.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, ist es wichtig, vorab klarzustellen, dass es mit der Patientenverfügung nicht darum geht, Entscheidungen und Wahlmöglichkeiten einfach zu verschriftlichen und bis zur Anwendung zu konservieren. Gesundheitsempfinden, Krankheitsverläufe und deren Phasen sind viel zu komplex und verlaufen zu individuell, als dass alle Eventualitäten mit einem „Ablaufplan“ auf Papier gebracht werden könnten. Mit einer Patientenverfügung und den ergänzenden Dokumenten sollen die konkreten, individuellen Vorstellungen von Selbstbestimmung auf persönlicher und struktureller Ebene berücksichtigt werden, um so entsprechend von dem genannten, einbezogenen Umfeld umgesetzt werden zu können. Den Adressat*innen der Patientenverfügung soll dazu ein möglichst umfangreicher Eindruck über die inneren Wünsche und Vorstellungen der Patientin / des Patienten vermittelt werden. Insbesondere, um in uneindeutigen, und in der Patientenverfügung nicht explizit erwähnten, Situationen diese so konkret wie möglich auslegen und im Sinne der/des Betroffenen entsprechend anwenden zu können. Die eigene Patientenverfügung ist darüber hinaus immer abänderbar. Daher ist es ratsam, auch eine bereits vorhandene Patientenverfügung immer wieder auf Aktualität zu überprüfen und ggfls. anzupassen.

Durch die Komplexität des Themas können im Rahmen dieser Bachelor-Arbeit nur begrenzt Hintergründe und teils rechtliche Regelungen der Patientenverfügung und der weiteren Instrumente der persönlichen Vorsorge erläutert werden. Es werden jedoch die wichtigsten Aspekte mit einbezogen, um eine realistische Zusammenführung der Themen Patientenverfügung und Obdachlosigkeit darstellen zu können.

5.1 Grundlagen der Patientenverfügung

Das Leben eines jeden Menschen steht unter dem besonderen Schutz des deutschen Grundgesetzes. Dies gilt auch in Krankheit und damit einhergehendem Leid. In unserer modernen Gesellschaft existieren laut Feldmann dennoch konkret mehrheitliche Vorstellungen und Wünsche an das eigene Lebensende:

”

1. in hohem Alter, inzwischen liegt bei vielen die Erwartung bei 80 Jahren,
2. zu Hause,
3. schnell und schmerzlos,
4. von Bezugspersonen betreut,
5. ‚in Würde‘.

“

(Feldmann 2010, S. 154)

Entgegen diesen Vorstellungen und Wünschen sterben die Hälfte aller Menschen in Krankenhäusern (vgl. George 2017, S. 41), in denen strukturell bedingt die Frage nach Würde und würdevollem Sterben eine berechnete zu sein scheint. Der Schutz und Erhalt des Lebens steht also offensichtlich innerhalb des bestehenden Systems in Konflikt mit dem ebenfalls verankerten Recht auf Unantastbarkeit der eigenen Würde. Diskurse in Wissenschaft und Öffentlichkeit über aktive, passive und assistierende Sterbebegleitung sind pulsierend und Meinungen dazu vielfältig. Die Rechtslage hier jedoch eindeutig: In Deutschland ist direktive Sterbehilfe, d. h. die gezielte Tötung einer anderen Person zur Verkürzung eines Leidens, nach § 216 Strafgesetzbuch (StGB) verboten und entsprechend strafbar.

Der Wunsch nach einem schmerzfreien Lebensende, der Erhalt von Kontrolle über erwünschte und unerwünschte ärztliche Behandlungsmaßnahmen, insbesondere in einem Zustand der Handlungsunfähigkeit, sowie der Erhalt der Würde und des Rechts auf Selbstbestimmung soll durch die Patientenverfügung ermöglicht werden. Einer lang diskutierten Forderung nach einer gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung wurde daher am 18. Juni 2009 durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts Rechnung getragen.

Der rechtliche Anspruch auf die Berücksichtigung einer Patientenverfügung wird bestimmt über den §1827 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches - BGB:

„§ 1827 Patientenverfügung; Behandlungswünsche oder mutmaßlicher Wille des Betreuten

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Betreuten zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.“

Die rechtliche Bindung an die Patientenverfügung für die/den Betreuer*in oder Bevollmächtigte / Bevollmächtigten findet sich geregelt im §1901a Abs. 1 BGB. Die Aufgabe dieser Person ist es, im eingetretenen Fall die Anwendbarkeit zu prüfen und entsprechende Wünsche zu berücksichtigen. Sofern keine entscheidungsbevollmächtigten Personen oder Vertreter bestimmt sind und keine Patientenverfügung vorliegt, ist dazu eine gesetzliche Vertretung zu bestellen (vgl. Bundesministerium der Justiz 2023a, S. 15).

Formale Voraussetzungen, die an die Erstellung einer Patientenverfügung gestellt werden, sind Volljährigkeit, Einwilligungsfähigkeit und die Einhaltung der Schriftform (vgl. Albrecht et al. 2018, S. 27). Hierbei ist die Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erstellung besonders zu erwähnen: die/der Verfasser*in muss sich über die Bedeutung und Tragweite der getroffenen Entscheidung bewusst sein (vgl. Verrel 2016, S. 87).

5.2 Zahlen und Fakten zur Patientenverfügung

Wie viele Menschen in Deutschland eine Patientenverfügung für sich erstellt haben, lässt sich nicht konkret beziffern. Grund dafür ist beispielsweise, dass lediglich das Angebot, jedoch keine Pflicht besteht, diese im zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer zu hinterlegen. Ebenso besteht im Allgemeinen keine Pflicht, eine Patientenverfügung zu erstellen (vgl. § 1901a Abs. 4 BGB). Einen Hinweis gibt der Deutsche Alterssurvey des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2020/2021. Hierbei wurde festgehalten, dass 44,8% der über 50-Jährigen in Deutschland eine Patientenverfügung erstellt haben (vgl. Robert Koch-Institut 2023, S. 59). Ein Unterschied zwischen Frauen (50,1 %) und Männern (39,2 %)

ist deutlich erkennbar. Ebenso zeigen die Ergebnisse, dass ältere Menschen im Vergleich zu Menschen mittleren Alters häufiger eine Patientenverfügung besitzen. Aufgrund der oben genannten Gründe der Nichtverpflichtung ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der Umfrage bei 4.185 Personen nur einen Hinweis auf die Verbreitung von Patientenverfügungen in Deutschland geben können. (ebd.)

5.3 Beratungs- und Informationsquellen

Mit Blick auf den Zweck und die Anforderungen an eine Patientenverfügung ließe sich die Hausärztin / der Hausarzt als erste passende Beratungs- und Informationsstelle für eine Patientenverfügung vermuten. Hinsichtlich des bereits bestehenden Hausärztemangels steht diese Ressource jedoch nicht jedem uneingeschränkt zur Verfügung. Zudem besteht laut Bundesärztekammer auf eigene Anfrage (vgl. Anhang 1/ E-Mail-Verkehr Bundesärztekammer) keine offizielle Abrechnungsempfehlung für die Beratung zu einer Patientenverfügung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte, der GOÄ. Demzufolge ist eine umfangreiche Beratungs- und Unterstützungsfunktion durch den Hausarzt / die Hausärztin wahrscheinlich nur in individuellen Einzelfällen möglich, jedoch nicht generell abgedeckt durch das Gesundheitssystem. Hierdurch wird bereits deutlich, dass es strukturelle Hürden gibt, ein Recht auf Selbstbestimmung durchzusetzen.

Auf rechtlicher Ebene ist die Patientenverfügung dem Bereich Vorsorge und Betreuungsrecht zugeordnet und somit dem Bundesministerium für Justiz angegliedert. Hier kann man sich online oder per Broschüre informieren (vgl. Bundesministerium der Justiz 2023, o. S.). Diese Informationen sind jedoch nicht ausreichend und umfassend genug, um ohne weiterführende Beratung und Begleitung eine Patientenverfügung zu erstellen. Beratungen und Beglaubigungen bei Anwält*innen und/oder Notar*innen sind mit hohen Kosten verbunden und deren medizinischen Kenntnisse nicht mit denen von Fachpersonal vergleichbar. Eine notarielle Beglaubigung ist zudem für die Wirksamkeit einer Patientenverfügung nicht notwendig. Auch das Internet bietet eine Fülle an Vorlagen, Textbausteinen und Vordrucken. Die Auswahl ist jedoch sehr groß und kann daher schnell verwirrend wirken. Ohne Begleitung und Fachwissen sind diese Vorlagen daher kaum zu bewältigen. Zudem ist die Qualität und Rechtssicherheit zu hinterfragen in dieser sensiblen Angelegenheit. Medizinische Kenntnisse, Aufklärung über Inhalte, Auslegung und Verwendung der Patientenverfügung sowie eine passende,

rechtssichere Vorlage sind zwingend notwendige Bestandteile einer persönlichen Beratung, die daher durch professionell geschulte Personen durchgeführt werden muss. Nur in einer persönlichen Beratung können Wünsche, aber auch Ängste ermittelt werden, um die Validität der Patientenverfügung zu gewährleisten. Der Anspruch an die beratenden Personen ist entsprechend groß. Insbesondere, wenn die ratsuchende Person bereits durch eine lebensbegrenzende und/oder lebensverkürzende Krankheit betroffen ist und daher Ängste und Emotionen die Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende begleiten. Kernkompetenzen von Berater*innen sind nach May et al.:

- Das Beachten von formalen Gesichtspunkten
- Passende Kommunikationsfähigkeiten
- Ein hohes Maß an Sozialkompetenzen
- Kenntnisse und Vermittlung rechtlicher und ethischer Punkte
- Kenntnisse und Vermittlung medizinischer und pflegerischer Punkte

(vgl. May et al. 2016, S. 344)

In Berlin ist hierzu beispielsweise der gemeinnützige Verein Home Care Berlin e. V. eine Anlaufstelle. Der Verein hat die Förderung und Koordination der SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) in Berlin zur Aufgabe und ist beratend und unterstützend für Menschen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen oder am Lebensende sowie für deren Angehörige und Helfende tätig. In diesem Rahmen ist insbesondere die konkrete Vernetzung zwischen den Patient*innen und Hilfsdiensten wie Ärzt*innen, Therapeut*innen, ambulanten SAPV-Teams, Hospizen und weiteren Akteur*innen eine Kernaufgabe des Vereins, um Lebensqualität und Selbstbestimmung zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. (vgl. Home Care Berlin e. V. o. J., o. S.). Zu diesem Angebot gehört auch die Beratung und Unterstützung bei vorsorgenden Entscheidungen. Bei Home Care Berlin e. V. kann durch eine einfache Kontaktaufnahme ein Termin für die individuelle und kostenfreie Beratung und Erstellung einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in der Geschäftsstelle vor Ort oder auch zuhause vereinbart werden. Der Zugang zu persönlicher, fachlicher Beratung und Unterstützung ist sowohl durch die hohe Qualität der Informationen auf der Homepage als auch durch die gute telefonische und persönliche Erreichbarkeit als niedrigschwellig zu beurteilen. Dies ist ein helfender Bestandteil, Betroffenen und allen Interessierten die Auseinandersetzung mit vorsorgenden Entscheidungen zugänglich zu

machen.

Im Anhang finden sich ausgewählte Vorlagen von Home Care Berlin e. V., die einen Einblick in die Qualität der Arbeit des Vereins geben. Der Zweck und die Verwendung werden dazu unter 6. erläutert. Neben der Vorlage der Patientenverfügung (vgl. Anhang 2/ Vorlage Patientenverfügung Home Care Berlin e. V.) ist auch die Berliner Notfallverfügung (vgl. Anhang 3/ Berliner Notfallverfügung) dort zu finden.

Neben Home Care Berlin e. V. gibt es in Berlin weitere Beratungsstellen zum Thema Patientenverfügung. Beispielhaft sind hier der Humanistische Verband Deutschlands als „Zentralstelle Patientenverfügung“ (vgl. Humanistischer Verband Deutschland o. J., o. S.), der Arbeiter-Samariter-Bund Berlin (vgl. Arbeiter-Samariter-Bunde Deutschland e. V. o. J., o. S.) oder auch die Pflegestützpunkte in Berlin (vgl. AOK Nordost o. J., o. S.) zu nennen.

6. Weitere mögliche Hilfsinstrumente

Durch die erwähnte Komplexität des Themas ist es notwendig, neben der Vorstellung der Patientenverfügung weitere Instrumente der persönlichen Gesundheits- und Notfallvorsorge vorzustellen. Patientinnen und Patienten benötigen einen umfangreichen Einblick in die vorhandenen Möglichkeiten zur selbstbestimmten Vorsorge. Zum einen, um eine persönliche Gewichtung und Wertung für die Auswahl treffen zu können, aber auch, um im Fall des Einsatzes der Patientenverfügung dem medizinischen und therapeutischen Fachpersonal möglichst viele Informationen über die eigenen Vorstellungen und Wünsche geben zu können. Dies ist sowohl für die medizinische Behandlung als auch für die pflegerischen Inhalte wichtig. Hierzu wurden entsprechende Vorlagen entwickelt, die ergänzend oder separat zu einer Patientenverfügung zu beachten sind.

6.1 Werteermittlung

Die Ermittlung der eigenen Werte kann sowohl für Entscheidungen über das eigene Lebensende als auch für die Reflexion des bisherigen Lebens ein nützliches Instrument sein. Der dazu entwickelte Wertebogen ist in Form eines Fragebogens gestaltet und dient dem Einstieg in den Umgang mit Leben und Sterben. Daher wird empfohlen, diesen vor der Erstellung der Patientenverfügung auszufüllen (vgl. Home Care Berlin e. V. 2023b, o. S.). Zur Ermittlung des eigenen Lebensprinzips befasst sich der Fragebogen unter anderem mit der persönlichen

Einstellung gegenüber Religion und/oder Spiritualität, der Rolle von Freunden oder Familie und weiteren Fragen, die in offener Form beantwortet werden können. Die in diesem Rahmen angestoßene Auseinandersetzung mit den eigenen Werten kann unter Umständen Einfluss auf den persönlichen Umgang mit einer Krankheit und dem eigenen Lebensende haben. Das Bundesministerium der Justiz empfiehlt, die Werteermittlung einer Patientenverfügung ergänzend beizulegen (vgl. Bundesministerium der Justiz 2023a, S.16). Eine Vorlage dieser findet sich im Anhang (vgl. Anhang 4/ Werteermittlung Home Care Berlin e. V.).

6.2 Vorlieben und Wünsche

Neben den konkreten Wertvorstellungen sind insbesondere im Hinblick auf die Pflege und Versorgung am Lebensende Vorlieben und Wünsche der Betroffenen ausschlaggebend, um eine würdevolle Lebensendphase zu ermöglichen. Das Dokument (vgl. Anhang 5/ Vorlieben und Wünsche) eignet sich daher besonders für pflegende Angehörige, Pflegende im Krankenhaus, Hospiz, etc. Durch die klare Angabe von Wünschen und Bedürfnissen wird es dem direkten Umfeld ermöglicht, den Alltag der Betroffenen so angenehm wie möglich zu gestalten. Diese Informationen können bei der Pflege am Lebensende oder im Falle einer zweifelhaften Entscheidungs- und Äußerungsunfähigkeit, die beispielsweise im Rahmen einer fortgeschrittenen Demenz eintreten kann, helfen. Der Vordruck des Berliner Vereins Home Care Berlin e. V. beinhaltet 13 Fragen, die sich auf die Erfassung der eigenen Vorlieben in den Bereichen Essen und Trinken, Beschäftigung, Gewohnheiten bzgl. der Körperpflege und Körperbild oder der Bekleidung, aber auch auf das soziale Umfeld und existenzielle Lebenserfahrungen beziehen. Ebenso wie die Wertevermittlung hat die Erarbeitung der eigenen Wünsche und Bedürfnisse zur Folge, dass eine Auseinandersetzung mit dem Selbst und im optimalen Fall eine positive Veränderung des Gesundheitsverhaltens entsteht. Home Care Berlin e. V. gibt zudem mit an, dass die Eintragungen als Orientierung zu verstehen sind, die immer wieder überprüft und angepasst werden sollten. (vgl. Home Care Berlin e. V. 2023, o. S.)

6.3 Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht ist eines der zentralsten und bedeutendsten Instrumente, die im Rahmen der persönlichen Vorsorge angewendet werden können. Sie kommt zum Einsatz, um im Falle der Handlungsunfähigkeit die Bestellung einer gesetzlichen Betreuung zu verhindern. Die Vertretungsvollmacht wird somit

vorsorglich auf (eine) vertraute Person(en) übertragen, welche bei Eintritt einer entsprechenden Situation dadurch unverzüglich im Sinne der betroffenen Person handlungsfähig sind. (vgl. Spanl 2016, S. 141) Die Vorsorgevollmacht sollte möglichst alle Lebensbereiche abdecken und die/den Bevollmächtigte*n zu Handlungen in diesen befähigen oder entsprechend ausschließen (vgl. Anhang 6/ Vorlage Vorsorgevollmacht Home Care Berlin e. V.). Zu den wichtigen Lebensbereichen gehören, neben der Gesundheitsvorsorge, unter anderem die Aufenthaltsbestimmung, Wohnungsangelegenheiten und Behörden- und Gerichtsvertretung. Darüber hinaus sollte hier die Gültigkeit auch über den Tod hinaus geregelt werden. (vgl. Home Care Berlin e. V. 2023b, o. S.) Für die Erteilung einer Vollmacht ist die Geschäftsfähigkeit vorausgesetzt. Jedoch wird in der Regel keine Prüfung dieser vorgenommen, weshalb eine Erstellung oder Beglaubigung durch einen Notar nicht notwendig ist. (vgl. Spanl 2016, S. 143)

6.4 Eintragung in das zentrale Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer

Die Eintragung unter anderem der Patientenverfügung in das zentrale Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer kann eine hilfreiche ergänzende Maßnahme sein. Seit dem 01.01.2023 haben auch Ärztinnen und Ärzte Einsicht in dieses und können so Kenntnis über das Vorliegen einer Patientenverfügung und/oder einer Vorsorgevollmacht erhalten (vgl. Bundesministerium der Justiz 2023a, S. 13). Dieses Instrument kann so Zeit ersparen, denn registrierte Vertrauenspersonen können direkt kontaktiert werden. Die Registrierung in das zentrale Vorsorgeregister ist kostenpflichtig: Einmalige Kosten belaufen sich zwischen 20,50 € und 23,50 €, die Hinterlegung erfolgt jedoch zeitlich unbegrenzt. (vgl. Bundesnotarkammer o. J., o. S.)

7. Grenzen und Probleme in den bestehenden Versorgungsstrukturen

Unter 3. wurden die gesundheitlichen Problemlagen obdachloser Menschen erläutert sowie ein Einblick in die Versorgungsstruktur in Berlin gegeben. Um ein Verständnis für den häufig schlechten Gesundheitszustand von Menschen ohne Obdach zu vermitteln, müssen sowohl strukturelle als auch persönliche Hürden benannt werden. Der bereits angesprochene Umstand, dass die unterstützenden Projekte und niedrighwelligen Einrichtungen sich über Fremdmittel wie

Spenden oder staatliche Unterstützung finanzieren, führt zu Einschränkungen und Grenzen in den Handlungsmöglichkeiten der Helfenden. Zudem werden die Leistungen den Patient*innen unentgeltlich erbracht, so dass die Mittel gezielt verteilt und eingesetzt werden müssen, um möglichst viele Menschen erreichen zu können. Im Folgenden werden die dadurch entstehenden Grenzen und Probleme der Versorgung innerhalb dieses parallel existierenden Versorgungssystems dargestellt. Beleuchtet werden zudem persönliche Hürden der Betroffenen, die die allgemeine Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe erschweren.

7.1 Strukturelle Probleme

Bei einem näheren Blick auf das deutsche Gesundheitssystem wird deutlich, dass bereits auch zunehmend Personengruppen mit Krankenversicherungsschutz benachteiligt werden. Beispielsweise durch weniger Leistungen, höhere Zuzahlungen oder zu hohe bürokratische Anforderungen. Diese Hürden haben neben einem schlechteren allgemeinen Gesundheitsstatus eine erhöhte Mortalität zur Folge. (vgl. Trabert/Wallner 2023, S. 191) Armut und Krankheit stehen somit in einem unmittelbaren Zusammenhang. Hieraus lässt sich ableiten, dass der Zugang zu medizinischer Versorgung für Personen ohne Krankenversicherungsschutz massiv erschwert ist. Die Betroffenen sind auf ein parallel existierendes System angewiesen, das niedrigschwellig und kostenfrei zugänglich ist. Oft sind Einrichtungen dieser Art nur in Großstädten zu finden. Die vorliegende Form der Exklusion aus dem Gesundheitssystem und der Benachteiligung im Gesundheitswesen wird als gesundheitliche Ungleichheit beschrieben (vgl. Robert Koch-Institut 2015, S. 149).

Das Fehlen eines Krankenversicherungsschutzes kann diverse Ursachen haben. Die Gruppe der Betroffenen ist, beispielsweise durch Beitragsschulden nach einer aufgegebenen Selbstständigkeit, entsprechend vielfältig. EU-Bürger*innen ohne Obdach sind oft nicht in einem sozialversicherungspflichtigen Anstellungsverhältnis und daher nicht in rechtlichem Anspruch auf soziale Leistungen. Der fehlende Anspruch auf Sozialleistungen betrifft insbesondere auch Drittstaatler*innen, die besonders schwer in das System integrierbar sind. (vgl. Kurz 2022, o. S.) Weiterhin können verschiedene persönliche Hürden und fehlende Ressourcen verantwortlich sein (vgl. 7.2). Die Erhebung von konkreten Zahlen ist hier erschwert, da repräsentative Befragungen wie der Mikrozensus nur alle vier Jahre durchgeführt werden. Zudem werden bei diesem nur Menschen befragt,

die einen Wohnsitz in Deutschland besitzen und demnach zum Krankenversicherungsschutz verpflichtet sind. (vgl. Kurz 2022, o. S.) Die in dieser Arbeit behandelte Personengruppe, die in der Regel keinen Wohnsitz hat, oder Menschen, die sich in Illegalität leben, werden in Umfragen und Statistiken daher nicht berücksichtigt. Entsprechend ist von einer höheren Anzahl Betroffener auszugehen als die zuletzt im Mikrozensus 2019 veröffentlichten 61.000 Personen ohne Krankenversicherungsschutz in Deutschland. Schätzungen von Ökonomen und Sozialmediziner*innen gehen von einer halben Million bis hin zu einer Million Betroffenen aus. (ebd.)

Eine fehlende Krankenversicherung hat negative Folgen für die Betroffenen. Es ist beispielsweise keine generelle hausärztliche Versorgung möglich, bei der regelmäßig präventiv der Gesundheitsstatus oder der Verlauf einer bereits diagnostizierten, chronischen Erkrankung überprüft werden kann. Zusätzlich können notwendige Medikamente nicht verschrieben werden, um eine angemessene Therapie zu beginnen oder fortzuführen. Unter Umständen werden somit Erkrankungen erst spät diagnostiziert, wodurch die Therapiechancen sowohl gemindert als auch erschwert werden. Ein weiteres Exklusionsmerkmal ist nicht erst seit der COVID-19-Pandemie die Digitalisierung des Gesundheitssystems. Menschen ohne Obdach haben in der Regel nicht die finanziellen Ressourcen, ein Handy, insbesondere ein Smartphone mit Internetzugang, zu unterhalten. Somit fehlt nicht nur der Zugang zu Informationen, sondern auch eine Erreichbarkeit von oder zu Ärzt*innen, Ämtern oder Hilfseinrichtungen.

Die vorhandenen Versorgungsstrukturen für Menschen ohne Krankenversicherung in Berlin sind aufgrund der finanziellen Abhängigkeit und der damit einhergehenden eingeschränkten finanziellen Ausstattung nicht in der Lage, alle notwendigen Diagnoseverfahren anzuwenden. Beispielsweise sind nicht alle niedrighwelligen Praxen mit einem Sonografie- oder einem EKG-Gerät zur grundlegenden Diagnosestellung ausgestattet oder haben Zugang zu Laborgemeinschaften. Durch die hohen Kosten für Medikamente ist der Einkauf dieser nur in begrenztem Umfang möglich. Auch Röntgenuntersuchungen oder andere wichtige bildgebende Diagnoseverfahren sind ebenfalls im niedrighwelligen Sektor nicht durchführbar. Bei konkreten Verdachtsfällen bleibt somit nur die formlose Überweisung an eine Rettungsstelle mit einer Bitte um Mitbehandlung. Sofern diese durch ein Krankenhaus geschieht, kann mit einem entsprechenden

Befundbericht eine Weiterbehandlung im Rahmen der Möglichkeiten ambulant erfolgen.

Trotz einer Behandlungspflicht im Notfall (vgl. Diakonie Deutschland 2019, S. 5 oder Halbe 2018, o. S.) zeigen sich dennoch immer wieder Probleme in der Praxis, insbesondere da Krankenhäuser wirtschaftliche Interessen zu vertreten haben. Seit 2003 wurde ein Abrechnungssystem über Fallpauschalen eingeführt, anhand derer eine konkrete Diagnose mit bestimmten Leistungen und einer bestimmten Krankenhausverweildauer versehen ist. Die Krankenhäuser rechnen diese Fallpauschalen in der Regel direkt mit der Krankenversicherung ab. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2016, o. S.) Das Bundesministerium schreibt hierzu weiterhin:

„Ein Fallpauschalensystem übt grundsätzlich einen Anreiz aus, die Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Interesse des Krankenhauses zu verkürzen und damit medizinisch nicht erforderliche Liegezeiten abzukürzen.“

(Bundesministerium für Gesundheit 2016, o. S.)

Diese Abrechnungsmethode lässt bereits einen starken Druck zwischen Profit und Patientenwohl für die an den Patient*innen arbeitenden Berufsgruppen annehmen. Die Behandlung von Patient*innen ohne Kostenträger ist entsprechend weder wirtschaftlich, noch finanziell eindeutig abgesichert für Krankenhäuser (vgl. Nothelferparagrafen §25 SGB XII und § 6a AsylbLG). Ein finanzieller Ausgleich über das Ausstellen einer Rechnung als Selbstzahler ist in Anbetracht der hohen Summen, die für gesundheitliche Leistungen zu erbringen sind, nicht erfolgsversprechend für die Kliniken. Eingeführte Nothelferparagrafen wie §25 SGB XII oder § 6a AsylbLG, mit denen Kostenerstattungsanträge bei Sozialämtern eingereicht werden können, funktionieren in der Praxis kaum bis gar nicht. Problematisch zeigen sich hierbei insbesondere die Prüfung der Bedürftigkeit, die Höhe der Leistung sowie die örtliche Zuständigkeit, da viele obdachlose Menschen ihren gewöhnlichen Aufenthalt nicht nachweisen können oder Ausweis- und Personaldokumente fehlen. (vgl. Diakonie Deutschland 2019, S. 5-7) Eine Recherche zum Umgang der Krankenhäuser mit dieser Situation ist aufgrund mangelhafter Datenlage erschwert. In einer aktuellen Dokumentation des ZDF gibt Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft, an: "[...] Dass keine bestmögliche Versorgung für diese Menschen da ist,

das ist wahrscheinlich auch bei uns Realität. [...]“ (Gaß 2023, Minute 25:02). Weiterhin betont er, dass Krankenhäuser durch die Behandlung von nichtversicherten Patienten in Deutschland auf Kosten in Höhe von ca. 160 Millionen Euro „sitzen bleiben“ (vgl. Gaß 2023, Minute 24:00). Somit lassen sich über den individuellen Behandlungsumfang und das Entlassungsmanagement bei Krankenhausaufenthalten von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz viele Vermutungen anstellen. Für Berlin ist hier zu erwähnen, dass Einrichtungen wie die Caritas Krankenwohnung für Wohnungslose laut einem aktuellen Bericht in vielen Fällen die stationäre Weiterbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt übernehmen (vgl. Bachner 2023, o. S.) und somit eindeutig das ungenügende finanzielle Management des Gesundheitssystems mit auffangen. Dennoch lehnen viele obdachlose Menschen eine Behandlung in einem Krankenhaus selbst in Notfällen ab, unter anderem aus Angst vor finanziellen Folgen, und ertragen so weiterhin Leid und Schmerzen.

Die Konsequenzen der genannten Probleme begründen die strukturell gegebenen ungleichen Gesundheitschancen von Menschen ohne Obdach. Zudem sind die durch diese Hürden entstehenden Grenzen gleichzeitig eindeutig als Einschränkungen in der Autonomie und Selbstbestimmung zu betrachten, da gewünschte Handlungsmöglichkeiten beschränkt oder unerreichbar sind. Ein Recht auf Gesundheit bleibt somit verwehrt.

7.2 Persönliche Hürden

Hürden, eine medizinische Behandlung oder Beratung nicht in Anspruch zu nehmen, sind nicht einzig strukturell bedingt. Hier ist zum einen das persönliche und individuelle Bewusstsein bzgl. Gesundheit und Krankheit zu erläutern. Unter dem Begriff Gesundheit versteht sich allgemein zumeist die Abwesenheit von Krankheit, Schmerzen und Leiden (vgl. Beushausen 2013, S. 82). Jedoch reicht diese Definition zum Erhalt von Gesundheit nicht aus, insbesondere im Hinblick auf die immer weiter anwachsenden Ansprüche und Einflüsse, beispielsweise durch Arbeit, Umwelt, Lebensstil etc. Gesundheit wird zudem unterschiedlich als Konzept oder Prozess verstanden, ab- und unabhängig vom Subjekt. Ebenso spielen soziokulturelle Kontexte eine Rolle und wirken auf das individuelle Bewusstsein für Gesundheit und Krankheit ein (vgl. Beushausen 2013, S. 186).

Beim Thema Gesundheitsbewusstsein ist nach Nideröst ein differenzierter Blick auf das biologische Geschlecht zu werfen. Sie beschreibt dazu den gegenwärtigen Diskurs über Männergesundheit als geschlechterrollen-orientiert (vgl. Nideröst 2007, S. 16-18). Diesem Ansatz nach ließe sich kausal erklären, dass insbesondere Jungen häufig bereits im Jugendalter zu risikoreicheren Verhaltensweisen in Bezug auf ihre Gesundheit neigen. Sichtbar wird dies beispielsweise durch den Konsum illegaler Drogen oder ein riskanteres Verhalten im Straßenverkehr. Bei Mädchen hingegen zeigen sich häufiger Problematiken wie riskanter Medikamentenkonsum oder Essstörungen. Beim Übergang ins Erwachsenenalter setzen sich diese Grundmuster eines risikoreichen Verhaltens oft fort. Männer, die in ihrer Sozialisation einem rollentypischen Männlichkeitsideal aus Leistung, Härte, Konkurrenz etc. unterlagen, werden in Folge dieses Ansatzes auch im fortschreitenden Alter dazu neigen, ihre Emotionen und Gefühle abzuspalten und somit körperliche Warnsignale missachten. (ebd.) Unterschiede in der Mortalität von Männern und Frauen werden neben den sozialen ebenso auf genetische Faktoren zurückgeführt. Klaus Feldmann beschreibt unter anderem unterschiedliche Gegebenheiten im Hormonhaushalt sowie in der DNA der Geschlechter (vgl. Feldmann 2010, S. 34). Auch angeborene Schädigungen sind bei männlichen Neugeborenen im Vergleich öfter vorhanden als bei weiblichen. Zudem unterliegen Männer einem höheren Krebsrisiko durch einen schneller arbeitenden Sauerstoffkreislauf. Der dadurch erhöhte Bedarf an Flüssigkeit, Sauerstoff und Nährstoffen etc. begünstigt eine Mehraufnahme von Karzinogenen, welche Krebs hervorrufen können. (ebd.)

Zusätzlich zu diesen Gegebenheiten und Hürden, die von dem persönlichen Gefühl und Umgang mit dem eigenen Körper abhängen, sind viele weitere Gründe möglich, weshalb eine ärztliche Behandlung von Menschen ohne Obdach nicht beansprucht werden kann. Menschen, die auf der Straße leben, haben Einschränkungen im Zugang zu Hygieneeinrichtungen und können daher nicht häufig duschen. Neue Kleidung zu erhalten oder die eigene Kleidung waschen zu lassen, kostet wertvolle Ressourcen. Entsprechend fühlen sich obdachlose Menschen oft nicht in der Lage, sich in ein Wartezimmer zu setzen und dem Blick von Fremden ausgesetzt zu sein (vgl. Steckelberg 2023, S. 73). Scham spielt immer eine große Rolle für die Betroffenen und ist ein beständiges Gefühl im Alltag vieler obdachloser Menschen. Neben Misstrauen, innerer Verdrängung und

Resignation ist der soziale Rückzug und damit die Einsamkeit oder die Angst Ausdruck und Folge der Scham, die die innere Motivation und den eigenen Antrieb nicht nur in Bezug auf Gesundheit verbergen kann (vgl. Füller/Morr 2021, S. 111ff.). Durch die benannten Aspekte ist es nachvollziehbar, dass viele Betroffene ihre Schmerzen und Beschwerden aushalten und oft erst Hilfe in Anspruch nehmen können, wenn es schon zu spät sein kann.

8. Zusammenführung der Themen Menschen ohne Obdach mit lebensbegrenzenden und/oder lebensverkürzenden Erkrankungen & persönliche Notfall-Vorsorge

Bisher sind konkrete Hilfen und koordinierte Unterstützung von obdachlosen Menschen, die durch ihren gesundheitlichen Status einen höheren Unterstützungs- und Pflegebedarf haben, in der praktischen Form nur vereinzelt in Großstädten anzutreffen. Insbesondere wenn in Kombination mit Erkrankungen und einem bevorstehenden Lebensende eine palliative Versorgung mit einhergeht. (vgl. Steckelberg 2023, S. 90) Wie bereits erläutert, ist die Struktur hierzu in Berlin derzeit im Aufbau begriffen. Akteur*innen aus dem Bereich der Hospiz- und Palliativ-Arbeit zeigen sich jedoch offen der Zielgruppe gegenüber: Im März 2022 fand die erste „Pilotschulung zur Begleitung wohnungsloser Menschen am Lebensende“ statt, bei der Mitarbeitende aus den Bereichen Hospiz- und Palliativversorgung und der Obdachlosenhilfe zusammenkamen (vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. o. J., o. S.). Um zukünftig die Möglichkeit für ein langfristiges Konzept der persönlichen Notfall-Vorsorge erstellen zu können und dieses als Projekt in der Hilfelandschaft zu integrieren, erfolgt unter 8. eine Übertragung der in den vorangegangenen Kapiteln erarbeiteten Thematik auf die Zielgruppe. Anhand der Darstellung des potenziellen Nutzens einer Patientenverfügung für die Betroffenen werden auch die gleichzeitig auftretenden Hürden erläutert. Zum Schluss erfolgt eine Auswertung des Transfers durch die Ableitung von Anforderungen und Aufträgen sowie mögliche Lösungsansätze, die sich hierdurch insbesondere für die Soziale Arbeit ergeben.

8.1 Möglicher Nutzen für die Zielgruppe

Bezüglich des Nutzens einer Patientenverfügung ist zu Beginn zu erwähnen, dass alle allgemeinen Vorteile der Patientenverfügung auch uneingeschränkt auf die Zielgruppe der Menschen ohne Obdach übertragbar sind. Auch die unter 5.1

beschriebenen Vorstellungen des eigenen Lebensendes gelten prinzipiell für alle Menschen, unter Berücksichtigung der individuellen Lebensführung. Der juristische Nutzen der Patientenverfügung ist, neben Klarheit und Verbindlichkeit für die behandelnden Ärzt*innen und das Umfeld, insbesondere der Schutz vor Willkür durch Fremde zur Wahrung der Selbstbestimmung und Würde des Individuums. Diese steht uneingeschränkt allen Menschen zu. Positive Entwicklungen bzgl. des Gesundheitsbewusstseins bzw. der Krankheitseinsicht, die unter Umständen durch die Auseinandersetzung mit den genannten Instrumenten einhergehen können, sind dennoch immer abhängig von den eigenen, individuellen Ressourcen. Aufgrund der hohen Vulnerabilität sowie der multidimensionalen Problemlagen durch die Obdachlosigkeit werden daher im Folgenden die Vorteile für diese Zielgruppe benannt.

- **Förderung der Krisenbewältigungskompetenzen**

Potenziell kann sich die Diagnose einer chronischen Erkrankung durch die Anforderungen, die solch eine mit sich bringt, bereits begünstigend auf die eigenen Krisenbewältigungskompetenzen auswirken. Aktive Mitarbeit und der Wille, eine Verschlechterung zu vermeiden, erfordern hierbei unter anderem eine fortwährende Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben. (vgl. Flick/Röhnsch 2008, S. 28) Durch diese kann die Krankheitseinsicht steigen und das Gefühl entstehen, die Kontrolle über die Krankheit zu haben. Dieses Gefühl kann durch vorsorgende Entscheidungen verstärkt werden.

- **Förderung der individuellen Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit**

Dieses Ziel gehört, wie bereits unter 3.4 genannt, zu den konzeptionellen und inhaltlichen Zielen der Arbeit im Handlungsfeld der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Obdach. Sofern dieser Prozess der eigenen Wahrnehmung positiv und motivierend verläuft, kann hier durch eine Patientenverfügung angeknüpft werden. Der Einbezug vorsorgender Entscheidungen wirkt sich förderlich auf die aktive und selbstbestimmte Lebensgestaltung aus. Diese potenziell begünstigenden Faktoren sind immer von den individuellen Ressourcen abhängig, jedoch schließt sich die Aktivierung neuer Ressourcen für die Betroffenen in diesem Prozess nicht aus.

- **Steigerung des Sicherheitsgefühls bei fehlenden sozialen Netzwerken**

Durch die räumliche und soziale Exklusion, die Obdachlosigkeit hervorruft (vgl. Steckelberg 2023, S. 64f.), sind unterstützende und notwendige Netzwerke in vielen Fällen für die Betroffenen nicht existent. Familiärer Rückhalt fehlt häufig ebenso wie vertraute Personen. Hier kann die Patientenverfügung den Betroffenen die Sicherheit vermitteln, im Falle der Handlungsunfähigkeit nach den eigenen Vorstellungen behandelt zu werden.

- **Selbstbestimmung bei gesetzlicher Betreuung**

Ohne Patientenverfügung wird unter Umständen eine gesetzliche Betreuung bestellt (vgl. 5.1). Dieser Prozess ist nicht nur ein zeitlicher Aufwand, in dem Leiden und Schmerzen potenziell verlängert werden. Sondern auch die Ermittlung der Behandlungswünsche und des mutmaßlichen Willens, die durch die gesetzliche Vertretung nach §1827 Abs. 2 BGB erfolgen muss, ist erschwert beim Fehlen von Anhaltspunkten über die Vorstellungen des eigenen Lebens, wenn die/der Betreuer*in die zu betreuende Person nicht kennt. Weiterhin besteht häufig ein Misstrauen unbekanntem Personen gegenüber, welchem die Betroffenen im Falle einer Betreuung ausgesetzt sind. Auch hier kann entgegengewirkt werden durch die Förderung der Selbstbestimmung mit einer Patientenverfügung.

- **Digitale Eintragung als hilfreiches Instrument**

Weiterhin kann die Möglichkeit zur digitalen Registrierung der Patientenverfügung ein positiver Faktor für die Betroffenen sein. In der Regel verfügen Menschen ohne Obdach nur über ein begrenztes Maß an Besitztümern, dazu werden persönliche Dokumente häufig gestohlen oder sind nicht vorhanden. Um die Durchführbarkeit der digitalen Registrierung für die Zielgruppe zu überprüfen, wurde daher eine eigene Anfrage an die Bundesnotarkammer gestellt. Diese erfolgte am 07.12.2023 (vgl. Anhang 7/ E-Mail-Verkehr Vorsorgeregister) und ergab, dass für die Registrierung keine Ausweisnummer erforderlich ist, wonach auch Menschen ohne Dokumente diese Möglichkeit nutzen können. Jedoch stellt die notwendige postalische Erreichbarkeit für die Zusendung von Unterlagen nach der Registrierung eine Hürde dar. Für Menschen, die auf der Straße leben, besteht oft die Möglichkeit, eine Postanschrift über eine soziale Einrichtung einzurichten, über die eine postalische Erreichbarkeit gewährleistet werden kann. Ein

großer Vorteil der Registrierung ist, dass die Patientenverfügung nicht in Papierform in der Tasche bereit liegen muss, sondern Kenndaten dieser in elektronischer Form gespeichert werden. (vgl. Anhang 7/ E-Mail-Verkehr Vorsorgeregister) In der praktischen Ausführung kann somit das Krankenhaus im Notfall die Hinterlegung einer Patientenverfügung über die Abfrage im zentralen Vorsorgeregister erfahren. Menschen ohne Obdach sind häufig an Teilen des niedrigschwelligen Hilfesystems, beispielsweise bei Suppenküchen, Tagestreffs, Notunterkünften oder medizinischen Einrichtungen, angebunden. Hier muss außerdem die Möglichkeit der Hinterlegung der Papierausfertigung geprüft werden. Wie bereits verdeutlicht, sind in diesen Einrichtungen oft die Sozialarbeitenden die ersten Ansprechpartner*innen der Klient*innen, die hier eine ergänzende Rolle übernehmen. Die Übernahme der Kosten für die Eintragung in das Vorsorgeregister ist bei Mittellosigkeit im Einzelfall über soziale Träger zu klären. Diese Faktoren werden unter 9. mitberücksichtigt.

8.2 Potenzielle Hürden für die Zielgruppe

Der Zugang zu persönlicher Notfall-Vorsorge wird nicht nur durch ein bereits erwähntes grundsätzliches Defizit an aktiven Selbstbestimmungsmöglichkeiten auf der Straße verhindert. Auch die erwähnte problematische Einstellung der eigenen Gesundheit gegenüber kann die entsprechende Vorausplanung erschweren. Im Folgenden werden weitere Hürden benannt, welche als Grundlage der Erarbeitung der Anforderungen in Kapitel 9. dienen:

- **Einschränkungen durch fortgeschrittenen Krankheitsverlauf**

Krankheiten in einem fortgeschrittenen Status können unter Umständen die inneren Widerstandskräfte und Krisenkompetenzen schwächen. Bei einem nahenden Lebensende können zudem verschiedene Belastungsfaktoren, insbesondere psychisch, auf die Betroffenen negativ einwirken (vgl. Trachsel/Maercker 2016, S. 9ff.). Unter anderem können Depressionen sowie starke Todesangst die Bereitschaft, sich mit dem eigenen Lebensende zu beschäftigen, einschränken. Ebenso kann eine Beeinträchtigung der Einwilligungsfähigkeit, insbesondere aufgrund einer erhöhten Komorbidität mit psychischen Erkrankungen (vgl. 3.1), bestehen.

- **Fehlende gesundheitliche Betreuung und Aufklärung**

Diagnosen stellen für die Betroffenen häufig zunächst nur einen abstrakten Krankheitsbegriff aus dem Krankenhaus-Entlassungsbrief dar. Umfangreiche Aufklärung, insbesondere bei einer notwendigen Übersetzung in die jeweilige Muttersprache, findet meist erst in den Einrichtungen des niedrigschwelligen Versorgungssystems statt, in der die langfristige Weiterbehandlung durchgeführt wird. Fraglich bleibt jedoch, ob die Patient*innen im Anschluss an die Entlassung aus einer Klinik umgehend eine der niedrigschwelligen Einrichtungen erreichen können. Dieser Umstand stellt eine große Herausforderung sowie ein gesundheitliches Risiko für die Betroffenen dar, denn von Krankheitseinsicht und medizinischer Betreuung ist der weitere Umgang mit der entsprechenden Diagnose abhängig. Somit stellt die gesundheitliche Betreuung und Aufklärung einen der Faktoren dar, die ein positives Gesundheitsbewusstsein und den Zugang zur persönlichen Notfall-Vorsorge erschweren.

- **Erschwerender Faktor: Fehlende existenzielle Grundbedürfnisse**

Die erschwerenden Lebensumstände durch die Obdachlosigkeit und die damit einhergehende andauernde Gefährdung der Befriedigung von Grundbedürfnissen wie Essen, Hygiene, Schlaf und Sicherheit (vgl. Füller/Morr 2021, S. 94ff.) lassen oft nur wenig Raum für die Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit. Dazu kommen die strukturellen Hürden durch die fehlende Krankenversicherung und einen eingeschränkten Mobilitätsradius. Diese Voraussetzungen erschweren neben der Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe letztlich die Möglichkeit zur Selbstbestimmung durch persönliche vorsorgende Entscheidungen.

- **Fehlendes Vertrauen / fehlende Netzwerke**

Die bereits unter 8.1 genannten sozialen Netzwerke sind für die Gesundheit und den Verlauf einer Krankheit, insbesondere in Form der sozialen Unterstützung, von großer Bedeutung (vgl. Beushausen 2013, S. 197f.). Anregungen für das eigene Gesundheitsverhalten, Austausch und ein Gefühl der Zugehörigkeit, beispielsweise durch Selbsthilfegruppen, sind elementare Funktionen, die in diesen Netzwerken stattfinden (ebd.). Durch die Obdachlosigkeit und die damit einhergehenden Ausgrenzungserfahrungen sind diese Netzwerke oft nicht vorhanden. Dies kann sich negativ sowohl auf die Krankheitseinsicht als auf die persönliche Planung der eigenen Zukunft auswirken.

- **Erschwerte Erreichbarkeit durch Sprachbarriere**

Aktuell sind nach Angaben des Bundesministeriums der Justiz lediglich Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen in ausgewählten Fremdsprachen verfügbar. Diese Dokumente werden auf Englisch, Französisch, Türkisch, Russisch, Italienisch, Ukrainisch und Arabisch bereitgestellt (vgl. Bundesministerium der Justiz 2023b, o. S.). Hier fehlen für die Zugänglichkeit weiterer Personengruppen, die von Obdachlosigkeit betroffen sein können, unter anderem Übersetzungen in osteuropäische Sprachen wie Polnisch, Rumänisch oder Ungarisch. Entsprechende Forderungen sind an die vorgegebenen Strukturen sowie die unterstützenden Institutionen zu stellen (vgl. 9.).

- **Finanzielle Belastung bei digitaler Registrierung**

Die durch die Eintragung in das Bundes-Vorsorgeregister entstehenden Kosten sind, auch wenn der Betrag mit 20,50 € - 23,50 € (vgl. 6.4) als überschaubar anzusehen ist, als eine Hürde für Menschen ohne Obdach anzusehen. Bei inhaltlichen Änderungen fallen zudem weitere Kosten an.

9. Anforderungen und Aufträge

Aus den vorangehend dargestellten Hürden im Rahmen der Erreichbarkeit selbstbestimmter gesundheitlicher Vorsorge, die obdachlose Menschen betreffen, ergeben sich akute und konkrete Anforderungen, die sich unter anderem an die Politik richten. Strukturelle Ungleichheit muss abgebaut werden, damit alle Menschen barrierefreien Zugang zu der Möglichkeit haben, ihre gesundheitlichen Angelegenheiten selbst regeln zu können und sich nicht in Abhängigkeitsverhältnisse begeben zu müssen. Ebenso stellen sich Aufträge und Anforderungen an die Mitarbeitenden der Sozialen Arbeit, um obdachlose Menschen mit chronischen, lebensbegrenzenden und/oder lebensverkürzenden Erkrankungen erreichen und unterstützen zu können.

9.1 Anforderungen an strukturelle Änderungen

Die folgenden Anforderungen richten sich zum einen sowohl an politische als auch an gesellschaftliche Strukturen, sowie an die in und für sie arbeitenden Institutionen, Hilfsorganisationen und sozialen Dienste. Sie ergeben sich aus den erarbeiteten Problemfeldern, entstehend durch Obdachlosigkeit, sowie durch die Hürden im Zugang zu persönlicher Notfall-Vorsorge für diese Zielgruppe.

Strukturelle Änderungen bieten die Grundlage, Betroffenen Hilfe und Unterstützung zur Verfügung zu stellen. Generell spielt hier die allgemeine Übernahme von mehr Verantwortung vulnerablen Menschen gegenüber eine große Rolle, insbesondere auf politischer Ebene. Praktische Lösungsideen werden in den Anforderungen mitberücksichtigt. Die folgende Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

- **Klärung der Kostenübernahme**

Die fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten für behandelnde Ärztinnen und Ärzte sind im Hinblick auf die notwendige Wirtschaftlichkeit bereits generell ein großes Defizit. Für Einrichtungen, die Menschen ohne Krankenversicherung behandeln, sind daher mehr Ressourcen, fachlich, personell und finanziell notwendig, um ihre Patient*innen begleiten und unterstützen zu können. Beispielsweise sind Mittel für die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal zu Beratern notwendig. Aber auch für die Möglichkeit, Beratung durch externes Fachpersonal, beispielsweise über Home Care Berlin e. V., in partnerschaftlicher Vernetzung in den eigenen Räumen durchführen zu können, ist mit Kosten verbunden. Neben der Bereitstellung von Räumlichkeiten zur Beratung unter Wahrung der Privatsphäre und der Ausstattung mit notwendigen Materialien benötigen die Einrichtungen vermehrt die Unterstützung ausgebildeter Sprach- und Kulturmittler, wie beispielsweise über das Projekt der Diakonie „Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege „IBIP“, erforderlich. Ebenfalls gewährleistet sein muss die Kostenübernahme für eine Eintragung in das Vorsorgeregister zzgl. eventueller Folgekosten sowie die Pflege und Aufbewahrung der Unterlagen.

- **Zuständigkeit**

Die Begleitung und Beratung obdachloser Menschen muss aufgrund des eingeschränkten Mobilitätsradius und zum Schutz der Beziehung in den bestehenden Strukturen stattfinden und integriert werden. In diesen Einrichtungen ist das Vertrauen zu ihren Ansprechpartner*innen oft bereits vorhanden. Die medizinischen und vorsorglichen Belange können so Hand in Hand an einem Ort stattfinden. Die Integration in das niedrighschwellige Hilfenetzwerk, die Aufrechterhaltung und Abstimmung des Angebots sowie die Pflege dessen bedarf einer zuständigen und koordinierenden Person. Zudem muss ein

Konzept, angepasst auf die Einrichtung, erstellt und kontinuierlich umgesetzt werden.

- **Ausbau der Vernetzung**

Die Vernetzung zwischen medizinischen Diensten der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe sowie der Palliativ- und Hospizarbeit befindet sich in Berlin aktuell noch in den Anfängen. Die noch junge Koordinierungsstelle zur Versorgung Wohnungsloser mit lebensbegrenzender Erkrankung in Berlin, kurz: KoWohl, hat das Hauptziel, eine lückenlose Versorgungskette für Betroffene in Berlin zu etablieren (vgl. Verein für Berliner Stadtmission, o. J., o. S.). Hier bietet sich der ideale Ausgangspunkt, um ein ergänzendes Angebot für vorsorgende Entscheidungen, insbesondere die Patientenverfügung, für obdachlose Menschen mit chronischen, lebensbegrenzenden und/oder lebensverkürzenden Erkrankungen in das bereits bestehende Hilfenetzwerk einzubinden und Vernetzungen und Kooperationen anzubahnen.

- **Abbau von kulturellen Hürden**

Die unter 7. festgestellten kulturellen Hürden müssen abgebaut werden, um alle Menschen erreichen zu können. Dazu ist neben einer größeren Sprachenvielfalt bei Informationsmaterialien auch die Bereitstellung in leichter Sprache vorzunehmen. Berücksichtigt werden müssen zudem kulturelle Aspekte wie Religion und Glaube sowie die daraus resultierenden Lebensweisen und Bräuche. Zusammenfassend ist diese Forderung als die nach einer höheren Kultursensibilität zu bezeichnen.

9.2 Anforderungen an die professionell Handelnden

Zu den strukturellen Änderungen, die den Grundstein legen sollen, um Betroffenen ein adäquates Angebot der persönlichen Notfall-Vorsorge unterbreiten zu können, sind auch Anforderungen an die in diesen Feldern tätigen Personen zu stellen. Bereits unter 3.4 wurden wichtige Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit im Bereich der medizinischen Hilfe für Obdachlose und Menschen ohne Krankenversicherung benannt. Bei einer Erweiterung des Angebots um persönliche Notfall-Vorsorge ist eine entsprechende Ausweitung dieser notwendig. Zudem sind die in 5.3 genannten Kompetenzen der kooperativ-tätigen Berater*innen um Kenntnisse über die Lebenswelt von obdachlosen Menschen zu erweitern.

- **Multiprofessionelle Vernetzung**

Aufgrund der Reichweite der individuellen Problemlagen der Betroffenen in Kombination mit einer chronischen, lebensbegrenzenden und/oder lebensverkürzenden Erkrankungen muss einem Konzept ein multiprofessioneller Ansatz zugrunde liegen. Mitarbeitende der Obdachlosenhilfe und des Bereichs Hospiz- und Palliativversorgung benötigen Kenntnis über die jeweiligen Strukturen und Angebote der verschiedenen Träger, um entsprechend Auskunft geben zu können. Entsprechende Informationsmaterialien müssen gemeinsam erstellt und der Zielgruppe zugänglich gemacht werden. Hierbei ist es für die Barrierefreiheit unabdinglich, sprachliche Vielfalt und leichte Sprache zu berücksichtigen. Die Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege stellt auf seiner Homepage umfangreiche Materialien zur Hospizarbeit und Palliativversorgung sowie Informationen zur Kultur- und Sprachmittlung in mehreren Sprachen bereit (vgl. Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege o. J., o. S.). Auch diese können als Print-Version in leichter Sprache eine Basis für einen sensiblen Einstieg in den Umgang mit dem eigenen Lebensende und vorsorgenden Entscheidungen sein.

- **Wissen um die Lebenswelt der Betroffenen und Sozialkompetenzen**

Ein wertschätzender und vorurteilsfreier Umgang mit dem betreffenden Personenkreis und deren individueller Lebensbiografie ist eine der wichtigsten Kernkompetenz. Nur durch eine empathische Haltung und umfangreiches Wissen um die Lebenswelt von obdach- und wohnungslosen Menschen kann Vertrauen und Verständnis geschaffen werden, um die Betroffenen zu stärken und zu ermutigen, sich für sich selbst einzusetzen.

Wichtig ist also eine angebotsübergreifende Vernetzung und Kooperation von Projekten und Einrichtungen, die sich diesen Themen widmen, um abgestimmte Angebote für Prävention, Hilfe und Nachsorge für Betroffene zu schaffen (vgl. Steckelberg 2023, S. 120f.) und vorhandene Strukturen entsprechend zu nutzen und auszubauen. Vorhandene Ressourcen wie Pflegestützpunkte oder Beratungsstellen wie Home Care Berlin e. V., aber auch unterstützende Dienste wie das Projekt „Interkulturelle Brückenbauer*innen in der Pflege“ (IBIP) müssen mit medizinischen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe intensiv und nachhaltig

vernetzt werden und sich für obdachlose Menschen gegenseitig in ihren Arbeitsschwerpunkten ergänzen und unterstützen.

- **Möglichkeiten zur frühzeitigen Intervention**

Bereits bei Diagnose einer Erkrankung können Ärztinnen und Ärzte in den niedrighschwelligen medizinischen Einrichtungen die Betroffenen für vorsorgende Entscheidungen sensibilisieren und entsprechend geschultes Personal mit in die Beratung und Behandlung einbeziehen. Aufgrund der beschriebenen Einschränkungen in Erreichbarkeit und Mobilität muss die Möglichkeit einer Beratung vor Ort in diesen Einrichtungen durch externe Partner wie Home Care Berlin e. V. gewährleistet sein, um den Zugang für die Zielgruppe zu erleichtern. Ebenso ist die Form eines aufsuchenden Angebotes, beispielsweise durch gemeinsames Streetwork oder Besuche in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen für obdachlose Menschen, denkbar um möglichst viele Betroffene rechtzeitig zu erreichen.

- **Zukunftsorientierte Ausrichtung**

Aufgrund der statistisch erhöhten Morbidität und einer geringeren Lebenserwartung durch den Lebensumstand der Obdachlosigkeit ist es zudem langfristig notwendig, den Umgang mit dem Thema persönliche Vorsorge den Patientinnen und Patienten der Einrichtungen bereits auch in jungen Jahren zu ermöglichen. Dies unterstützt gleichzeitig auch den Umgang mit dem eigenen Lebensende sowie der Enttabuisierung des Todes unterstützen.

Die vorangehende Auflistung von Anforderungen an die Mitarbeitenden beider Handlungsfelder erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Eine intensive Zusammenarbeit, gegenseitige regelmäßige Hospitationen und auch gemeinsame, interdisziplinäre Fallbesprechungen sind nur ein Teil notwendigen Grundvoraussetzungen, um die jeweiligen Angebote und Hilfsmöglichkeiten kennenzulernen, Kontakte zu knüpfen und zu pflegen sowie gemeinsam den Betroffenen die bestmögliche Unterstützung zu bieten.

10. Fazit und Ausblick

Eine Patientenverfügung allein ist kein Universalmittel oder Garant dafür, Selbstbestimmung und Würde am Lebensende und im Falle der Handlungsunfähigkeit zu bewahren und zu erfahren. Dazu ist allein die rechtliche Betrachtung vom Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod in Deutschland in Frage zu stellen. Auch

Diskurse über aktive Sterbehilfe sind besonders im Hinblick auf vorhandenen Sterbetourismus in Ländern wie den Niederlanden oder Belgien oder auf Suizidraten in Deutschland, wichtig und müssen weitergeführt werden, um langfristig politische Änderungen für Betroffene erwirken zu können. Wichtig ist dazu bereits im Vorfeld eine professionelle, individuelle und persönliche Beratung und Begleitung unter medizinischen, pflegerischen und emotionalen Gesichtspunkten, die auch im Zweifelsfall in der Lage ist, der Situation angepasst erneut zu reflektieren und den Wünschen der Betroffenen entsprechend zu handeln oder zu unterlassen.

Als materiell vorhandenes, und somit sichtbares, Instrument eignet sich die Patientenverfügung jedoch meiner Ansicht nach gut, um mit dieser Selbstbestimmung und deren mögliche Wirksamkeit sichtbar zu machen. Auch wenn diese als ein abstraktes und subjektiv unterschiedlich empfundenes Gut zu beschreiben ist. Der Aufwand, Informationen zu beschaffen und eine Beratung in Anspruch zu nehmen, um im Rahmen dieser eine Patientenverfügung zu erstellen, ist im Vergleich zu dem potenziellen Nutzen für die Betroffenen und das handelnde Umfeld als gering zu bewerten. Die größten Hindernisse sind, meiner Arbeit nach, die strukturellen Erschwernisse im Zugang zu persönlichen Vorsorge-Möglichkeiten. Angesichts der Tatsache, dass das Krankenhaus der statistisch wahrscheinlichste Sterbeort ist, in dem das medizinische Personal die Patient*innen in aller Regel nicht persönlich kennt, und zudem wirtschaftliche Interessen oft überwiegen, können diese Seiten Papier einen großen Unterschied für Betroffene ausmachen. Zudem gibt die Patientenverfügung auch dem behandelnden und persönlichen Umfeld die Sicherheit, im Sinne der Person zu handeln bzw. gehandelt zu haben. Denn Menschenwürde darf nicht in Konflikt stehen mit Institutionen, fremden Überzeugungen oder einem fehlenden Kostenträger.

In der Zeit, in der ich mich dieser Bachelor-Arbeit widmete, begegnete mir ein ganz besonderer Mensch mit einer besonderen Geschichte. Seit September 2023 beobachtete ich auf dem täglichen Weg zur S-Bahn einen obdachlosen Herrn. Als ich sah, dass er um seinen Schlafsack bestohlen wurde und sich notdürftig mit Plastiktüten bedeckte, bot ich ihm an, ihm einen neuen Schlafsack aus der Caritas Ambulanz mitzubringen. Dadurch kamen wir ins Gespräch, unterhielten uns täglich über Verschiedenes. Er war bereits seit einigen Jahren auf der Straße, ein persönlicher Schicksalsschlag „riss ihm den Boden unter den Füßen

weg“, wodurch er seinen Job und letztlich auch seine Wohnung verlor. Als die erste Kältewelle kam, fragte ich ihn, ob er in einer Notunterkunft schlafen wolle oder ich etwas anderes für ihn tun könnte, aber er lehnte ab. Die Angst vor Diebstahl und Gewalt in den Einrichtungen war zu groß. Er nahm aber gerne warme Kleidung an und auch über einen Sheltersuit freute er sich sehr. Trotz des schlechten Zustands und der angegebenen Schmerzen in seinen Füßen lehnte er die Behandlung in einem Krankenhaus ab. Aufstehen konnte er seit Kurzem nach eigener Aussage auch nicht mehr, aber so groß wie die Schmerzen war auch seine Scham und die Angst vor der möglichen Behandlung. Aufgrund meines Arbeitsweges sah ich ihn zwei Mal am Tag, brachte Tee, Wäsche oder Hygieneartikel aus der Caritas Ambulanz und blieb für Gespräche. Immer wieder offerierte ich ihm die Möglichkeit, eine medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Ich bezog direkt auch meine Kolleg*innen mit ein, und wir schlugen ihm vor, ihn mit einem Rollstuhl abzuholen und zur Caritas Ambulanz nach Moabit zu fahren. Geplant standen wir morgens bereit, unser Vorhaben war miteinander abgestimmt. Jedoch war es dann doch zu viel für ihn, und wir mussten unseren gemeinsamen Plan abbrechen. Zwei Tage später konnten wir ihn mit dem Caritas Arztmobil vor Ort aufsuchen und mit Hilfe einer Ärztin überzeugen, uns seine Füße zu zeigen. Der Zustand dieser war lebensbedrohlich, das wurde auf den ersten Blick klar, und unsere Ärztin ließ einen Rettungswagen rufen. Die Angst um seine Füße war mittlerweile größer als die Angst vor dem Krankenhaus. Wir sprachen mit ihm und versuchten, ihm ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln. Der Rettungsdienst kam und brachte ihn in das nächste Krankenhaus, wo der schlimmste Fall eintrat: die Füße waren nicht mehr zu retten. In einer Notoperation wurden der rechte Unterschenkel und der linke Vorfuß amputiert. Ich erkundigte mich regelmäßig telefonisch nach seinem Zustand und hinterließ unsere Telefonnummer, bis ich ihn zwei Tage nach der Operation besuchen konnte. Er erzählte mir, dass der Arzt bei der Visite zu ihm sagte: „Sie sind dem Tod gerade noch von der Schippe gesprungen - noch eine Nacht hätten Sie nicht überlebt!“. Die Frage, ob wir irgendwen suchen, kontaktieren und informieren sollen, verneinte er. Nach Rücksprache mit ihm boten wir dem Krankenhaus unsere Unterstützung an. Und auch er konnte sich jederzeit bei uns melden. Wir organisierten Kleidung, Hygieneartikel und jede Menge Schokolade, die er sich wünschte. Der Sozialdienst war unterstützend tätig für die behördlichen Erledigungen. Auch die Weihnachtsfeiertage und den Jahreswechsel verbrachte er im

Krankenhaus. Wir besuchen ihn immer noch regelmäßig und möchten ihn besonders darin unterstützen, Wünsche bzgl. des weiteren Lebensverlaufs formulieren zu können, denn sein Leben wird nun nicht mehr dem zuletzt geführten gleichen. Er ist knapp zwei Monate nach der Operation immer noch dabei, den Verlust seiner Füße zu verarbeiten, schafft jedoch bereits erste, große Fortschritte. Seit kurzem kann er sich selbst in den Rollstuhl transferieren und so mobil und selbstständig das Krankenhaus erkunden und Kontakte zu Mitpatient*innen aufbauen. Den Glauben an diese Freiheit hatte er bis vor Kurzem noch nicht. Wie es langfristig für ihn weiter geht, ist noch unklar. Wir werden den Kontakt zu ihm halten und hoffen, dass er nach einer hoffentlich stattfindenden Reha eine Wohnform findet, in der er sich ein zufriedenes Leben nach seinen Wünschen und Vorstellungen einrichten kann.

Dieser Fall ist eines von unzähligen Einzelschicksalen und Erfahrungen meiner Arbeit und der Grund, weshalb mir die Thematik dieser Bachelor-Arbeit nicht nur wichtig, sondern auch besonders notwendig scheint. Die Kombination aus strukturellen Hürden in unserem Gesundheitssystem und der Beschneidung vieler Menschenrechte, die Obdachlosigkeit mit sich bringt, ist die schlimmste Form der Ausgrenzung aus der Gesellschaft und dem Gefühl, ein Mensch zu sein.

Es ist eine nachvollziehbar große Herausforderung, sich selbst mit dem eigenen Lebensende auseinanderzusetzen. Selbst in meinem persönlichen Umfeld sind mir nur sehr wenige Menschen bekannt, die eine Patientenverfügung besitzen. Bei der Beratung zu meiner eigenen Patientenverfügung habe ich selbst gespürt, wie schwierig, aber gleichzeitig auch wichtig es ist, den Tod als Thema in seinem Leben zuzulassen. Umso wichtiger ist es in meinen Augen, den Tod auch in der Gesellschaft weiter zu enttabuisieren und bereits junge Menschen mit persönlicher Vorsorge zusammenzubringen. Auch ist es mir wichtig, mehr Bewusstsein für das Leben mit einer chronischen Erkrankung zu schaffen, insbesondere wenn diese die Lebensqualität einschränkt und/oder das Leben verkürzt.

Grundsätzlich benötigt das Gesundheitssystem in Deutschland mehr als nur eine Reform, um allen Menschen Autonomie und Selbstbestimmung, aber auch Gesundheit und somit ein Leben und auch Lebensende in Würde zu ermöglichen. Eine, meist auf Spenden basierende, Förderung von niedrighwelligen Projekten wie der Caritas Ambulanz in Berlin, die nur abseits des Regelsystems

existieren und Menschen erreichen, kann nicht die alleinige Lösung sein auf einen grundrechtlichen Anspruch auf die voran genannten Aspekte. Menschen benötigen bereits vorab mehr medizinische und sozialarbeiterische Hilfestellung und Angebote sowie einen einfachen Zugang zu diesen. Die von mir ausgearbeiteten Forderungen nach strukturellen Veränderungen und die Anforderungen an alle professionell Handelnden in dieser Arbeit sollen sensibilisieren, ermutigen und einen Anreiz geben, sich diesem wichtigen Feld zu öffnen und gemeinsam Menschen zu empowern, adäquate Hilfen, Beratung und Unterstützung rechtzeitig in Anspruch nehmen zu können.

Quellen- und Literaturverzeichnis:

Albrecht, A., Albrecht, E., Böhm, H & Böhm-Rößler, U. (2018). Die Patientenverfügung. 2. Auflage. Bielefeld: Verlag Ernst und Werner Giesecking GmbH.

AOK Nordost. Die Gesundheitskasse. (Hrsg.) (o. J.). Rechtzeitig absichern mit Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung. URL: <https://www.pflegestuetzpunkteberlin.de/themenschwerpunkt/vorsorge-patientenverfu%CC%88gung-betreuung/> [Stand: 10.01.2024].

Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V. (Hrsg.) (o. J.). Patientenverfügung: Beratungsangebot des ASB Berlin. URL: <https://www.dank-dir-helfen-wir.de/berlin/patientenverfuegung> [Stand: 10.01.2024].

Asseln, N. (2018). Todesfälle von Wohnungslosen in Hamburg – Entwicklung von 2007 bis 2015. Dissertation. Universität Hamburg. URL: <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/7826/1/Dissertation.pdf> [Stand: 21.11.2023].

Bachner, F. (2023). Hilfsangebot in Berlin-Wedding: Krankenstation für Obdachlose hat Finanzprobleme. In: Verlag Der Tagesspiegel GmbH (Hrsg.). URL: <https://www.tagesspiegel.de/berlin/anlaufstelle-fur-krank-erdachlose-einmaliges-berliner-wohnprojekt-hat-finanzprobleme-10633990.html> [Stand: 21.11.2023].

Bäumli, J., Brönner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G. & Jahn, T. (2017). Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Beushausen, J. (2013). Gesundheit und Krankheit in psychosozialen Arbeitsfeldern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Bertram, F., Hajek, A., Dost, K., Graf, W, Brennecke, A., Kowalski, V., van Rùth, V., König, H., Wulff, B., Ondruschka, B., Püschel, K & Heinrich, F. (2022). National Survey on Psychiatric and Somatic Health of Homeless Individuals (NAP-SHI-Studie). In: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2022). Psychische und somatische Gesundheit von wohnungslosen Menschen. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/228829/Psychische-und-somatische-Gesundheit-von-wohnungslosen-Menschen> [Stand: 14.11.2023].

Bertram, F., Hajek, A., Dost, K., Graf, W., Brennecke, A., Kowalski, V., van R uth, V., König, H., Wulff, B., Ondruschka, B., Püschel, K & Heinrich, F. (2022a). Tabelle 2a: Lebenszeit- und Punktprävalenz von somatischen Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland. In: Bundes rzttekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen  rzttekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2022). Psychische und somatische Gesundheit von wohnungslosen Menschen. URL: <https://www.aerzteblatt.de/callback/image.asp?id=127100> [Stand: 14.11.2023].

Bertram, F., Hajek, A., Dost, K., Graf, W., Brennecke, A., Kowalski, V., van R uth, V., König, H., Wulff, B., Ondruschka, B., Püschel, K & Heinrich, F. (2022b). Tabelle 2b: Lebenszeit- und Punktprävalenz von psychischen Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland. In: Bundes rzttekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen  rzttekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2022). Psychische und somatische Gesundheit von wohnungslosen Menschen. URL: <https://www.aerzteblatt.de/callback/image.asp?id=127102> [Stand: 14.11.2023].

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (Hrsg.) (2023). PRESSEMITTEILUNG | BAG Wohnungslosenhilfe stellt aktuelle Hochrechnungsergebnisse vor. URL: https://www.bagw.de/de/presse/show?tx_netnews_newsview%5Baction%5D=show&tx_netnews_newsview%5Bcontroller%5D=News&tx_netnews_newsview%5Bnews%5D=294&cHash=adbb8f7ca652419e3494af79bba225cd [Stand: 09.11.2023].

Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2023). Patientenverfügung. URL: https://www.bmj.de/DE/themen/vorsorge_betreuungsrecht/patientenverfuegung/patientenverfuegung_artikel.html [Stand: 16.11.2023].

Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2023a). Patientenverfügung. Wie sichere ich meine Selbstbestimmung in gesundheitlichen Angelegenheiten? URL: https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Patientenverfuegung.pdf?__blob=publicationFile&v=27 [Stand: 11.11.2023].

Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2023b). Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung. URL: https://www.bmj.de/DE/service/formulare/form_vorsorgevollmacht/form_vorsorgevollmacht_node.html [Stand: 08.12.2023].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2016). Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen (Informationsblatt 215-01). URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/abrechnung-krankenhausleistungen> [Stand: 10.01.2024].

Bundesnotarkammer (Hrsg.) (o. J.). Zweck der Registrierung. URL: <https://www.vorsorgeregister.de/privatpersonen/zweck-der-registrierung> [Stand: 08.12.2023].

Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V. (Hrsg.) (o. J.). Caritas-Krankenwohnung für Wohnungslose. URL: <https://www.caritas-berlin.de/beratungundhilfe/berlin/wohnungsnot/caritas-krankenwohnung-fuer-wohnungslose> [Stand: 06.11.2023].

Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V. (Hrsg.) (o. J.a). Medizinische Versorgung. URL: <https://www.caritas-berlin.de/beratungundhilfe/berlin/wohnungsnot/medizinische-versorgung> [Stand: 21.12.2023].

Daßler, H. & Henke, J (2023). Im toten Winkel? Teilhabeorientierte Perspektive für das Verständnis der Lebenslage psychisch erkrankter Menschen. In: Daßler, H. (Hrsg.). Wohnungslos und psychisch erkrankt. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH. S. 82-100.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (Hrsg.) (o. J.). Wohnungslose Menschen. März 2022: Pilotschulung zur Begleitung wohnungsloser Menschen am Lebensende. URL: <https://hospiz-aktuell.de/charta/wohnungslose> [Stand: 10.01.2024].

Diakonie Deutschland, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (Hrsg.) (2019). Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere. Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze. URL: [https://www.aerztewelt.org/sites/default/files/BAG%20Gesundheit Illegalit%C3%A4t Arbeitspapier%20Notfallhilfe%20im%20Krankenhaus August%202019 Web.pdf](https://www.aerztewelt.org/sites/default/files/BAG%20Gesundheit%20Illegalit%C3%A4t%20Arbeitspapier%20Notfallhilfe%20im%20Krankenhaus%20August%202019%20Web.pdf) [Stand: 24.11.2023].

FEANTSA- European Federation of National Organisations Working with the Homeless (Hrsg.) (2005). ETHOS – Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung. URL: https://www.feantsa.org/download/at_6864666519241181714.pdf [Stand: 30.10.2023].

Feldmann, K. (2010). Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Flick, U. & Röhsch, G. (2008). Gesundheit auf der Straße. Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheit im Kontext von Jugendobdachlosigkeit. Weinheim & München: Juventa Verlag.

Füller, A. & Morr, S. (2021). Menschen ohne Obdach. Stuttgart: Klett-Cotta.

Gaß, Gerald (2023). In: Rebmann, S. & Wagner P. (Regie). Todkrank auf der Straße. Obdachlos und unversichert – wer zahlt? (Dokumentation) (ZDF) URL: <https://www.zdf.de/dokumentation/die-spur/obdachlos-krank-kosten-behandlung-100.html> [Stand: 23.11.2023]. Minute 24:00-25:00.

GEBEWO pro gGmbH (Hrsg.) (2023). Die Angebote der Kältehilfe: URL: <https://kaeltehilfe-berlin.de/angebote/filter/5> [Stand: 09.11.2023].

GEBEWO - Soziale Dienste - Berlin gGmbH (Hrsg.) (2023). Runder Tisch zur zahn-/medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Berlin. URL: https://www.obdachlosigkeit-macht-krank.de/media/behandlungszahlen/obdachlosigkeit-macht-krank_behandlungszahlen_2022.pdf [Stand: 09.11.2023].

GEBEWO - Soziale Dienste - Berlin gGmbH (Hrsg.) (2023a). Obdachlosigkeit macht krank. Runder Tisch zur medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung. URL: <https://www.obdachlosigkeit-macht-krank.de/> [Stand: 09.11.2023].

George, W. (2017). Sterben in Institutionen. Aktuelle Situation und Ausblick. In: Schäfer, R. & Schuhmann, G. (Hrsg.). „Sterben in Würde – Mythos oder erreichbares Ziel?“ Palliativ- und Hospizarbeit zwischen Idealvorstellung und Wirklichkeit. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH. S. 39-50.

Halbe, B. (2018). Dienstvertrag: Behandlungspflicht des Arztes. In: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/203493/Dienstvertrag-Behandlungspflicht-des-Arztes> [Stand: 26.11.2023].

Home Care Berlin e. V. (Hrsg.) (o. J.). Der Verein. URL: <https://homecareberlin.de/ueber-uns/der-verein/> [Stand: 14.12.2023].

Home Care Berlin e. V. (Hrsg.) (2023). Vorlieben und Wünsche. URL: <https://home-careberlin.de/wp-content/uploads/Vorlieben-Wuensche.pdf> [Stand: 10.12.2023].

Home Care Berlin e. V. (Hrsg.) (2023a). Vorsorgevollmacht. URL: <https://home-careberlin.de/wp-content/uploads/HCB-Vorsorgevollmacht.pdf> [Stand: 16.01.2024].

Home Care Berlin e. V. (Hrsg.) (2023b). Werteermittlung. URL: <https://home-careberlin.de/wp-content/uploads/Werteermittlung-zur-Patientenverfuegung.pdf> [Stand: 11.11.2023].

Humanistischer Verband Deutschlands, Landesverband Berlin-Brandenburg KdöR (Hrsg.) (o. J.). Zentralstelle Patientenverfügung. URL: <https://www.patientenverfuegung.de/> [Stand: 10.01.2024].

Karusseit, Karl-Heinz (1994). Konfrontation der Sozialpädagogik mit Sterben und Tod. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Kurz, Charlotte (2022). Menschen ohne Krankenversicherung: Ein oft übersehenes Problem. In: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/228031/Menschen-ohne-Krankenversicherung-Ein-oft-uebersehenes-Problem> [Stand: 17.11.2023].

May, A. T., Grützmann, T., & Brokmann, J. C. (2016). Selbstverständnis der Beratung zu Vorsorgedokumenten. In: May, A. T., Kreß, H., Verrel, T. & Wagner, T. (Hrsg.). Patientenverfügungen. Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. S. 343-356.

Nideröst, S. (2007). Männer, Körper und Gesundheit. Somatische Kultur und soziale Milieus bei Männern. Bern: Verlag Hans Huber.

Putz, W., Steldinger, B. & Unger, T. (2021). Patientenrechte am Ende des Lebens. 7. Auflage. München: dtv Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit in deutschland 2015.pdf? __blob=publication-File](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit%20in%20deutschland%202015.pdf?__blob=publication-file) [Stand: 14.11.2023].

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2023). Verbreitung von Patientenverfügungen bei älteren Erwachsenen in Deutschland. URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Factsheets/JHealthMonit_2023_03_Patientenverfuegung.pdf? __blob=publication-File#:~:text=V.,eine%20Patientenverf%C3%BCgung%20haben%20%5B7%5D.](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Factsheets/JHealthMonit_2023_03_Patientenverfuegung.pdf?__blob=publication-file#:~:text=V.,eine%20Patientenverf%C3%BCgung%20haben%20%5B7%5D.) [Stand: 18.12.2023].

Sellner, N. (2022). Alltägliche Bewältigungsstrategien obdachloser Menschen. Eine rekonstruktive Analyse im Spannungsfeld gesellschaftlicher Begrenzungen und Erwartungen. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich GmbH.

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2023). ISP- Integriertes Sozialprogramm. Jahresbericht 2020. URL: https://www.berlin.de/sen/soziales/service/vertraege/rahmenfoerdervertrag/isp_jahresbericht-2020_final.pdf?ts=1694175463 [Stand: 03.11.2023].

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (Hrsg.) (o. J.). Fremdsprachige Materialien zur Hospizarbeit und Palliativversorgung sowie Informationen zur Kultur- und Sprachmittlung. URL: <https://www.berlin.de/sen/pflege/pflege-und-rehabilitation/besondere-personengruppen/schwerstkranken-und-sterbende/artikel.1092967.php> [Stand: 22.12.2023].

Spanl, R. (2016). Vorsorgevollmacht. In: May, A., Kreß, H., Verrel, T. & Wagner, T. (Hrsg.). Patientenverfügungen. Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer. Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag. S. 141-151.

Statista GmbH (Hrsg.) (2023). Anzahl der obdachlosen Menschen in Berlin im Jahr 2020. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1097522/umfrage/anzahl-der-obdachlosen-in-berlin/> [Stand: 03.11.2023].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2023). Todesursachen 2022: Anteil der an COVID-19-Verstorbenen rückläufig. Pressemitteilung Nr. 441 vom 15. November 2023. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/11/PD23_441_23211.html [Stand: 21.11.2023].

Steckelberg, C. (2023). Wohnungslosigkeit. Grundlagen und Handlungswissen für die Soziale Arbeit. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Trabert, G. & Waller, H. (2023). Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis. 8., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Trachsel, M. & Maercker, A. (2016). Lebensende, Sterben und Tod. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Unionhilfswerk Senioren-Einrichtungen gemeinnützige GmbH (Hrsg.) (o. J.). Wohnungslose Menschen. URL: <https://hospiz-aktuell.de/charta/wohnungslose> [Stand: 06.11.2023].

Verein für Berliner Stadtmission (Hrsg.) (o. J.) Armut und Wohnungslosigkeit. Übersicht der Angebote. Koordinierungsstelle zur Versorgung Wohnungsloser mit lebensbegrenzender Erkrankung in Berlin (KoWohl). URL: <https://www.berliner-stadtmission.de/angebote/armut-und-wohnungslosigkeit#koordinierungsstelle-zur-versorgung-wohnungsloser-mit-lebensbegrenzender-erkrankung-in-berlin-kowohl> [Stand: 05.01.2024].

Verein für Berliner Stadtmission (Hrsg.) (o. J.a). Clearingstelle. URL: <https://www.berliner-stadtmission.de/clearingstelle> [Stand: 09.11.2023].

Verein für Berliner Stadtmission (Hrsg.) (2019). Obdachlos in Berlin. 21 Fragen. 2. Auflage. URL: https://www.berliner-stadtmission.de/fileadmin/Redaktion/01_Informieren/Publikationen/Druckfassung_September2019.pdf [Stand: 03.11.2023].

Verrel, T. (2016). Grundzüge der gesetzlichen Regelungen von Patientenverfügungen. In: May, A., Kreß, H., Verrel, T. & Wagner, T. (Hrsg.). Patientenverfügungen. Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer. Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag. S. 85-97.

Anhangsverzeichnis

Anhang 1/ E-Mail-Verkehr Bundesärztekammer / Seite 1/2.....	53
Anhang 1/ E-Mail-Verkehr Bundesärztekammer / Seite 2/2.....	54
Anhang 2/ Vorlage Patientenverfügung Home Care e. V. / Seite 1/2.....	55
Anhang 2/ Vorlage Patientenverfügung Home Care e. V. / Seite 2/2.....	56
Anhang 3/ Vorlage Berliner Notfallverfügung / Seite 1/4.....	57
Anhang 3/ Vorlage Berliner Notfallverfügung / Seite 2/4.....	58
Anhang 3/ Vorlage Berliner Notfallverfügung / Seite 3/4.....	59
Anhang 3/ Vorlage Berliner Notfallverfügung / Seite 4/4.....	60
Anhang 4/ Vorlage Werteermittlung Home Care e. V. / Seite 1/3	61
Anhang 4/ Vorlage Werteermittlung Home Care e. V. / Seite 2/3	62
Anhang 4/ Vorlage Werteermittlung Home Care e. V. / Seite 3/3	63
Anhang 5/ Vorlage Vorlieben und Wünsche Home Care Berlin e. V. / Seite 1/4	64
Anhang 5/ Vorlage Vorlieben und Wünsche Home Care Berlin e. V. / Seite 2/4	65
Anhang 5/ Vorlage Vorlieben und Wünsche Home Care Berlin e. V. / Seite 3/4	66
Anhang 5/ Vorlage Vorlieben und Wünsche Home Care Berlin e. V. / Seite 4/4	67
Anhang 6/ Vorlage Vorsorgevollmacht Home Care Berlin e. V. / Seite 1/2.....	68
Anhang 6/ Vorlage Vorsorgevollmacht Home Care Berlin e. V. / Seite 2/2.....	69
Anhang 7/ E-Mail-Verkehr Vorsorgeregister / Seite 1/2	70
Anhang 7/ E-Mail-Verkehr Vorsorgeregister / Seite 2/2	71

Anhang 1

Anhang 1/ E-Mail-Verkehr Bundesärztekammer / Seite 1/2

Von: Dezernat4
Gesendet: Mittwoch, 29. November 2023 09:13
An: k.edeler@gmx.de
Cc: Dezernat4
Betreff: WG: Kontaktanfrage über baek.de

Sehr geehrte Frau Edeler,

vielen Dank für Ihre unten angehängte E-Mail-Anfrage vom 16. November 2023 an die Bundesärztekammer, die zur Bearbeitung an unser Dezernat übermittelt wurde.

Eine offizielle Abrechnungsempfehlung des Vorstands der Bundesärztekammer für die Beratung zu einer Patientenverfügung liegt nicht vor.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der 17 Landesärztekammern organisiert ist. In diesem Rahmen vertritt sie die berufspolitischen Interessen der Ärzteschaft in der Bundesrepublik Deutschland und nimmt die in ihrer Satzung geregelten Aufgaben wahr.

Bei konkreten Abrechnungsfragestellungen bzw. für eine weitere Beratung zu konkreten Abrechnungsmöglichkeiten für spezifische Leistungen gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bitten wir Sie, sich an die für Sie zuständige Landesärztekammer zu wenden, da die Bundesärztekammer keine den Ärztekammern der Länder übergeordnete Institution ist und die Zuständigkeit Ihres Anliegens aufgrund gesetzlicher Regelungen ausschließlich bei der entsprechenden Landesärztekammer liegt.

Zuständig ist grundsätzlich die Ärztekammer, in deren Einzugsbereich die Praxis bzw. die Klinik der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes liegt. Sofern es in Ihrem Fall um eine individuelle Rechnungsprüfung geht, fügen Sie bitte Ihrer Anfrage an die zuständige Landesärztekammer eine Kopie der Rechnung bei.

Mit freundlichen Grüßen

Ass. jur. Anja Lehmann
Referentin

Bundesärztekammer
Dezernat Gebührenordnung und Gesundheitsfinanzierung
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Tel. +49 30 400 456 443
Fax +49 30 400 456 681
E-Mail Anja.Lehmann@baek.de

Kontaktanfrage

Eine neue Kontaktanfrage wurde abgeschickt.

Themenbereich Sonstiges

Betreff Frage zu Abrechnungssätzen

Mitteilung Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
ich möchte mich erkundigen ob es einen Abrechnungssatz fuer die
Patienten-Beratung bzgl. einer Patientenverfügung zzgl. dem Erstellen
dieser gibt. Ich danke Ihnen für eine Auskunft.
Herzliche Grüße
Kristina Edeler

Vorname Kristina

Nachname Edeler

Telefon 017661241038

Bundesland Berlin

E-Mail k.edeler@gmx.de

Dies ist eine automatisch generierte Mail.

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Quelle: eigene Recherche

Anhang 3

Anhang 3/ Vorlage Berliner Notfallverfügung / Seite 1/4

Nur gültig bei Vorliegen der Unterschriften
zu Pkt. 5.1 oder 5.2 sowie 5.3 und 5.4



Verfügung für Notfälle* für medizinisches und pflegerisches Fachpersonal unter Berücksichtigung der unter 4.1 genannten limitierenden Erkrankungen

Name	Vorname
geboren	wohnhaft
Versicherten-Nr.	Betriebsstätten-Nr.
Arzt-Nr.	gepflegt durch:

(hier pflegende Angehörige bzw. die pflegende und betreuende Pflegestruktur angeben)

Zur eindeutigen Identifikation der betreffenden Person ist beigefügt:

- eine Kopie des Personalausweises oder

1. Rechtliche Grundlage der Verfügung für Notfälle und Akutereignisse

Dieser Verfügung für Notfälle liegt ein qualifizierter Beratungsprozess zugrunde, bei dem zusammen mit der betreffenden oder der vertretungsberechtigten Person, ggf. der mit der Vorsorge bevollmächtigten Person und dem unterzeichnenden Arzt der Patientenwille sorgfältig ermittelt worden ist. Hinweis: Aus Gründen der Eindeutigkeit darf nur genau eine JA-Antwort der Optionen A-B angekreuzt sein.

A. Persönlich erklärter Wille der betreffenden Person für Notfallsituationen:

Die betreffende Person ist z.Z. der Erstellung des Notfallplans volljährig und einwilligungsfähig und versteht die Tragweite ihrer Entscheidung. Ja

Im Falle der Unterschrift durch die betreffende einwilligungsfähige und volljährige Person ist diese Verfügung mit der Patientenverfügung rechtlich unmittelbar verbindlich und bis zu ihrem – jederzeit möglichen – Widerruf wirksam. Sie ist begrenzt auf Notfallsituationen und konkretisiert/ ergänzt eine ggf. bereits bestehende Patientenverfügung.

B. Sorgfältig ermittelter mutmaßlicher Wille für Notfallsituationen:

Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsbeschluss liegt vor Ja

Da die betreffende Person zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Verfügung für Notfälle nicht einwilligungsfähig ist, gibt diese Verfügung den sorgfältig ermittelten mutmaßlichen Willen der betreffenden Person zum Zeitpunkt der Erstellung wieder. Der Patientenwille ist vor diesem Hintergrund zu überprüfen.

2. Patientenverfügung vorhanden? Nein Ja

Wenn ja: Die Patientenverfügung ist als Anlage beigefügt.

3. Festlegungen hinsichtlich der folgenden medizinisch indizierten Behandlungsoptionen bei einem Notfall:

Hinweis: Aus Gründen der Eindeutigkeit darf nur genau eine JA-Antwort der Optionen A-D angekreuzt sein.

A. Maximaltherapie/ Krankenhaus & Intensivtherapie Ja

Bei vorliegender medizinischer Indikation ist eine sofortige Reanimation, Mitnahme ins Krankenhaus inklusive aller intensiv-medizinischen Therapien (z.B. Intubation, Beatmung, Herz-Lungen-Wieder-belebung, invasive Maßnahmen etc.) ausdrücklich gewollt.

B. Krankenhaus ohne Intensivtherapie, keine REA Ja

Unabhängig von der Ursache und den Behandlungsmöglichkeiten ist eine Mitnahme ins Krankenhaus grundsätzlich noch gewollt, ABER eine Reanimation sowie alle intensiv-medizinischen Therapien werden abgelehnt (inkl. Intubation, Beatmung, invasive Maßnahmen etc.)

* Mit freundlicher Genehmigung des Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. wurde der Bogen aus dem ACP-Projekt FÜR|SICH|VOR: SORGEN von ExpertInnen unter Federführung des Landes Berlin vor dem Hintergrund der Einführung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V abgewandelt und weiterentwickelt.

- C. **Kein Krankenhaus, keine REA, Vor-Ort-Therapie** Ja
 Unabhängig von der Ursache und den Behandlungsmöglichkeiten ist eine Mitnahme ins Krankenhaus nicht mehr gewollt und es werden eine Reanimation sowie alle intensivmedizinischen Therapien abgelehnt. Nur noch vor Ort sind alle dort sinnhaften Behandlungen gewollt.
- D. **Rein palliatives Vorgehen vor Ort** Ja
 Unabhängig von der Ursache und den Behandlungsmöglichkeiten sind ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen vor Ort inkl. Gabe von Opioiden und Sedierung im notwendigen Umfang gewollt.

4. Ergänzende wichtige Informationen

4.1 Angaben zu limitierenden Erkrankungen der betreffenden Person:

4.2 Ein aktueller Medikamentenplan, der letzte Arztbrief und ggf. weitere medizinische Informationen sind hinterlegt bei:

Name:

Anschrift:

Notfall-Tel.-Nr.:

4.3 Die Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsverfügung oder Betreuungsbeschluss sind hinterlegt bei:

Name:

Anschrift:

Notfall-Tel.-Nr.:

4.4 Kontaktdaten der bevollmächtigten bzw. vertretungsberechtigten Person:

Name:

Anschrift:

Notfall-Tel.-Nr.:

5. Unterschriften der betreffenden oder der vertretungsberechtigten Person und des Arztes oder der Ärztin

5.1 Dieser Notfallplan ist Ausdruck meines aktuellen Behandlungswillens.

Es ist mir als Unterzeichnende/r bekannt, dass diese Erklärung freiwillig ist und ich sie jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich stimme zu, dass die dokumentierte Willensäußerung dieser Notfallverfügung und die dazugehörige Patientenverfügung dem Rettungsdienst, dem Krankenhaus oder einem anderen Leistungserbringer übermittelt werden darf durch die vertretungsberechtigte oder bevollmächtigte Person (siehe 4.4 bzw. 5.2), die ggf. beteiligten Pflegestruktur oder pflegende/n Angehörige/n (siehe 5.3), den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin (siehe 5.4).

_____, den _____
 Ort Datum Unterschrift der betreffenden Person

5.2 Dieser Notfallplan ist Ausdruck des sorgfältig ermittelten mutmaßlichen Willens der betreffenden Person.

_____, den _____
 Ort Datum Unterschrift der vertretungsberechtigten Person

Notfall-Tel.-Nr.: _____

5.3 Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.

_____, den _____
 Ort Datum Unterschrift *

Notfall-Tel.-Nr.: _____

* Unterschrift der beratenden Kraft der gesundheitlichen Versorgungsplanung oder der Bezugspflegekraft (der Einrichtung, des Dienstes, pflegende/r Angehörige)

5.4 Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der medizinischen Angaben und meine Mitwirkung an der Beratung.

_____, den _____
 Ort Datum Arztunterschrift und -stempel

Notfall- Tel.-Nr.: _____

Speichern

Drucken

Löschen

Erläuterungen zum Notfallplan - Verfügung für Notfälle

1. Reichweite von Willensäußerungen von Patienten

Auf Basis des grundgesetzlich verankerten Selbstbestimmungsrechts des Patienten ist jeder ärztliche Heileingriff nur dann zulässig, wenn dieser dem Patientenwillen entspricht und durch die Zustimmung des Patienten oder eines Vertretungsberechtigten (Bevollmächtigter/Betreuer) gedeckt ist. Andernfalls würde der Arzt den Tatbestand eines Körperverletzungsdelikts (§§ 223 ff. StGB) erfüllen.

Als Willensäußerung eines Patienten gilt neben dem aktuell erklärten Willen eines einwilligungsfähigen Patienten auch die Patientenverfügung beim einwilligungsunfähigen Patienten, § 1901a Abs. 1 BGB. Liegt keine Willensäußerung des einwilligungsunfähigen Patienten vor, ist dessen mutmaßlicher Wille zu ermitteln, § 1901a Abs. 2 BGB. Sofern ein (Behandlungs-)Wille feststeht und auf eine gegebene Situation zutrifft, ist dieser unabhängig vom Bewusstseinszustand eines Patienten gültig. Des Weiteren gilt er ohne Reichweitenbeschränkung, selbst wenn durch ein Unterlassen einer ärztlich indizierten Behandlung der Tod eintritt.

§ 1901a BGB - Patientenverfügung

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

Die Bundesärztekammer hat sich eindeutig positioniert:

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Berlin, 17.02.2011

[1. Satz Präambel]:

Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen. [1. Satz der Präambel]

Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis (Deutsches Ärzteblatt 110, Heft 33-34 (19.08.2013), S. A1580-A1585):

Ziele und Grenzen jeder medizinischen Maßnahme werden durch die Menschenwürde, das allgemeine Persönlichkeitsrecht einschließlich des Rechts auf Selbstbestimmung sowie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit bestimmt. Diese bilden auch die Grundlage der Auslegung aller Willensbekundungen der Patienten. Jede medizinische Maßnahme setzt in der Regel die Einwilligung des Patienten nach angemessener Aufklärung voraus (§ 630 d Abs. 1 S. 1 Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]). [Vorbemerkungen, Absatz 1]

2. Erklärter Wille / Ergänzung zu einer bestehenden Patientenverfügung oder einem sorgfältig ermittelten mutmaßlicher Wille

Trotz einer vorausschauenden Behandlungsplanung und vorausverfügbarem Willen kann es am Lebensende oder bei sich krisenhaft verschlechterndem Allgemeinzustand zum Einsatz des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes oder des Notarztes kommen. Häufig wird dies durch eine situative Überforderung der Angehörigen verursacht. Für diesen Arzt, der in aller Regel den Patienten nicht kennt und somit auch keine Kenntnis von dessen Willensäußerungen hat, besteht die Herausforderung, im Zweifel für das Leben („in dubio pro vita“) zunächst ärztlich indizierte Maßnahmen einzuleiten und durchzuführen (z. B. im Rahmen der bestehenden Garantenpflicht des Notarztes). Andererseits gilt es aber auch in einer Notfallsituation, den Willen des Patienten zu berücksichtigen.

Eine weitere Herausforderung bei einer Notfallsituation besteht darin, dass zwar ggf. eine Patientenverfügung vorliegt, aufgrund der Tatsache, dass die konkrete Situation jedoch nicht eindeutig wiedergegeben ist, diese nicht so beachtet werden darf, wie es dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen entsprechen würde. Insofern wird ein Notarzt oder Bereitschaftsdienstarzt zunächst lebenserhaltende Maßnahmen einleiten und durchführen müssen, bis der mutmaßliche Wille sicher ermittelt ist, selbst wenn dies im Nachhinein nicht dem Willen des Betroffenen entsprochen hat.

3. Verfügung für Notfälle als eigenständige Patientenverfügung, Konkretisierung einer bestehenden Patientenverfügung oder als Ausdruck des sorgfältig ermittelten mutmaßlichen Willens

Um in dem unter 2. beschriebenen Dilemma den Willen des Betroffenen möglichst klar zum Ausdruck zu bringen und dem in der Notfallsituation vor Ort anwesenden Arzt die Ermittlung des Patientenwillens zu erleichtern, wurde die Verfügung für Notfälle als Patientenverfügung für Notfälle entwickelt. Dieser ist entweder alleine gültig oder bei bereits bestehender Patientenverfügung eine Konkretisierung derselben auf zu erwartende Notfallsituationen oder gibt den sorgfältig ermittelten mutmaßlichen Willen des Betroffenen wieder. Zur Klärung aller Behandlungsfragen außerhalb der Notfallsituation ist die ausführliche Patientenverfügung heranzuziehen und ggf. ergänzend der Bevollmächtigte bzw. bestellte Betreuer zu konsultieren.

Durch Datum und Unterschrift des Patienten oder ersatzweise durch Datum und Unterschrift eines Vertretungsberechtigten wird für den in der Notfallsituation behandelnden Arzt sichergestellt, dass die im Notfallplan gemachten Angaben dem (mutmaßlichen) Patientenwillen zur Zeit der Erstellung des Notfallplans entsprechen. Durch Datum und Unterschrift eines mit der Lebenssituation und den Vorstellungen des Patienten vertrauten Arztes wird für den in der Notfallsituation behandelnden Arzt sichergestellt, dass der Notfallplan als Ergebnis einer sorgfältigen qualifizierten Beratung unter Einbeziehung des behandelnden Haus- oder Facharztes erstellt wurde. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass der Patient die Reichweite seiner gemachten Angaben verstanden hat (Informiertes Einverständnis) oder der mutmaßliche Wille sorgfältig ermittelt worden ist.

Dabei bleibt es in der Verantwortung des im Notfall behandelnden Arztes einzuschätzen, ob die auf dem Notfallplan gemachten Angaben auf die konkrete Situation zutreffen und ob die Voraussetzungen des Patienten in der konkreten Situation Gültigkeit haben. Sowohl Garantenpflicht als auch alle weiteren Verpflichtungen verbleiben beim im Notfall behandelnden Arzt. Der Notfallplan stellt somit als Ausdruck des Patientenwillens (Patientenverfügung) eine Hilfestellung in der konkreten Entscheidungsfindung dar. Im Zweifel bleibt der Grundsatz „in dubio pro vita“ vollumfänglich handlungsleitend bestehen.

Anhang 4

Anhang 4/ Vorlage Werteermittlung Home Care Berlin e. V. / Seite 1/3



EINGETRAGENER GEMEINNÜTZIGER VEREIN
Adresse: Brabanter Str. 21 in 10713 Berlin
Telefon: 030) 453 43 48
E-Mail: info@homecareberlin.de
Website: www.homecareberlin.de

Werteermittlung¹

Bevor Sie eine Patientenverfügung erstellen, sollten Sie sich Gedanken dazu machen, was Ihnen im Leben und für das Sterben wichtig ist.

Was sind Ihre Werte, was ist die Grundlage allen Handelns für Sie?

Wenn Sie sich über Ihre Werte im Klaren sind, fällt es Ihnen unter Umständen leichter, Ihre Wünsche zu formulieren, denn aus Ihren Werten leiten sich viele Entscheidungen für den Inhalt Ihrer Patientenverfügung ab.

Diejenigen, die sich an Ihrer Patientenverfügung orientieren müssen (Ärzt*innen) oder sie durchsetzen müssen (Ihre Bevollmächtigten), können so leichter nachvollziehen, warum Sie sich für oder gegen etwas entschieden haben. Deshalb ist es sinnvoll, diesen Werte-Bogen gemeinsam mit Ihrer Patientenverfügung zu verwahren.

Nehmen Sie sich nun Zeit, sich mit einigen Fragen zu befassen.

- 1. Warum will ich gerade jetzt eine Patientenverfügung erstellen?
(Gibt es einen konkreten Anlass oder ist es eine Art Vorsorgemaßnahme?)**
- 2. Wie sehe ich mein bisheriges Leben? (Was war gut, was war beschwerlich, womit bin ich gut oder nicht fertig geworden?)**
- 3. Welche Erfahrungen habe ich schon mit Sterben, Tod und Trauer gemacht und wie geht es mir gerade jetzt damit? (Gab es kürzlich Verlusterfahrungen, die meine Entscheidungen beeinflussen könnten?)**

¹ Stand: 7/2023, (Hrsg.: Home Care Berlin e.V., Brabanter Str.21, 10713 Berlin) Der Text dieser Werteermittlung wurde von Home Care Berlin e.V. unter Nutzung von Textbausteinen aus dem entsprechenden Formular des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz entwickelt.

*Vorstand: Vorsitzender: Dr. Thomas Schindler • Stellv. Vorsitzender: Dr. Alexander Schmitzel • Schatzmeister: Martin Kramer • Schriftführerin: Annette Klemm •
Beisitzer: Dr. Christine Klöhn • Sarah Springer • Dr. Stefan Wöhner*

Geschäftsführerin: Ulla Rose

Home Care wurde am 4.11.93 in das Vereinsregister beim Amtsgericht Charlottenburg unter der Registernummer 93/00696 eingetragen.
Spendenkonto: Deutsche Bank, IBAN: DE151 00700240276674900 BIC(SWIFT): DEUTDE33HAN

4. Was fällt mir spontan ein, wenn ich an mein eigenes Sterben/meinen eigenen Tod denke?

5. Welche Bedeutung haben Familie, Freunde, Nachbarn etc. für mich?

6. Was ist mir wichtig in Bezug auf meine Nahestehenden (Familie, Freunde etc.)?

7. Was gibt mir Halt im Leben? (Familie, Beruf, Glaube, Finanzielle Sicherheit etc.)

8. Welche Rolle spielen Glaube, Religion und Spiritualität in meinem Leben?

9. Wenn ich eine chronische/unheilbare Erkrankung haben sollte, ist mir folgendes wichtig

10. Was bedeutet es für mich, abhängig oder auf Hilfe angewiesen zu sein?

Datum: _____

Unterschrift: _____

*Vorstand: Vorsitzender: Dr. Thomas Schindler • Stellv. Vorsitzender: Dr. Alexander Schmitzel • Schatzmeister: Martin Kramer • Schriftführerin: Annette Klemm •
Beisitzer: - Dr. Christine Klübs • Sarah Springer • Dr. Stefan Wöhner
Geschäftsführerin: Uta Rose*

Home Care wurde am 4.11.93 in das Vereinsregister beim Amtsgericht Charlottenburg unter der Registernummer 93/00696 eingetragen.
Spendenkonto: Deutsche Bank, IBAN: DE15100700240276674900 BIC(SWIFT): DEUTDE33HAN

Warum eine Werteermittlung?

Eine Patientenverfügung kann nicht über alle möglichen Lebenssituationen eine Aussage machen. Wenn alle Eventualitäten dort aufgenommen würden, würde das Dokument irgendwann im wahrsten Sinne des Wortes unhandlich – nicht mehr handhabbar. Benannt werden in einer Patientenverfügung die Wünsche hinsichtlich lebensverlängernder Maßnahmen in selbst formulierten oder in den vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz vorgeschlagenen vier Anwendungsfällen: „wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im Sterbeprozess befinde
- ich mich im Endstadium (z. B. hohe Symptomlast, Sedierung) einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst, wenn der Todeszeitpunkt unabsehbar ist
- infolge einer schweren Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist (es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist)
- ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.“

Und alle anderen möglichen Situationen?

Was aber, wenn eine Situation eintritt, die dadurch nicht abgedeckt ist?

Wenn ein Betroffener im hohen Alter friedlich einschläft, ohne erkennbaren Sterbeprozess, ohne schwerwiegende Erkrankung, ohne Demenz. Ist dann eine Wiederbelebung gewünscht? Wenn nach langer intensivmedizinischer Behandlung keine Besserung zu erwarten ist, ist dann die Fortsetzung der Behandlung gewünscht?

Aussagen im Wertebogen

In einem Wertebogen kann die persönliche Haltung deutlich werden: Da stehe ich, das ist mir grundsätzlich wichtig! Welche körperlichen Einschränkungen bin ich bereit hinzunehmen und welche nicht. Zu bedenken ist, dass sich die Haltung dazu ja mit dem zunehmenden Lebensalter verändern kann (erfahrungsgemäß auch wird).

Formulierungsbeispiele zum Thema, unter welchen Bedingungen das Leben für lebenswert erachtet wird:

„Zu einem lebenswerten Leben gehört für mich, dass ich mich selbständig bewegen, sprechen, essen und entscheiden kann“. „Dass ich in hohem Alter auf Unterstützung in der Lebensführung angewiesen bin, ist für mich akzeptabel“. „Sollte ich aufgrund eines Notfalls, eines Unfalls oder einer plötzlichen lebensbedrohlichen Erkrankung intensivmedizinisch behandelt werden müssen und nach vier Wochen keinerlei Aussicht auf Besserung bestehen (mit Verlust der vorher genannten Fähigkeiten), möchte ich sterben dürfen. In diesem Fall wünsche ich keine weitere intensivmedizinische Therapie und keine Reanimation. Ich wünsche ausschließlich palliativmedizinische Maßnahmen.“

Ein Wertebogen ergänzt die Patientenverfügung

Wenn die Patientenverfügung in spezifischen Fällen keine klare Handlungsoption aufzeigt, können die Aussagen im Wertebogen eine wichtige Entscheidungshilfe sein. Das entlastet alle Beteiligten.

---●---

*Vorstand: Vorsitzender: Dr. Thomas Schindler • Stellv. Vorsitzender: Dr. Alexander Schmitz • Schatzmeister: Martin Kramer • Schriftführerin: Annette Klemm •
Beisitzer: - Dr. Christine Klübs • Sarah Springer • Dr. Stefan Wöhner
Geschäftsführerin: Uta Rose*

Home Care wurde am 4.11.93 in das Vereinsregister beim Amtsgericht Charlottenburg unter der Registernummer 93/00696 eingetragen.
Spendenkonto: Deutsche Bank, IBAN: DE151 00700240276674900 BIC(SWIFT): DEUTDE33HAN

Quelle: Home Care Berlin e. V. (Hrsg.) (2023). Werteermittlung. URL: <https://homecareberlin.de/wp-content/uploads/Werteermittlung-zur-Patientenverfuegung.pdf> [Stand: 22.12.2023].

Anhang 5

Anhang 5/ Vorlage Vorlieben und Wünsche Home Care Berlin e. V. / Seite 1/4



EINGETRAGENER GEMEINNÜTZIGER VEREIN
Adresse: Brabanter Str. 21 in 10713 Berlin
Telefon: (030) 453 43 48
E-Mail: info@homecareberlin.de
Website: www.homecareberlin.de

Vorlieben und Wünsche¹

Wer weiß von Ihren ganz konkreten Vorlieben und Wünschen, die im Rahmen der Begleitung bei schwerer Demenz oder im Sterbeprozess wichtig und hilfreich sein können? Vieles wird im Rahmen einer stationären Aufnahme erfragt, vieles wird aber aus Zeitgründen oder wegen Personalmangels vergessen. Sorgen Sie selbst dafür, dass diejenigen, die sich kümmern, wissen, was Sie gern mögen und was nicht.

Wer kennt Ihre Lieblingsgetränke, die man im Rahmen der Mundpflege nutzen kann? Wer weiß, ob Sie Bauch- oder Seitenschläfer sind, ob Sie Schlafanzüge oder Nachthemden bevorzugen, ob Sie lieber Tiersendungen oder Liebesfilme sehen? So lange Sie sich äußern können, ist ausschließlich das maßgebend, was Sie sagen – nichts sonst! Wenn Sie sich aber nicht mehr äußern können, möchten Sie dann den ganzen Tag mit Schlagern bedudelt werden, obwohl Sie nur Klassik lieben?

Das, was Sie hier festhalten, kann denen, die Sie im Rahmen einer Krankheit wie der Demenz oder am Lebensende begleiten, eine wichtige Hilfe dabei sein, Ihre Lebenszeit so zu gestalten, wie es Ihnen bestmöglich entspricht. Dass sich Dinge auch im Laufe einer Erkrankung verändern können, ist jedem klar – auch Anzugträger mit Abneigung zu Jogginganzügen können die Bequemlichkeit im Krankheitsfall zu schätzen wissen. Insofern sind die hier gemachten Aussagen als Orientierung zu verstehen, die immer wieder überprüft und angepasst werden muss.

Nehmen Sie sich nun Zeit, sich mit einigen Fragen zu befassen.

- 1. Kommunikation** (waren und sind Sie eher der gesprächige oder der ruhigere Typ, belasten Sie laute Gespräche vieler Personen um Sie herum oder genießen Sie den Trubel ... ?)

- 2. Sich bewegen** (waren oder sind Sie eher bewegungsfreudig oder genießen Sie mehr die Entspannung, könnte man Ihnen mit Bewegungstherapie eine Freude machen oder würden Sie sich eher gequält fühlen, haben Sie sich gern an frischer Luft bewegt oder waren Sie lieber drinnen ... ?)

¹ Stand: 7/2023, (Hrsg: Home Care Berlin e.V., Brabanter Str.21, 10713 Berlin). Vorliegendes Dokument orientiert sich an den AEDLs (Aktivitäten des täglichen Lebens) von Monika Krohwinkel

*Vorstand: Vorsitzender: Dr. Thomas Schindler • Stellv. Vorsitzender: Dr. Alexander Schmitt • Schatzmeister: Martin Kramer • Schriftführerin: Annette Klemm •
Besitzer: - Dr. Christine Klühs • Sarah Springer • Dr. Stefan Wöhner
Geschäftsführerin: Ulla Rose*

Home Care wurde am 4.11.93 in das Vereinsregister beim Amtsgericht Charlottenburg unter der Registernummer 93/00696 eingetragen.
Spendenkonto: Deutsche Bank IBAN: DE15 1007 0024 0276 6749 00 BIC(SWIFT): DEUTDE33HAN

3. Vitale Funktion (haben Sie Allergien, die Ihre Atmung beeinflussen, neigen Sie eher zu niedrigem oder zu hohem Blutdruck ... ?)

4. Körperpflege (eher kalt oder warm, eher weiches oder festes Handtuch, duftende Waschzusätze oder neutrale Seife, mit oder ohne anschließendes Eincremen ... ?)

5. Essen und Trinken
 (Essen: was mögen Sie gern oder eher nicht, gibt es Unverträglichkeiten, wie wichtig ist die warme Mahlzeit am Tag ... ?)

Das esse ich besonders gern	Das mag ich überhaupt nicht

(Trinken: lieber Heiß- oder Kaltgetränk, eher kühschränkalt oder Zimmertemperatur, mit oder ohne Kohlensäure, gesüßt oder ungesüßt ... ?)

Das trinke ich besonders gern	Das mag ich überhaupt nicht

*Vorstand: Vorsitzender: Dr. Thomas Schindler • Stellv. Vorsitzender: Dr. Alexander Schmitte! • Schatzmeister: Martin Kramer • Schriftführerin: Annette Klemm •
 Besitzer: - Dr. Christine Klühs • Sarah Springer • Dr. Stefan Wöhner
 Geschäftsführerin: Ulla Rose*

Home Care wurde am 4.11.93 in das Vereinsregister beim Amtsgericht Charlottenburg unter der Registernummer 93/00696 eingetragen.
 Spendenkonto: Deutsche Bank IBAN: DE15 1007 0024 0276 6749 00 BIC(SWIFT): DEUTDE33HAN

12. Soziale Bereich des Lebens sichern (wie ist Ihr soziales Umfeld, gibt es Menschen, die Sie in ihre Lebenssituation unbedingt einbinden möchten oder auch nicht, haben Sie finanzielle Sorgen oder fürchten Sie finanzielle Sorgen für Ihre Angehörigen ... ?)

13. Existenzielle Erfahrungen des Lebens (welche Bedeutung hat Krankheit für Sie, haben Sie eine religiöse Bindung, wie stehen Sie zum Tod, gibt es ein Trauererlebnis, dass Sie beschäftigt ... ?)

Ergänzende Bemerkungen:

Datum: _____

Unterschrift: _____

*Vorstand: Vorsitzender: Dr. Thomas Schindler • Stellv. Vorsitzender: Dr. Alexander Schmittl • Schatzmeister: Martin Kramer • Schriftführerin: Annette Klemm
Besitzer: - Dr. Christine Klühs • Sarah Springer • Dr. Stefan Wöhner
Geschäftsführerin: Ulla Rose*

Home Care wurde am 4.11.93 in das Vereinsregister beim Amtsgericht Charlottenburg unter der Registernummer 93/00696 eingetragen.
Spendenkonto: Deutsche Bank IBAN: DE 15 1007 0024 0276 6749 00 BIC(SWIFT) DEUTDE33HAN30

Anhang 6

Anhang 6/ Vorlage Vorsorgevollmacht Home Care Berlin e. V. / Seite 1/2



HOME CARE BERLIN E.V.

Vorsorgevollmacht¹

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Ich, _____
(Vorname, Name der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers) (Geburtsdatum) _____

(Anschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers) (Telefon) _____

benenne mit freiem, eigenverantwortlichem, unbeeinflusstem Willen bis auf Widerruf als Bevollmächtigte/n, **bei Einwilligungsunfähigkeit** (mit ärztlichem Nachweis: Ja Nein) folgende Person/en:

1. _____
(Vorname, Name der bevollmächtigten Person) (Geburtsdatum) _____

(Anschrift der bevollmächtigten Person) (Telefon) _____

2. Ersatz/Gleichrangig _____
(Vorname, Name der bevollmächtigten Person) (Geburtsdatum) _____

(Anschrift der bevollmächtigten Person) (Telefon) _____

Vollmachts-/Betreuungsbereiche und zeitliche Begrenzung

	Ja	Nein
➤ Gesundheitspflege / Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Wohnungsangelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Behördenvertretung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Vermögenssorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Post- und Fernmeldeverkehr, Social Media-Angelegenheiten (einschl. digitaler Nachlass) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Vertretung vor Gericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Berechtigung zur Erteilung von Untervollmachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Betreuung im Fall einer gerichtlichen Bestellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Gültigkeit dieser Vollmacht über den Tod hinaus ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bei den mit 'Nein' gekennzeichneten Bereichen wurde ggf. eine andere Person bevollmächtigt)

Mit dem/den Bevollmächtigten sollen sich meine behandelnden Ärzte im Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit absprechen, um gemeinsam Lösungen zu finden. Dem/den hier benannten Bevollmächtigten vertraue ich in Bezug auf den zugewiesenen Entscheidungsbereich ohne Einschränkung. Diese Vollmacht hebt davor datierte Vollmachten auf, sofern hier zugewiesene Entscheidungsbereiche betroffen sind.

Es ist eine beigefügte Anlage zu beachten

Ja Nein

Ort Datum Unterschrift der/des Verfügenden

Eine ausführliche Beratung erfolgte am _____ durch: _____

Die/Der Beratende bestätigt, dass der Verfügende zum Zeitpunkt der Beratung zur Person, zeitlich, örtlich und situativ orientiert war.

¹ Stand: 7/2023, (Hrsg.: Home Care Berlin e.V., Brabanter Str.21, 10713 Berlin) Der vorliegende Text wurde unter Nutzung von Textbausteinen aus dem entsprechenden Formular des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz entwickelt.

² Beachten Sie mögliche Kollisionen mit dem Erbrecht (Erben und Testamentsvollstreckern).

**Analog zum Formular "Vorsorgevollmacht" (Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz)
(Stand 03/2018)**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden betreffend die bevollmächtigte/n Person/ein die Einzahl verwendet. Im Falle von mehreren vorgenannten bevollmächtigten Personen sind jeweils alle bevollmächtigten Personen gemeint.

Beschreibung der mit den Bereichen in der Vollmacht verbundenen Aufgaben der bevollmächtigten Person/en
Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten/(teil-)stationären Pflege. Sie ist zur Durchsetzung meines in der Patientenverfügung festgelegten Willens verpflichtet.
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren, länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber der bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.
- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie entscheiden
 - über meine freiheitsentziehende Unterbringung
 - über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung
 - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettseitenteile, Medikamente u. ä.) zuhause/in Einrichtungen.
- **Zum Ehegattenvertretungsrecht § 1358 BGB wurde ich informiert.**

Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.
- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen, einen neuen Mietvertrag abschließen sowie meinen Haushalt auflösen.
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.

Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich
 - über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
 - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
 - Verbindlichkeiten eingehen
 - Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (**ACHTUNG:** Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten ist die Vollmacht/Berechtigung auf den Formularen des Finanzinstitutes relevant. Für Immobiliengeschäfte bedarf es einer gesonderten, notariell beglaubigten Vollmacht.)
 - Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

Post- und Fernmeldeverkehr und Social Media-Angelegenheiten (einschl. digitaler Nachlass)

- Sie darf Post entgegennehmen, öffnen und bearbeiten sowie über die Fernmelde- und Social media-Angelegenheiten entscheiden. Sie darf damit zusammenhängende Willenserklärungen (z. B. Kündigungen) abgeben.

Vertretung vor Gericht und Erteilung von Untervollmachten

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen
- Sie darf Untervollmachten erteilen

Betreuungsverfügung

- Falls trotz der vorliegenden Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, möchte ich, dass die benannte Vertrauensperson als Betreuer bestellt wird.

Gelesen und verstanden.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

Seite 2 von 2

Anhang 7

Anhang 7/ E-Mail-Verkehr Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer / Seite 1/2

Von: Zentrales Vorsorgeregister
Gesendet: Montag, 11. Dezember 2023 09:59
An: Edeler Kristina
Betreff: Re: AW: Nachricht vom Kontaktformular [Ticket#101781390]

Sehr geehrte Frau Edeler,
vielen Dank für Ihre Anfrage.

eine Ausweisnummer wird bei der Registrierung nicht verlangt. Eine postalische Erreichbarkeit ist jedoch zwingend notwendig, da nach erfolgter Registrierung der Vorsorgende und sofern angegeben der/die Bevollmächtigte von uns Unterlagen über die Registrierung erhalten.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Team des Zentralen Vorsorgeregisters

--
Bundesnotarkammer K.d.ö.R.
Zentrales Vorsorgeregister
Postfach 08 01 51
10001 Berlin

T. 0800 3 550500
F. +49 30 383866-77

<https://www.vorsorgeregister.de/>

07.12.2023 16:31 - Edeler Kristina schrieb:

Liebes Team,
ich danke Ihnen für die schnelle Rückmeldung!

Dazu habe noch weitere vertiefende Fragen:
Ist eine Postadresse, die eine postalische Erreichbarkeit gewährt, ausreichend?

Und muss die Person zwangsläufig in Besitz eines Ausweisdokumentes sein (wird eine Ausweisnummer o.ä. bei der Registrierung verlangt?)

Viele unserer Klienten und Klientinnen haben weder Ausweis oder Reisepass, einige haben jedoch eine Postanschrift in sozialen Einrichtungen, in denen Unterstützung in den sozialen Belangen angeboten wird, so dass die Klientinnen und Klienten für Krankenkassen, Ämter und Behörden erreichbar sind.
Daher sehe ich besonderes in diesem Fall eine Eintragung in das Register als sinnvoll und hilfreich.

Ich danke Ihnen für eine Rückmeldung!

Herzliche Grüße
Kristina Edeler

Gesendet von [Mail](#) für Windows

Von: [Zentrales Vorsorgeregister](#)
Gesendet: Freitag, 8. Dezember 2023 09:34
An: k.edeler@gmx.de
Betreff: Re: Nachricht vom Kontaktformular [Ticket#101781390]

Sehr geehrte Frau Edeler,

vielen Dank für Ihre E-Mail.

Grundsätzlich kann sich jeder Bürger bei uns registrieren. Folgende Aspekte sind jedoch zu beachten. Der Vorsorgende muss über eine Meldeadresse verfügen. Des Weiteren fallen für jede Registrierung Gebühren an. Eine Freistellung der Gebühren ist nicht möglich und muss von jedem sich registrierenden Bürger beglichen werden.

Im Nachfolgenden finden Sie weitere Informationen zum allgemeinen Procedere.

Das Zentrale Vorsorgeregister ist ein elektronisches Register, in dem die Kenndaten von bereits bestehenden notariellen oder privaten Vorsorgeverfügungen registriert werden können. Die Vorsorgeurkunden selbst werden bei uns nicht hinterlegt, auch nicht in elektronischer Form. Die Registrierung ist nicht konstitutiv, so ersetzt die Registrierung einer Vollmacht nicht die Vollmachtserteilung.

Der schnellste, komfortabelste und kostengünstigste Weg zur Registrierung ist die Registrierung über unsere Homepage <https://www.vorsorgeregister.de/privatpersonen/registrierung>

Sie haben aber auch die Möglichkeit, einen schriftlichen Antrag zur Registrierung zu stellen. Bitte nutzen Sie dafür die angehängten Formulare P und PZ.

Die Registrierung erfolgt für jeden Vorsorgenden gesondert. Jeder Vorsorgende kann bis zu 12 Vertrauenspersonen (Bevollmächtigte oder vorgeschlagene Betreuer) registrieren.

Die Höhe der einmaligen Eintragsgebühr liegt bei 20,50 € bis 26,- € pro Vollmachtgeber bei Registrierung einer Vertrauensperson. Sie richtet sich nach der Art und Weise, wie die Meldung zum Register (online oder Post) und die Abrechnung (Überweisung oder Lastschrift) erfolgen. Auch die Zahl der gemeldeten Vertrauenspersonen ist von Bedeutung. Beispiel-Berechnungen finden Sie auf unserer Internetseite <https://vorsorgeregister.de/privatpersonen/kosten/>

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team des Zentralen Vorsorgeregisters

–

Bundesnotarkammer K.d.ö.R.
Zentrales Vorsorgeregister
Postfach 08 01 51
10001 Berlin

T. 0800 3 550500
F. +49 30 383866-77

<https://www.vorsorgeregister.de/>

07.12.2023 16:31 - no-reply@bnotk.de schrieb:

VornameKristina
NachnameEdeler
Telefonnummer017661241038
E-Mail-Adressek.edeler@gmx.de

Ihre NachrichtSehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
im Rahmen meiner Bachelorarbeit befasse ich mich mit dem Thema Patientenverfügung im Kontext von Obdachlosigkeit.

Dazu möchte ich Sie fragen, ob eine Eintragung in das Bundesnotarregister auch für Menschen ohne Papiere und anderer Nationalitäten durchführbar ist und über niedrighschwellige Einrichtungen wie Arztpraxen für Menschen ohne Krankenversicherung (also über Dritte) erfolgen kann.

Ich danke Ihnen!
Herzliche Grüße
Kristina Edeler

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, Kristina Edeler, geb. am 22.10.1986 in 48683 Ahaus, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer Hilfsmittel angefertigt habe (außer die angegebenen).

Direkt oder indirekt übernommene Gedanken aus fremden Quellen sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde bisher an keiner anderen Stelle in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Berlin, 30.01.2024

K. Edeler