



Bericht

der Landesregierung

Schleswig-Holstein soll Vorreiter in der Palliativmedizin und Hospizversorgung werden

Antrag der Fraktionen der FDP, CDU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Abgeordneten des SSW

Drucksache 16/357

Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren

I. Vorbemerkung

Der Schleswig-Holsteinische Landtag hat in seiner 14. Sitzung am 10. November 2005 den Teil B eines Antrages der Fraktionen der CDU, SPD, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Abgeordneten des SSW angenommen, mit dem die Landesregierung zu einem Bericht „Schleswig-Holstein soll Vorreiter in der Palliativmedizin und Hospizversorgung werden“ aufgefordert wird (Drucksache 16/357 vom 05. November 2005). Der Antrag bezieht sich auf folgende Punkte:

- Forschung und Lehre,
- Aus- und Weiterbildung im Bereich Pflege,
- Rahmenplanung für den Bereich der Palliativmedizin,
- Stand der derzeitigen regionalen Versorgungssituation und
- Unterstützung von ehrenamtlichen Helfern und Angehörigen.

Der Bericht soll dem Schleswig-Holsteinischen Landtag in der 9. Tagung erstattet werden.

Die Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung wird von der Landesregierung bereits seit über zehn Jahren kontinuierlich vorangetrieben und konsequent weiterentwickelt. So wurde bisher schwerpunktmäßig der Aufbau eines flächendeckenden Angebots an palliativmedizinischen Initiativen und Gruppen sowie die Förderung des ehrenamtlichen Engagements in diesem Bereich unterstützt.

Zu den derzeitigen Arbeitsschwerpunkten gehört die Verzahnung des stationären Angebotes mit dem Netz der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung ebenso wie die palliativmedizinische Fortbildung.

II. Ausgangslage

Die Landesregierung hat sich in Zusammenarbeit mit der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft, mit dem Arbeitskreis Palliativmedizin für Schleswig-Holstein und dem Hospizverband Schleswig-Holstein für die Verbreitung und Vertiefung des Fachwissens, aber auch für die Bewusstseinsbildung in allen Bereichen der Palliativ- und Hospizversorgung eingesetzt. Die Palliativstationen sind sozusagen Keimzellen für den Wissenstransfer nach außen, auch zu den Hausärztinnen und –ärzten und den anderen Mitgliedern der therapeutischen Teams.

So wurde vor über 10 Jahren mit dem Katharinen-Hospiz am Park in Flensburg die spezialisierte palliativmedizinische Versorgung der Bevölkerung Schleswig-Holsteins auf den Weg gebracht. Nach damaliger Vorstellung einer Arbeitsgruppe, die aus Vertretern der schleswig-holsteinischen Krankenkassen, der Einrichtung aus Flensburg und dem Gesundheitsministerium bestand, sollten die palliativmedizinischen Einheiten nur in Krankenhäusern der Zentral- und Schwerpunktversorgung vorgehalten werden. Aus wirtschaftlichen Gründen wurde die optimale Größe einer Palliativstation bei 8 bis 12 Betten gesehen.

Außerdem unterstützte die Landesregierung in Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem Hospizverband den Auf- und Ausbau der Hospizbewegung in Schleswig-Holstein seit Jahren mit einem gezielten Förderprogramm.

Ziel der Landesförderung war es in der Vergangenheit, die Hospizarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen zu etablieren, die Hospizbewegung auf eine breite Basis zu stellen und den Aufbau eines flächendeckenden Angebots an ehrenamtlichen Hospizinitiativen und -gruppen zu unterstützen.

Im Übrigen wird zur Situation der Hospizeinrichtungen und der Hospizbewegung in Schleswig-Holstein auf den Bericht über die Förderung der Hospizbewegung und Hospizeinrichtungen in Schleswig-Holstein in der 37. Sitzung des Landtages am 15.09.2003 (LT-Drs. 15/3019) durch die Landesregierung verwiesen.

Inzwischen wurde eine sehr gute Versorgungsstruktur geschaffen, die einen menschlich und fachlich angemessenen Umgang mit Sterbenden und unheilbar kranken Menschen in der Gemeinschaft ermöglicht.

III. Stellungnahmen zu den einzelnen Bereichen

1. Forschung und Lehre

Lehre

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in der novellierten Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) vom 27. Juni 2002 die Palliativmedizin zwar nicht explizit als eigenes Fach festgeschrieben.

Für die mündliche Prüfung im Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ist jedoch ausdrücklich geregelt (§ 28 Abs. 2 Nr. 8), dass der Prüfling fallbezogen zeigen muss „dass er die während des Studiums erworbenen Kenntnisse in der Praxis anzuwenden weiß und über die für den Arzt erforderlichen fächerübergreifenden Grundkenntnisse und über die notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügt. Er hat insbesondere nachzuweisen, dass er die allgemeinen Regeln ärztlichen Verhaltens gegenüber dem Patienten unter Berücksichtigung insbesondere auch ethischer Fragestellungen kennt, sich der Situation entsprechend zu verhalten weiß und zu Hilfe und Betreuung auch bei chronisch und unheilbar Kranken sowie Sterbenden fähig ist.“

Ferner wird ausdrücklich als Prüfungsstoff für den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts die Behandlung von Langzeitkranken, unheilbar Kranken und Sterbenden, Schmerzbehandlung und Palliativmedizin aufgeführt (Anlage 15 zu § 29 Abs. 3 Satz 2 ÄAppO).

Mit Rücksicht darauf binden die Medizinischen Fakultäten an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Universität zu Lübeck die Palliativmedizin in die Lehre für die Studierenden der Humanmedizin wie folgt ein:

Christian-Albrechts Universität

1. In der Pflichtvorlesung Anästhesie ist die Schmerz- und Palliativmedizin Bestandteil des Lehrangebotes.
2. Im Pflichtpraktikum Anästhesie absolviert jeder Student ein Praktikum zur Schmerz- und Palliativmedizin.
3. Im Wahlfach Schmerz wird ebenfalls im Rahmen der Tumorschmerztherapie die Palliativ- und Hospizbehandlung gelehrt.
4. Es gibt ein freiwilliges Seminar zur Kommunikation in der Palliativmedizin.

Universität zu Lübeck

1. Inhalte der Palliativmedizin werden im Fach Anästhesiologie gelehrt, das im 4. Studienjahr in Form eines Blockpraktikums als Pflichtveranstaltung verankert ist. Zusätzlich werden ausgewählte Themen aus der Schmerztherapie im Rahmen von Fallvorstellungen angeboten.
2. Als Wahlfach kann der interdisziplinäre Kurs „Schmerzerkrankungen – Schmerztherapie“ belegt werden. Neben der Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie sind daran u.a. folgende Einrichtungen beteiligt: Institut für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte, Institut für Sozialmedizin, Klinik für Neurochirurgie, Klinik für Orthopädie, Klinik für Strahlentherapie und Nuklearmedizin, Medizinische Klinik I.
3. Innerhalb der Pflichtvorlesung „Allgemeinmedizin“ gibt es pro Semester eine Vorlesungseinheit zum Thema „Sterbebegleitung – Palliativmedizin“.

Forschung

Da die Palliativmedizin ein außerordentlich stark interdisziplinär geprägtes Fach ist, sind auch die Forschungsprojekte nicht immer eindeutig zu zuordnen. Als aktuelle Beispiele für Forschungsprojekte am UK-SH mit einem eindeutig palliativmedizinischen Schwerpunkt seien hier genannt:

1. Versorgungsforschung: Qualität der palliativmedizinischen Versorgung unter ökonomischen Rahmenbedingungen
2. Stellenwert von Antibiotikabehandlung in der Palliativmedizin
3. Pallidok: Multizentrische Datenerhebung zu Therapieverlauf und Outcome der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
4. Arzneimittelstudien

Professur für Palliativmedizin

In Deutschland gibt es derzeit nach Angabe der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Stand: April 2005) drei Lehrstühle für Palliativmedizin (Aachen, Bonn und Köln). An den Medizinischen Fakultäten in Kiel und Lübeck gibt es keine Planungen zur Einrichtung einer Professur für Palliativmedizin.

Am 16. August 2005 hat die Landesregierung eine Reihe von Maßnahmen beschlossen sowohl zum Abbau des Defizits am UK-SH wie auch zur Neustrukturierung

des Angebotes an den Medizinischen Fakultäten. Das Wissenschaftsministerium hat gegenüber den Medizinischen Fakultäten daher erklärt, bis zur Vorlage des zu erstellenden Konzeptes der Einrichtung neuer Professuren nicht zu zustimmen, um die notwendigen Spielräume für einen ggf. notwendigen Abbau von Professuren erhalten zu können. Der Wiederbesetzung von bereits eingerichteten Professuren wird nur im Ausnahmefall zugestimmt.

Unabhängig von der Bedeutung einer Professur „Palliativmedizin“ für die Krankenversorgung ist daher angesichts der begrenzten finanziellen Ressourcen der Fakultäten und der oben geschilderten anstehenden Strukturmaßnahmen in der Hochschulmedizin, die Einrichtung eines Lehrstuhls zum jetzigen Zeitpunkt wenig Erfolg versprechend.

Darüber hinaus ist für die Verankerung eines neuen Forschungsbereiches die Einrichtung und Besetzung einer Professur nicht ausreichend. Um national und international z.B. bei der Einwerbung von Drittmitteln erfolgreich zu sein, bedarf es eines entsprechenden Umfeldes und einer Vernetzung mit anderen Disziplinen. Es müssen entsprechende Forschungsschwerpunkte entwickelt werden. Die Einrichtung eines solchen Forschungsschwerpunktes benötigt jedoch erhebliche finanzielle Mittel, die nicht zur Verfügung stehen.

Es sollte daher zunächst die Umsetzung der bereits vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Palliativmedizin sowohl in der Krankenversorgung wie auch in der Lehre in den Vordergrund gestellt werden.

2. Aus- und Weiterbildung im Bereich Pflege

Im 2004 novellierten Krankenpflegegesetz sind palliative Maßnahmen als Teil des krankenschwägerischen Handlungsspektrums im Ausbildungsziel (§ 3 Krankenpflegegesetz) verankert, und zwar gleichwertig mit präventiven, kurativen und rehabilitativen Aspekten der Pflege. Dieser Aufwertung palliativer Aspekte entspricht auch, dass sie nicht mehr nur im Unterricht thematisiert werden, sondern die Auszubildenden in der praktischen, betrieblichen Ausbildung sowohl im stationären als auch im ambulanten Kontext palliative Pflege erlernen sollen.

Die Sektion Pflege der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat eine Handreichung für den palliativpflegerischen Unterricht erstellt, an der sich die Schulen orientieren.

Für die Krankenpflegeausbildung kann daher die diesbezügliche Empfehlung im Zwischenbericht der Enquete-Kommission zur Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender als bereits umgesetzt betrachtet werden.

Im Altenpflegegesetz und der zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist die umfassende Begleitung Sterbender Ausbildungsziel; die Pflege sterbender und schwerstkranker alter Menschen ist Gegenstand des Unterrichtes. Palliative Pflege wird allerdings nicht ausdrücklich benannt.

Im Bereich der Fortbildung beginnt im Dezember 2005 der 8. Palliative Care Lehrgang für Pflegefachkräfte in Schleswig-Holstein. Der Kurs umfasst 160 Unterrichtsstunden in Anlehnung an das Curriculum der DGP. Diese Lehrgänge werden nach einer Initialförderung durch das MSGF gemeinsam von der schleswig-holsteinischen Krebsgesellschaft und dem Landesverband des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) durchgeführt. Der 9., Ende 2006 beginnende Lehrgang ist bereits ausgebucht. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen aus Palliativstationen, Hospizen, ambulanten Pflegediensten, Krankenhäusern, Heimen und Hospizinitiativen. Die 150 Pflegekräfte, die seit der Einführung durch die Palliative Care Lehrgänge qualifiziert wurden, bilden auf Grund ihrer Herkunft aus allen pflegerischen Versorgungsbereichen ein eigenes Netzwerk, auf das für die Verbesserung von Kooperationsstrukturen wirksam zurückgegriffen werden kann. Für 2006 planen das Norddeutsche Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ) und der DBfK eine Follow-up-Tagung für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der bisherigen Lehrgänge.

Die Palliative Care Lehrgänge bilden ein in sich abgeschlossenes Modul der fachpflegerischen Weiterbildung für Onkologische und Palliative Pflege, die im Verordnungswege geregelt ist. Die Weiterbildung wird in Schleswig-Holstein gegenwärtig nicht angeboten.

Für die palliativpflegerische Qualifizierung entsteht daraus aber kein Defizit, denn die speziellen Palliative Care Lehrgänge als Fortbildung sind – wie die Nachfrage und die Rückmeldungen aus der Praxis beweisen – sehr gut geeignet, Pflegekräfte zum palliativen Denken und Handeln zu befähigen.

3. Rahmenplanung für den Bereich Palliativmedizin

Auf speziellen Stationen in den schleswig-holsteinischen Krankenhäusern wird der palliativmedizinische Grundgedanke vertreten und vorgelebt. Ein weiterer flächendeckender Ausbau stationärer Palliativstationen wird in Abstimmung mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten nach Vorlage nachgewiesener Bedarfszahlen oder/und aber in Abstimmung über mögliche ergänzende Strukturen an bestehenden Krankenhäusern sukzessive erfolgen. Die konzeptionellen Planungen in Schleswig-Holstein konzentrieren sich darauf, den Schwerpunkt der palliativmedizinischen Versorgung inhaltlich und konzeptionell auf die Vernetzung von ambulanten und stationären Einrichtungen sowie auf die Kooperation von hauptamtlich und ehrenamtlich in diesem Bereich Tätigen zu legen.

4. Derzeitige regionale Versorgungssituation

4.1 Quantitative Auflistung von ambulanten und stationären Angeboten

- ambulante Hospizangebote

In Schleswig-Holstein gibt es zurzeit nach Angaben des Hospiz- und Palliativverbandes Schleswig-Holstein e. V. 38 Mitglieder, die in der ambulanten Hospizarbeit tätig sind. Das sind Hospizgruppen, Hospizdienste, Hospizvereine, Hospiz-Initiativen oder Freundeskreise und Fördervereine von Hospizdiensten.

Weitere Hospizgruppen sind in der Gründungsphase bzw. sind nicht Mitglieder im Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein e.V. Außerdem haben einige der Hospizgruppen regionale Untergruppen gebildet.

- Regionale Verteilung der ambulanten Hospizgruppen

Kreis	Zahl	Hospizgruppen
Flensburg	1	
Kiel	3	
Lübeck	1	
Neumünster	1	
Dithmarschen	1	Meldorf
Hzgt. Lauenburg	2	Geesthacht, Ratzeburg
Nordfriesland	4	Husum, Garding, Ladelund, Westerland
Ostholstein	3	Eutin, Burg/ Fehmarn, Neustadt
Pinneberg	4	2 in Wedel, Elmshorn, Uetersen
Plön	4	Preetz, Heikendorf, Plön, Lütjenburg
Rendsburg-Eckernförde	2	Rendsburg, Eckernförde
Schleswig-Flensburg	5	Kappeln, Süderbrarup, Gelting, Schleswig (2)
Segeberg	3	Norderstedt, Bad Segeberg, Henstedt-Ulzburg
Steinburg	1	Itzehoe/Glückstadt
Stormarn	3	Reinbek, Ahrensburg, Bad Oldesloe
Schleswig-Holstein	38	

- Angebote für sterbenskranke Kinder

Für die Betreuung von **Kindern** mit lebensverkürzenden Erkrankungen gibt es einen ambulanten Kinderhospizdienst im Katharinen Hospiz am Park in Flensburg. Dieser ambulante Kinderhospizdienst begleitet sterbenskranke Kinder und ihre Familien und leistet Trauerbegleitung für Eltern und Geschwister über den Tod des Kindes hinaus. Beim ambulanten Kinderhospizdienst ist außerdem eine allgemeine Informations- und Anlaufstelle zum Thema Kind und Tod eingerichtet. Hier werden auch landesweite Schulungen für die Begleitung schwerkranker und trauernder Kinder für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Hospizdiensten durchgeführt. Der ambulante Kinderhospizdienst kooperiert mit dem stationären Kinderhospiz in Hamburg.

Ein weiterer ambulanter Kinderhospizdienst entsteht zurzeit in Segeberg.

- stationäre Hospizangebote

In Schleswig-Holstein gibt es zurzeit 5 stationäre Hospize mit insgesamt 65 Plätzen:

Standort	Plätze	Ausstattung	Personal und Betreuung
Rendsburg, Haus Porsefeld	10	6 Einzelzimmer, 2 Doppelzimmer	14 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. T. Teilzeit) in der Pflege, 45 – 50 Ehrenamtliche

Lübeck, Rickers-Kock-Haus	7	7 Einzelzimmer	10 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. T. Teilzeit) in der Pflege, ca. 25 Ehrenamtliche
Geesthacht, FONTIVA Hospiz	16	16 Einzelzimmer	20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. T. Teilzeit) in der Pflege, ca. 3 Ehrenamtliche (im Aufbau)
Elmshorn, FONTIVA Hospiz	16	16 Einzelzimmer	26 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. T. Teilzeit) in der Pflege, ca. 6 Ehrenamtliche (im Aufbau)
Kiel, Hospiz Kieler Förde	16	16 Einzelzimmer, zurzeit 12 in Betrieb	17 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. T. Teilzeit) in der Pflege, ca. 30 Ehrenamtliche

Planungen zur Errichtung weiterer stationärer Hospize gibt es derzeit in Pinneberg, Preetz und Südtondern.

Die Versorgungsstruktur ist in Schleswig-Holstein mit 23 stationären Hospizbetten je 1 Million Einwohner im Vergleich zum Bundesdurchschnitt gut. Deutschlandweit stehen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes rund 15 stationäre Hospizbetten pro 1 Million Einwohner zur Verfügung. Auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin wurden mindestens 20 stationäre Hospizbetten je 1 Million Einwohner als erforderlich genannt; die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz hat als Ziel 25 Hospizbetten je 1 Million Einwohner formuliert.

- Palliativstationen

Für eine angemessene Versorgung am Lebensende sind in Ergänzung zur ambulanten Hospizbetreuung und der Versorgung Sterbender in Pflegeheimen in begrenztem Umfang neben den stationären Hospizen auch Palliativstationen erforderlich.

Palliativstationen sind spezialisierte Krankenhausbereiche zur stationären Behandlung von Patienten mit fortschreitender und unheilbarer Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung. Ziel der Palliativmedizin ist nicht die Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität des Kranken. Dabei steht die konsequente Schmerztherapie, Symptomkontrolle und psychosoziale Unterstützung des Patienten und seiner Familie im Vordergrund.

In Schleswig-Holstein gibt es vier Palliativstationen mit insgesamt 35 bis 37 Betten an folgenden Kliniken:

- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
 - Klinik für Strahlentherapie -
 - 6 Betten in vier Einzel- und einem Doppelzimmer

Team: 1,3 Ärztinnen/ Ärzte, 9 Krankenpflegekräfte, Physiotherapeutin, Seelsorgerin, Sozialarbeiterin, Kunsttherapeutin und ehrenamtlich Mitarbeitende.

Weitere 6 bis 8 Betten stehen seit März 2005 im Zentrum für Schmerz- und Palliativtherapie für Palliativpatienten zur Verfügung.

- Friedrich-Ebert-Krankenhaus in Neumünster
5 Betten in drei Einzel- und einem Doppelzimmer
Team: Stationsärztin/ Stationsarzt, 9 Krankenschwestern, Seelsorgerin/ Seelsorger, Physiotherapeutin/ Physiotherapeut, Sozialarbeiterin/ Sozialarbeiter und ehrenamtlich Mitarbeitende.
- St. Elisabeth-Krankenhaus in Eutin
12 Betten in vier Einzel- und 4 Doppelzimmern
Team: 2 Ärztinnen/ Ärzte, 18 Pflege-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie ehrenamtlich Mitarbeitende
- Katharinen-Hospiz am Park in Flensburg
6 Betten in Einzelzimmern
Team: 1,5 Ärztinnen/ Ärzte, 15 Pflegefachkräfte (z.T. Teilzeit), Seelsorgerin/ Seelsorger, Physiotherapeutin/ Physiotherapeut, Sozialarbeiterin/ Sozialarbeiter und ehrenamtlich Mitarbeitende.

Darüber hinaus ist bekannt, dass ca. 4 Betten in Hamburger Krankenhäusern (AK Barmbek und Asklepios Westklinikum Rissen) regelmäßig von Bürgerinnen und Bürgern aus Schleswig-Holstein genutzt werden.

- ambulante palliativmedizinische Versorgung

Bei der Weiterentwicklung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung soll die zentrale Rolle der Hausärztinnen und -ärzte weiter gefestigt werden. Die bisherigen Qualifizierungsangebote werden ab 2006 erweitert um die ärztliche Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin. Sie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Behandlung und Begleitung von Patientinnen und Patient mit einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung mit dem Ziel, unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen und sicherzustellen.

Sowohl bei der ärztlichen Zusatz-Weiterbildung als auch bei der Weiterentwicklung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung werden von den bestehenden Palliativstationen im Sinne von Kompetenzzentren wichtige Impulse ausgehen.

4.2 Verzahnung von ambulanten und stationären Einrichtungen

Hilfreich bei der Verzahnung von ambulanten und stationären Einrichtungen ist, dass in Schleswig-Holstein das Neben- und frühere Gegeneinander von Hospizbewegung und Palliativversorgung durch den Zusammenschluss des Arbeitskreises Palliativmedizin für Schleswig-Holstein mit dem Hospizverband zum Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein e.V. aufgehoben ist.

Dieses in der Bundesrepublik einzigartige Zusammengehen bereitet den Boden für wirksame Kooperation zwischen Hospizen und Palliativstationen einerseits, zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor andererseits. Das Engagement und die Kompetenz von Haupt- und Ehrenamtlichen, von Laien und Professionellen sind im Verband bereits gebündelt. Daran kann bei der Weiterentwicklung integrativer Versorgungsstrukturen angeknüpft werden.

Außerdem wirken sich – wie oben angeführt – in Bezug auf die Verzahnung der palliativpflegerischen Versorgung die Palliative Care Lehrgänge positiv aus. So hat z.B. das Diakonische Werk als Träger von Heimen, ambulanten Pflegediensten und eines stationären Hospizes in Rendsburg mehrmals Pflegekräfte aus den verschiedenen Sektoren in einen gemeinsamen Lehrgang entsandt. Dadurch wird die Kooperation zwischen den Diensten verbessert und die Kontinuität der pflegerischen Versorgung bei Verlegung der Patientinnen und Patienten gewahrt. Ähnlich wurde in Eutin verfahren mit Krankenschwestern von der Palliativstation einerseits, eines ambulanten Pflegedienstes andererseits, der auf die ambulante Palliativpflege spezialisiert ist.

Auf der lokalen Ebene finden sich viel versprechende Ansätze wirksamer Kooperation zwischen Hospizinitiative, Palliativstation, stationärem Hospiz, ambulanten Pflegediensten und Hausärzten.

Am Katharinen-Hospiz in Flensburg gibt es Anfänge eines ersten Palliative Care Teams. Dabei beraten zwei teilzeitbeschäftigte Krankenschwestern mit Palliative Care Zusatzausbildung, eine Sozialpädagogin und der ärztliche Leiter der Palliativstation ambulante Dienste, Heime und Hausärzte bei der Betreuung, Pflege und Therapie von Palliativpatientinnen und –patienten. Die Finanzierung der Pflege- und der Sozialarbeiterstelle erfolgt gemäß § 39 a SGB V, d.h. durch die Krankenkassen. Dadurch gehört es auch zu den Aufgaben der Krankenschwestern und der Sozialpädagogin, die Arbeit der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hospizinitiative zu koordinieren und sie in die Arbeit der Professionellen in Heimen und Pflegediensten einzubinden. Außerdem sind die Krankenschwestern für die Pflegeüberleitung von der Palliativstation in die eigene Häuslichkeit zuständig. Die Beratungszeit des ärztlichen Leiters der Palliativstation wird aus Spenden finanziert. In Flensburg bewährt sich, dass das Palliative Care Team nicht selbst pflegt, therapiert und begleitet, sondern den vorhandenen Diensten, aber auch ehrenamtlichen Begleitern sowie Angehörigen beratend und koordinierend zur Seite steht.

Diese Beispiele zeigen, wie die Weiterentwicklung der palliativmedizinischen Pflege und Therapie im Hinblick auf die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ erfolgen kann. Sie zeigen aber auch, dass bei dieser Weiterentwicklung die Besonderheiten vor Ort zu berücksichtigen sind. Ein zu erarbeitendes Rahmenkonzept wird daher unbedingt Raum lassen müssen für angepasste, lokale Lösungen und wird an bestehende Strukturen, die sich bewährt haben, anknüpfen.

4.3 Fachpersonelle Ausgestaltung

Neben den bereits dargestellten Ergebnissen der Palliative Care Lehrgänge für Pflegende hat die Ärztekammer zusammen mit dem Arbeitskreis Palliativmedizin im Vorgriff auf die neue Zusatz-Weiterbildung bisher vier Basiskurse in Palliativmedizin durchgeführt. Daran nahmen insgesamt ca. 90 niedergelassene und in Krankenhäu-

sern tätige Ärztinnen und Ärzte teil. Der Basiskurs umfasst 40 Stunden nach einem von der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin entwickelten Konzept. Ab 2006 ist der Basiskurs Bestandteil der ärztlichen Zusatz-Weiterbildung.

In den vergangenen 5 Jahren haben sich somit ca. 150 Pflegefachkräfte und ca. 90 Ärztinnen und Ärzte in palliativmedizinischer Hinsicht fortgebildet. Sie bilden zusammen mit den Palliativstationen die tragfähige Basis, auf der sich die Weiterentwicklung der Palliativversorgung vollziehen kann. Von ihnen kann auch erwartet werden, dass palliatives Denken und Handeln auch außerhalb der spezialisierten Einrichtungen Verbreitung findet.

4.4 Finanzierung der Angebote durch die Krankenkassen und andere Kostenträger

- ambulante Hospizdienste (ehrenamtliche Arbeit)

Ambulante Hospizdienste, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt oder Familie erbringen, haben gemäß § 39 a Abs. 2 SGB V Anspruch auf Förderung durch die Krankenkasse. Voraussetzung für eine Förderung ist außerdem, dass die ambulanten Hospizdienste mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeiten und unter ständiger fachlicher Verantwortung einer entsprechend ausgebildeten, fest angestellten Fachkraft stehen.

Einzelheiten zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen mit den Bundesverbänden der freien Wohlfahrtspflege und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz in einer Rahmenvereinbarung vom 3.09.2002 geregelt. Danach ist Voraussetzung für eine Förderung auch, dass der ambulante Hospizdienst seit einem Jahr besteht und mindestens 15 qualifizierte, einsatzbereite ehrenamtliche Personen einsetzen kann.

Nach den Regelungen in der Rahmenvereinbarung fördern die Krankenkassen mit einem Zuschuss die Personalkosten der Fachkraft sowie die Kosten, die den ambulanten Hospizdiensten für externe Schulungen der ehrenamtlichen Personen entstehen. Der Förderbetrag wird auf der Grundlage von Leistungseinheiten unter Zugrundelegung der Anzahl der einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen und der Sterbebegleitungen ermittelt.

Die Höhe der Gesamtförderung durch die Krankenkassen sowie deren jährliche Anpassung ist ebenfalls in § 39 a Abs. 2 SGB V geregelt. Für das Jahr 2005 sollen die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung 0,30 EUR für jeden ihrer Versicherten umfassen, das sind für Schleswig-Holstein 713.800,- EUR. In 2005 haben 11 ambulante Hospizdienste in Schleswig-Holstein Fördermittel der Krankenkassen in Höhe von insgesamt rd. 443.400,00 EUR erhalten. Damit wird das gesetzlich vorgesehene Fördervolumen zu 62 % ausgeschöpft.

Das MSGF weist die ambulanten Hospizgruppen im Rahmen der eigenen Fördertätigkeit gezielt auf die Möglichkeit einer Förderung durch die Krankenkassen hin. Die AOK Schleswig-Holstein – Die Gesundheitskasse –, die für Schleswig-Holstein die Federführung für das Antragsverfahren hat, bietet ebenfalls, ggf. auch vor Ort, Beratung über Fördermöglichkeiten und -voraussetzungen an.

- stationäre Hospize

Für die stationären Hospize in Schleswig-Holstein werden einrichtungsbezogene Tagesbedarfssätze mit den Krankenkassen bzw. den Pflegekassen vereinbart.

Versicherte haben nach § 39 a Abs. 1 SGB V einen Anspruch auf einen Zuschuss aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen. Im SGB V ist die Mindesthöhe dieses Zuschusses (zurzeit 144,90 € täglich) und die Nachrangigkeit gegenüber Leistungen anderer Sozialleistungsträger festgelegt. Näheres über Art und Umfang der Versorgung ist in der Rahmenvereinbarung zu § 39 a Abs. 1 SGB V vereinbart. Zuschussfähig sind danach 90 % des vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes. 10 % der Kosten müssen vom Hospiz selbst aufgebracht werden.

Die entsprechend der Aufenthaltsdauer ermittelten Kosten für den Hospizaufenthalt werden aus den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (Kurzzeitpflege § 42 SGB XI und vollstationäre Pflege §43 SGB XI) und dem Zuschuss aus der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 39a Abs. 1 SGB V) bis zur Höhe von 90 % finanziert. Wegen der in der Regel kurzen Verweildauer ergibt sich durch den Krankenkassenzuschuss in den meisten Fällen kein Eigenanteil für den Patienten.

- stationäre Palliativstationen

Die Abrechnung erfolgt nach § 39 SGB V. Dort wird die Finanzierung der stationären Krankenhausbehandlung aller einzelnen Abteilungen eines Krankenhauses geregelt. Die Abrechnung erfolgt –wie andere Krankenhausleistungen auch- auf der Grundlage von Diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG). Seit 2005 gibt es im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) die Möglichkeit, „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ zu verschlüsseln; eine spezielle abrechenbare DRG dafür gibt es aber (noch) nicht.

- ambulante Palliativdienste

Ambulante Palliativpflege ist zumeist Krankenhausvermeidungspflege im Sinne des § 37 Abs. 1 des SGB V. Sie wird von den Krankenkassen entweder als Einzelleistung entsprechend der Richtlinien für Häusliche Krankenpflege oder in begründeten Einzelfällen als Pauschalvergütung bis zum maximalen Stundensatz von 45 € honoriert. Falls eine Einstufung nach dem Pflegeversicherungsgesetz vorliegt, werden die daraus resultierenden Pflegeleistungen ergänzt durch ärztlich verordnete Behandlungspflege nach SGB V. Problematisch für die Pflegedienste ist dabei, dass in jedem Einzelfall detaillierte Nachweise und Begründungen und sehr aufwändige Verhandlungen mit den jeweiligen Kranken- und Pflegekassen erforderlich sind. Dies gilt

auch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, bei denen durch die Behandlung von Palliativpatientinnen und -patienten budgetäre Grenzen erreicht werden.

Das BMG hat im Zusammenhang mit der Etablierung von Palliativ-Care-Teams angekündigt, die für die Palliativversorgung relevanten gesetzlichen Regelungen im SGB V zu überarbeiten.

5. Unterstützung von ehrenamtlichen Helfern und Angehörigen

Hospizarbeit beruht auf einem umfassenden ganzheitlichen Konzept. Ziel ist

- Sterbende nicht allein zu lassen in ihrem letzten Lebensabschnitt,
- ihnen Geborgenheit und Fürsorge in möglichst vertrauter Umgebung zu vermitteln
- Schmerzen zu lindern und damit
- Sterbenden auch zu ermöglichen, sich in der letzten Phase mit Fragen des Lebens und Sterbens bewusst auseinander zu setzen.

Hospizarbeit bietet Unterstützung, Begleitung und Kompetenz, um die Lebensqualität für sterbensranke Menschen und auch deren Angehörige zu verbessern. Teilweise gehören zur Hospizarbeit auch Angebote zur Trauerbegleitung.

Die Hospizbewegung und der Hospizgedanke werden wesentlich von ehrenamtlichem Engagement getragen. In Schleswig-Holstein sind schätzungsweise 700 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv in der Hospizarbeit tätig. Sie bieten individuelle, psychosoziale Unterstützung, um Kranken das Sterben in gewohnter Umgebung zu ermöglichen sowie deren Angehörige und Freunde zu entlasten.

Die Ausstattung, Organisationsformen und Arbeitsweisen der Initiativen, Gruppen und Vereine sind sehr unterschiedlich. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz hat gemeinsam mit den Landesarbeitsgemeinschaften (in Schleswig-Holstein der ehemalige Hospizverband Schleswig-Holstein e. V.) Definitionen und Qualitätskriterien erarbeitet, die bei aller Vielfalt eine qualitätsgesicherte ambulante Versorgung und Begleitung Sterbenskranker gewährleisten sollen. Dementsprechend reicht die Bandbreite der Hospizgruppen in Schleswig-Holstein von weit strukturierten und organisierten ambulanten Hospizdiensten mit eigener hauptamtlicher Koordinationskraft und Vernetzung zu Ärzten, ambulanten Pflegediensten und stationären Einrichtungen sowie eigenen Aus- und Fortbildungsangeboten bis hin zu Gruppierungen, denen es allein um qualifizierte Begleitung Sterbender in ihrer häuslichen Umgebung und um die Verbreitung des hospizlichen Gedankens in ihrem Umfeld geht.

Einige der Hospizvereine decken eine große Fläche ab, haben Untergruppen, die regional tätig sind und eigene Treffen haben (z.B. Meldorf, Neumünster). Die Anbindung bzw. Trägerschaft ist heterogen. Sehr viele Gruppen sind in Verbindung mit Kirchengemeinden oder Kirchenkreisen entstanden, einige Vereine sind eigenständig oder mit überregionalen Gruppierungen verbunden.

Die Vernetzung der Hospizgruppen untereinander wurde vom Hospizverband als gut eingeschätzt. Es finden gegenseitige Beratungen statt, Empfehlungen von Referen-

tinnen und Referenten für Vorträge oder Fortbildung werden ausgetauscht und Gruppen in der Gründungsphase unterstützt.

Das Land fördert unter Beachtung des auch im Hospizbereich geltenden Grundsatzes „ambulant vor stationär“ mit seinem Förderkonzept die ambulante Hospizarbeit und hier insbesondere die Qualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Förderfähig sind Maßnahmen und Projekte der ambulanten Hospizgruppen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie zur Supervision der in der ambulanten Hospizarbeit ehrenamtlich Engagierten. Mit Landesmitteln gefördert werden dabei sowohl von den Hospizinitiativen selbst organisierte und durchgeführte Schulungen als auch Teilnehmerkosten für externe Schulungen. Supervisionsmaßnahmen dienen einer professionellen Begleitung der Ehrenamtlichen sowie der Reflektion ihrer Arbeit und sind unerlässlich, um die persönliche Belastung bei der Sterbebegleitung zu verringern. Um den Hospizgedanken in der Gesellschaft bekannt zu machen und neue Unterstützungspotentiale für die Hospizbewegung zu erschließen, werden außerdem übergreifende Fachveranstaltungen sowie Projekte zur Öffentlichkeitsarbeit gefördert.

Für die Förderung der ambulanten Hospizarbeit wurden im Landeshaushalt 2004/2005 im Rahmen der Förderung von ergänzenden Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung jährlich 30.000 EUR bereitgestellt. 2004 wurden 15 Zuwendungsempfänger mit insgesamt rd. 29.000 EUR gefördert, in 2005 14 Zuwendungsempfänger mit rd. 22.000 EUR.

Im Haushalt 2006 sind ebenfalls 30.000 EUR für die Förderung der ambulanten Hospizarbeit eingeplant. Als besonderes Projekt werden vom 25. bis 27. Mai 2006 die 8. Nordischen Hospiz- und Palliativtage in Sankelmark stattfinden. Die Hospiz- und Palliativtage werden alle zwei Jahre vom Diakonischen Werk organisiert und aus Landesmitteln gefördert (2004 mit 7.000 EUR). Die internationale Fachtagung wird sich mit dem Thema „Kindheit und Tod“ befassen und Vorträge, Podiumsdiskussionen und Arbeitsgruppen beispielsweise zu „Erfahrungen mit Kinderhospizen“, „Kinder sterben“ und „Kinder trauern“ anbieten.

- Förderung weiterer Angebote

Der Handlungsbedarf bei der Vernetzung und Verzahnung von ambulanten und stationären Einrichtungen und der Kooperation von hauptamtlich und ehrenamtlich Tätigen für eine Verbesserung der hospizlichen Versorgung wurde in Schleswig-Holstein schon früh gesehen. Das Sozialministerium hat dazu bereits im Zeitraum 2001 bis 2003 das Modellprojekt „Hospizliche Arbeit in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen“ in Kiel gefördert.

Ziel des Projektes war es, den hospizlichen Gedanken in vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser zu transportieren durch

- Entwicklung eines bewussteren Umgangs mit Sterbenden, Angehörigen und Mitbewohnern ,
- Herstellung eines Konsens über eine menschenwürdige Kultur des Sterbens,

- Begreifens des übergreifenden, ganzheitlichen Ansatzes des hospizlichen Arbeitens als Teil der Weiterentwicklung der Pflegequalität in Pflegeheimen und Krankenhäusern sowie
- Implementierung des hospizlichen Arbeitens soweit wie möglich in die Alltagsstruktur der Einrichtungen.

- Empfehlungen der Enquete-Kommission

Die Enquete-Kommission des Bundestages hat in ihrem kürzlich vorgelegten Zwischenbericht zur Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland erklärt, dass eine der großen Herausforderungen der nächsten Jahre sein wird, Palliativmedizin und Hospizwesen in Alten- und Pflegeeinrichtungen zu integrieren.

Das Sozialministerium wird den Bericht der Enquete-Kommission u. a. zum Anlass nehmen, die Erfahrungen und Ergebnisse aus dem o. a. Modellprojekt nochmals in einem Informationsblatt zusammen zu fassen und damit allen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zugänglich zu machen. Damit kann ein Anstoß gegeben werden, dass Einrichtungen dieses sensible Thema neu diskutieren, ihre eigenen Standards aus einem anderen Blickwinkel überprüfen und weiterentwickeln sowie eine Zusammenarbeit mit Hospizgruppen initiieren.

Die Empfehlungen der Enquete-Kommission betreffen auch noch eine Vielzahl struktureller Verbesserungen und Neuerungen, aber auch ein gesellschaftliches Umdenken insgesamt.

Besondere Dringlichkeit haben dabei die Stärkung der Sterbebegleitung und der angemessenen Palliativversorgung im häuslichen Bereich. Hierzu gehört die Einführung der Möglichkeit einer Freistellung von Angehörigen zur Sterbebegleitung, die Verbesserung der ambulanten Pflege am Lebensende, die Vernetzung der vorhandenen Strukturen und der geregelte Wissenstransfer der Fachkräfte der Palliativpflege und der Palliativmedizin in das Netz der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung durch die flächendeckende Einführung von „Palliativ - Care -Teams“.

Als wesentliche Grundlage dieser Empfehlung sieht die Enquete-Kommission eine gesetzliche Absicherung des Anspruchs des einzelnen Patienten auf eine bedarfsgerechte Palliativversorgung und die Weiterentwicklung der bestehenden leistungrechtlichen Voraussetzungen im Sinne einer angemessenen Leistungserbringung.

6. Bundesratsinitiative Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten

Patientenverfügung

Als „Patientenverfügung“ bezeichnet man eine Willenserklärung, die eine entscheidungsfähige Person vorsorglich für eine Situation trifft, in der eine Entscheidung über eine medizinische Maßnahme notwendig, die Person selbst aber nicht mehr entscheidungsfähig ist. Die Person kann mit ihr verfügen, welche Maßnahmen in bestimmten Situationen zu ergreifen oder zu unterlassen sind. Hierunter fallen auch Anweisungen, lebenserhaltende Maßnahmen nicht weiterzuführen oder eine medizi-

nisch angezeigte Behandlung nicht durchzuführen. Die Person kann auch lediglich Gesichtspunkte benennen, die andere (z.B. Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige, gesetzliche Vertreter, Bevollmächtigte) bei der Ermittlung ihres mutmaßlichen Willens berücksichtigen sollen.

Bislang sind die mit einer „Patientenverfügung“ zusammenhängenden Fragen (Verbindlichkeit; Erfordernis der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen) gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Der Bundesgerichtshof hat hierfür im Rahmen der Entscheidung eines Einzelfalles in seinem Beschluss vom 17.3.2003 (XII ZB 2/03) zwar Grundsätze aufgestellt, gleichzeitig aber eine gesetzliche Regelung angemahnt.

Aufgrund dieser Entscheidung des Bundesgerichtshofes bildete das Bundesjustizministerium im September 2003 die interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“, die u.a. den Auftrag hatte, Vorschläge zum Umgang mit Patientenverfügungen zu unterbreiten. Die Arbeitsgruppe legte am 10.6.2004 ihren Bericht vor, der neben Textbausteinen für schriftliche Patientenverfügungen (vgl. hierzu die auf dieser Grundlage vom Bundesministerium der Justiz herausgegebene Informationsbroschüre „Patientenverfügung“) auch Empfehlungen an den Gesetzgeber zur Änderung des Betreuungsrechts wie auch des Strafrechts enthielt.

Gesetzgeberischer Regelungsbedarf für die „Patientenverfügung“ wurde auch von der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des deutschen Bundestages gesehen, die zu diesem Thema am 13.9.2004 einen Zwischenbericht vorlegte (BT-Drucksache 15/3700). Inhaltlich kam die Enquete-Kommission aber teilweise zu anderen Ergebnissen als die oben erwähnte interdisziplinäre Arbeitsgruppe.

Das Bundesministerium der Justiz legte auf Grundlage des Berichtes der interdisziplinären Arbeitsgruppe im November 2004 einen Referentenentwurf (Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts) vor. Dieser beschränkte sich auf eine Verankerung der „Patientenverfügung“ im Betreuungsrecht und sah keine begleitenden Ergänzungen im Strafrecht (§ 216 StGB – Tötung auf Verlangen) vor. Das Bundesjustizministerium zog diesen Entwurf im Februar 2005 zurück, nachdem sich verschiedene Abgeordnete, insbesondere die Mitglieder der Enquete-Kommission, inhaltlich gegen einzelne Grundsatzentscheidungen des Entwurfs ausgesprochen hatten (vgl. hierzu z.B. BT-Plenarprotokolle 15/163 S. 15245D-1565A). Dadurch sollte eine „ergebnisoffene Diskussion“ unter allen Parteien im Bundestag ohne Zeitdruck und „ohne Fraktionszwang“ ermöglicht werden. Ziel war die Vorlage eines überarbeiteten, interfraktionellen Entwurfs aus dem Bundestag heraus. Dieser wurde im Hinblick auf die vorgezogenen Neuwahlen in der 15. Legislaturperiode nicht mehr vorgelegt.

Das Vorhaben zur gesetzlichen Regelung der „Patientenverfügung“ wird in der jetzt begonnenen 16. Legislaturperiode fortgeführt werden. Über die Notwendigkeit einer alsbaldigen gesetzlichen Verankerung der „Patientenverfügung“ besteht auf Bundesebene Einvernehmen, weshalb dieses Vorhaben ausdrücklich in den Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD v. 11.11.2005 aufgenommen wurde.

Dort heißt es hierzu auf Seite 86 unter Randnummer 4219-4225:

„Patientenrechte

Den begonnenen Weg zu einer stärkeren Patientenpartizipation setzen wir mit dem Ziel fort, die Informations- und Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten auszubauen und die Transparenz zu erhöhen. Die Rechtssicherheit von Patientenverfügungen wird gestärkt.“

Ergänzt wird dies durch die Ausführungen auf S. 123 unter Randnummer 6030-6032 des Koalitionsvertrages:

„Die Koalitionspartner schlagen vor, in der neuen Legislaturperiode die Diskussion über eine gesetzliche Absicherung der Patientenverfügung fortzuführen und abzuschließen.“

Auch die Herbstkonferenz der Justizministerinnen und Justizminister am 17.11.2005 in Berlin hat sich für eine baldige Fortführung der Arbeiten an einer gesetzlichen Regelung der „Patientenverfügung“ ausgesprochen und hierzu folgenden Beschluss gefasst:

„Die Justizministerinnen und Justizminister bitten die Bundesministerin der Justiz, in der neuen Legislaturperiode einen Gesetzentwurf vorzulegen, der Rechtssicherheit bei der medizinischen Betreuung am Ende des Lebens gewährleistet und dabei insbesondere dem Institut der Patientenverfügung einen hohen Rang einräumt.“

Es besteht allgemeiner Konsens darüber, dass die „Patientenverfügung“ gesetzlich geregelt werden muss, um endlich für alle Betroffenen (Patienten, Ärzte, Betreuer, Bevollmächtigte) Rechtssicherheit in diesem wichtigen Bereich des Lebens zu schaffen. Die inhaltliche Ausgestaltung ist, beginnend bereits bei dem richtigen Standort der Regelungen (im Betreuungsrecht, Ergänzung des Arztvertrages im Bürgerlichen Gesetzbuch oder Schaffung eines eigenständigen Regelungswerkes), aber auch in vielen Grundsatzfragen, weiterhin umstritten. Ziel muss ein Konsens auf möglichst breiter Basis sein, da es um ethische Grundsatzentscheidungen mit weitreichenden Folgen im Einzelfall geht. Von einer isolierten Bundesratsinitiative sollte deshalb zum jetzigen Zeitpunkt abgesehen werden. Erst wenn sich abzeichnen sollte, dass die Arbeiten an der gesetzlichen Verankerung der Patientenverfügung auf Bundesebene nicht zeitnah begonnen werden, sollte über eine Vorlage im Bundesrat hier der Notwendigkeit einer baldigen Regelung Ausdruck verliehen werden.

Ein ausgearbeiteter Gesetzentwurf bedürfte angesichts der sehr umstrittenen inhaltlichen Einzelfragen auch auf Länderebene erheblicher Vorarbeiten, für die möglicherweise auch die Bildung einer länderübergreifenden Facharbeitsgruppe erforderlich sein wird.

Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht können Betroffene für den Fall, dass sie aufgrund von Alter, Krankheit oder Unfall nicht mehr in der Lage sein sollten, ihre Angelegenheiten selbst wahrzunehmen, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen für sie zu treffen. Soweit eine solche Vollmacht vorliegt, ist nach § 1896 Abs.2 BGB die Bestellung einer Betreuerin bzw. eines Betreuers nicht erforderlich.

Bei der Vorsorgevollmacht handelt es sich um eine Vollmacht nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches, d.h. um die rechtsgeschäftliche Erteilung von Vertretungsmacht. Ihr Charakteristikum erhält die Vollmacht erst durch die Tatsache, dass mit ihr für einen bestimmten Fall „Vorsorge“ getroffen werden soll, insbesondere um die Einrichtung einer Betreuung überflüssig zu machen (vgl. hierzu die Informationsbroschüre „Betreuungsrecht – Mit ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht“; gemeinsam herausgegeben von dem Ministerium für Soziales,

Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren und dem Ministerium für Justiz, Arbeit und Europa des Landes Schleswig-Holstein).

Der Anwendungsbereich der Vorsorgevollmacht wird durch die Vollmachtsgeber bestimmt. Sie entscheiden, in welchen Bereichen die bevollmächtigte Person sie später vertreten soll. Die Vertretung kann sich dabei auf einzelne Lebensbereiche (z.B. Vertretung gegenüber Behörden, Vermögenssorge) beschränken, sie kann aber auch weitgehend die Vertretung für die Gesundheitsfürsorge oder bei Pflegebedürftigkeit umfassen. Sie kann dabei kombiniert werden mit einer „Patientenverfügung“ und hierfür konkrete Anweisungen für die bevollmächtigte Person enthalten bzw. der bevollmächtigten Person hier einen weitreichenden Handlungsspielraum übertragen. Die gesetzlichen Vorschriften zur Vollmacht im Allgemeinen und zum möglichen Anwendungsbereich der Vollmacht im Bereich des Betreuungsrechts bilden bereits jetzt eine hinreichende Rechtsgrundlage für die Vorsorgevollmacht. Ergänzend wurde im Jahre 2004 mit § 78a Bundesnotarordnung die rechtliche Grundlage für die Einrichtung eines Vorsorgeregisters bei der Bundesnotarkammer geschaffen, in dem zum jetzigen Zeitpunkt bereits ca. 450.000 Vorsorgevollmachten registriert sind. Mit dem 2. Betreuungsrechtsänderungsgesetz wurde per 1.7.2005 ausdrücklich in § 1908f BGB geregelt, dass die Betreuungsvereine im Einzelfall Personen bei der Errichtung einer Vorsorgevollmacht beraten können. Außerdem wurde in § 1901a S.2 BGB normiert, dass der Besitzer einer Vorsorgevollmacht das Vormundschaftsgericht hierüber zu unterrichten hat.

Unsicherheiten hinsichtlich der Reichweite einer Vorsorgevollmacht bestehen nur insoweit, als durch sie die bevollmächtigte Person auch zu Entscheidungen der Gesundheitsfürsorge ermächtigt wird, die den Bereich der „Patientenverfügung“ betreffen. Diese Fragen sind im Rahmen der gesetzlichen Verankerung der Patientenverfügung mitzuregeln. Der vom Bundesministerium der Justiz 2004 vorgelegte Gesetzesentwurf sah hierfür bereits spezielle Regelungen vor.