

? WAS IST EINE PATIENTENVERFÜGUNG?



Sie regelt schriftlich, was gemacht werden soll, wenn ich meinen Willen nicht mehr (wirksam) erklären kann. Sie bezieht sich inhaltlich auf medizinische Maßnahmen und steht meist in Zusammenhang mit einer Verweigerung lebensverlängernder Eingriffe.

§ RECHTSGRUNDLAGE

Kein Bundesbürger muss mehr befürchten, ohne Bewusstsein gegen seinen erklärten Willen künstlich ernährt und am Leben gehalten zu werden. Nach jahrelanger Debatte verabschiedete der Bundestag am 18. Juni 2009 ein Gesetz, wonach der schriftlich niedergelegte Wille des

Betroffenen unbedingt zu achten ist. Das Gesetz schafft Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte. Die Fassung des Gesetzes ist abrufbar auf der Internetseite www.gesetze-im-internet.de unter „Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), Buch 4, Abschnitt 3, Titel 2 ‚Rechtliche Betreuung‘ – § 1901a.“

! VORÜBERLEGUNGEN

Es empfiehlt sich, zunächst darüber nachzudenken, was mir im Zusammenhang mit Krankheit, Leiden und Sterben wichtig ist. Wovor habe ich Angst, was erhoffe ich mir? Es ist nicht leicht, sich mit solch existenziellen Fragen zu beschäftigen. Viele verdrängen sie lieber und denken, dass irgendwann später darüber nachgedacht werden kann. Aber das kann zu spät sein. Zur Hilfestellung für diesen Denkprozess sind „Gedankenanstöße über Leben und Sterben“ beigefügt. Diese sollten in aller Ruhe bedacht werden. Sie können auch als Grundlage für ein Gespräch mit Angehörigen oder einer Person des Vertrauens (z. B. Pastor oder Mitarbeiter der Einrichtung Vorsorge & Treuhanddienste der Freikirche der Siebenten-Tags-Adventisten) bzw. mit dem Hausarzt dienen. Im Internet findet man eine Vielzahl an Mustern und Formularen für

Patientenverfügungen. Das kann verunsichern. Welches Muster sollte ich verwenden? Ist ein Muster überhaupt sinnvoll? Da die Wertvorstellungen und Glaubensüberzeugungen der Bürger im Land sehr vielfältig sind, ergeben sich daraus auch sehr individuelle Entscheidungen. Deshalb kann es kein einheitliches Muster geben, das für alle möglich wäre und nur unterschrieben werden müsste. Auch die beigefügten Formblätter einer Patientenverfügung sind nur Vorschläge. Sie können durch die nachfolgende Seite „Meine Wertvorstellungen“ ergänzt werden. Das Originalformular meiner Patientenverfügung sollte an einem Ort aufbewahrt werden, den Angehörige kennen. Eine Kopie sollte möglichst allen Angehörigen bzw. Personen des Vertrauens zugestellt werden.

! WICHTIG:

„Dem behandelnden Arzt muss ersichtlich sein, dass der Patient sich mit diesem Themenkreis auseinandergesetzt hat. Es muss seine persönliche Überzeugung und Entscheidung sein.“ Dr. G. Nietzsche, Vorsitzender der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover

Eine Patientenverfügung muss immer mit einer Vorsorgevollmacht kombiniert werden – sonst entscheidet ein gerichtlich bestellter Betreuer.

ÜBER LEBEN UND STERBEN

Zu einem verantwortlichen Leben gehören auch das Bedenken des Todes und die Annahme der eigenen Sterblichkeit.

Wir stellen uns Fragen, auf die wir persönlich und auch im Gespräch mit anderen eine Antwort finden wollen.

1. Wieso ist mir die Frage nach den Grenzen meines Lebens gerade jetzt wichtig geworden?

2. Was würde ich als hilfreich empfinden, wenn ich mich einer schweren Krankheit, einem Leiden oder einer großen Hilflosigkeit ausgesetzt sehe?

3. Ab wann würde ich mein Leben nicht mehr als lebenswert empfinden?

4. Welche Gedanken machen mir im Blick auf mein Lebensende Angst?

5. Welche Dinge hätte ich vor meinem Lebensende gerne geklärt?

6. Würde ich es wünschen, dass man auch in einem akuten Ernstfall (unumkehrbarer Sterbeprozess) offen mit mir darüber spricht?

7. Wen hätte ich gerne in meiner Nähe, wenn es mit meinem Leben zu Ende geht?

8. Wie wichtig ist für mich die Frage nach dem Sinn des Lebens und was danach kommt?

9. Mit wem möchte ich gern über all diese Fragen sprechen?



Patientenverfügung

Ich,	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	

verfasse hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, folgende Patientenverfügung.

Ich treffe die nachfolgenden Bestimmungen für folgende Situationen:

1. Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
Ja Nein
2. Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
Ja Nein
3. Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen/Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. (Mindestens einer dieser zwei Ärzte sollte ein Neurologe sein.) Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
Ja Nein
4. Wenn ich infolge eines 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.
Ja Nein

EIGENE BESCHREIBUNG DER ANWENDUNGSSITUATION (WENN GEWÜNSCHT):

1. IN DEN AUSGEWÄHLTEN SITUATIONEN WÜNSCHE ICH

- 1.1 das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.
- 1.2 bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit hierdurch nehme ich in Kauf.
- 1.3 keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene).
- 1.4 die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.
- 1.5 keine Wiederbelebungsmaßnahmen. Dies gilt nicht für einen unerwarteten Kreislaufstillstand oder ein unerwartetes Atemversagen außerhalb der oben beschriebenen Situationen, also bei normalen ärztlichen Maßnahmen (z. B. Operationen).
- 1.6 keine künstliche Beatmung bzw. die Einstellung schon eingeleiteter Beatmung unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- 1.7 keine Gabe von Antibiotika, es sei denn, sie dienen nur der Linderung meiner Beschwerden.
- 1.8 keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.
- 1.9 keine Dialyse bzw. die Einstellung einer schon eingeleiteten Dialyse.

2. ORGANSPENDE

- 2.1 Ich habe einen Organspendeausweis.
- 2.2 Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.
- 2.3 Ich verzichte darauf, Spenderorgane implantiert zu bekommen.

3. ICH MÖCHTE

- 3.1 wenn möglich, zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- 3.2 wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- 3.3 wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

4. ICH WÜNSCHE BEISTAND DURCH

- 4.1 eine der nachstehend genannten Personen:

- 4.2 eine Vertreterin/einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

--

- 4.3 hospizliche Begleitung.

5. VORSORGEVOLLMACHT

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit den von mir bevollmächtigten Personen besprochen:
Ja Nein

	Hauptbevollmächtigte(r):	Ersatzbevollmächtigte(r):
Name, Vorname		
Anschrift		
Telefon		

6. BETREUUNGSVERFÜGUNG

- Ich habe anstelle einer Vorsorgevollmacht eine Betreuungsverfügung zur Auswahl folgender Betreuer erstellt:
Ja Nein

	Betreuer(in):	Ersatzbetreuer(in):
Name, Vorname		
Anschrift		
Telefon		

7. AUSSAGEN ZUR VERBINDLICHKEIT, ZUR AUSLEGUNG UND DURCHSETZUNG DER PATIENTENVERFÜGUNG

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen/ Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Meine Vertreterin/mein Vertreter soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner/meinem Bevollmächtigten erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- 7.1 meiner/meinem Bevollmächtigten
Ja Nein
- 7.2 meiner Betreuerin/meinem Betreuer
Ja Nein
- 7.3 der behandelnden Ärztin oder dem behandelndem Arzt
Ja Nein
- 7.4 anderer Person:
Ja Nein

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r) /Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen die Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- 7.5 meiner/meinem Bevollmächtigten
Ja Nein
- 7.6 meiner Betreuerin/meinem Betreuer
Ja Nein
- 7.7 der behandelnden Ärztin oder dem behandelndem Arzt
Ja Nein
- 7.8 anderer Person:
Ja Nein

8. SCHLUSSBEMERKUNGEN

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst.

Soweit ich bestimmte Behandlungen ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber der von mir bevollmächtigten Person.

- Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich eine Darstellung meiner Wertvorstellungen beigelegt (Seite 7).
Ja Nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

BEKRÄFTIGUNG MEINER VERFÜGUNG

Um meinen niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

- in vollem Umfang
- mit folgenden Änderungen:

Datum

Unterschrift

Um meinen niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

- in vollem Umfang
- mit folgenden Änderungen:

Datum

Unterschrift

Um meinen niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

- in vollem Umfang
- mit folgenden Änderungen:

Datum

Unterschrift

BESTÄTIGUNG DER EINWILLIGUNGSFÄHIGKEIT

Herr / Frau

Anschrift:

wurde von mir am

über die möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er / sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum

Unterschrift / Stempel der Ärztin /des Arztes
oder einer Notarin / eines Notars