

7.7 Was ist eine Patientenverfügung?

1 Was ist eine Patientenverfügung?

Die Patientenverfügung ist eine freiwillige schriftliche Erklärung einer volljährigen Person für den eventuellen zukünftigen Fall, dass sie nicht mehr einwilligungsfähig ist. Sie bestimmt für diese Situation, ob sie in bestimmte medizinische Untersuchungen, Behandlungen oder Eingriffe einwilligt oder diese untersagt. Damit haben Patientenverfügungen für behandelnde Ärzte und Ärztinnen sowie für die bevollmächtigte oder betreuende Person eine hohe Verbindlichkeit erhalten.

Es gelten folgende Regelungen:

Eine Patientenverfügung ist nur dann wirksam, wenn sie schriftlich verfasst und von der ausstellenden Person eigenhändig unterschrieben ist, oder durch eine notarielle Beglaubigung als unterschrieben gilt.

Die Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Volljährige können in einer schriftlichen Patientenverfügung festlegen, ob und wie sie später ärztlich behandelt werden wollen, wenn sie ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. Künftig sind Betreuung und bevollmächtigte Person im Fall der Entscheidungsunfähigkeit der betroffenen Person an deren schriftliche Patientenverfügung gebunden. Sie müssen prüfen, ob die Festlegungen in der Patientenverfügung der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation entsprechen und den Willen der betroffenen Person zur Geltung bringen.

Liegt keine Patientenverfügung vor oder entsprechen die Festlegungen nicht der aktuellen Situation, muss die Betreuung oder die bevollmächtigte Person unter Beachtung des mutmaßlichen Willens des Patienten oder der Patientin entscheiden, ob sie in die Untersuchung, die Heilbehandlung oder den ärztlichen Eingriff einwilligt.

In einem Gespräch zwischen Betreuung bzw. bevollmächtigter Person und dem behandelnden Arzt oder der behandelten Ärztin wird unter Berücksichtigung des Patientenwillens die Durchführung einer ärztlichen Maßnahme vorbereitet. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin prüft, was medizinisch indiziert ist und erörtert die Maßnahme mit der Betreuung oder der bevollmächtigten Person, möglichst unter Einbeziehung naher Angehöriger und sonstiger Vertrauenspersonen, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

Bestehen zwischen Arzt oder Ärztin und betreuender bzw. bevollmächtigter Person über den Patientenwillen Meinungsverschiedenheiten, müssen folgenschwere Entscheidungen vom Betreuungsgericht genehmigt werden.

Eine Reichweitenbegrenzung, die den Patientenwillen Kraft Gesetzes in bestimmten Fällen für unbeachtlich erklärt, gibt es nicht.

2 Wie formuliere ich eine Patientenverfügung?

Die Patientenverfügung sollte nicht nur allgemein gehaltene Formulierungen enthalten, wie z.B. den Wunsch „in Würde zu sterben“, wenn ein „erträgliches Leben nicht mehr möglich“ erscheint. Vielmehr sollte ganz individuell festgelegt werden, unter welchen Bedingungen beispielsweise eine Behandlung nicht begonnen oder nicht fortgesetzt werden darf.

Es wird dringend empfohlen, dies mit einem Arzt oder einer Ärztin Ihres Vertrauens zu besprechen. Das nachfolgende Musterformular bietet an dieser Stelle Entscheidungsvorschläge und dient lediglich als Hilfestellung. Insbesondere der Abschnitt „Eigene Wertvorstellungen“ ist dabei zu beachten.

Wir möchten in diesem Zusammenhang auf die Publikation des Bundesministeriums der Justiz hinweisen. Diese enthält Erläuterungen und Textbausteine zur individuellen Gestaltung einer Patientenverfügung.

Es ist darüber hinaus empfehlenswert, die Patientenverfügung mit einer Vorsorge- oder Betreuungsverfügung zu kombinieren. So kann das Betreuungsgericht bei Bedarf für Sie den Betreuer, der mit Rechtsmacht für Sie sprechen darf, mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitspflege bestellen. Dieser ist gehalten, den Willen Ihrer getroffenen Entscheidungen zu beachten.

Das Bundesministerium für Justiz hat unter www.bmj.de/patientenverfuegung wichtige Informationen zur Formulierung einer Patientenverfügung bereitgestellt.

7.8 Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich,

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zugewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung 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 äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn 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.
- _____
- _____
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

Wichtig:

Es genügt hier nicht nur den Punkt „Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern...“ anzukreuzen!

- Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen

Wichtig:

Sonstige allgemeingültig gehaltene Hinweise im Hinblick auf die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern, sind hier* näher zu beschreiben. Allein die Aufforderung, ein würdevolles Sterben zu ermöglichen oder zuzulassen, z.B. wenn ein Therapieerfolg nicht mehr zu erwarten ist, begründet keine Behandlungsentscheidung für den Arzt. Bitte geben Sie genau an, welche ärztlichen oder pflegerischen Maßnahmen Sie konkret wünschen oder ablehnen. Falls Sie nicht selbst über die erforderlichen Fachkenntnisse verfügen, sollten Sie sich dabei individuell von einer fachkundigen Person beraten lassen und die Angelegenheit mit Ihrem Hausarzt oder einem Arzt Ihres Vertrauens besprechen.

*

4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder Bauchdecke noch über die Vene)
- Verminderte Flüssigkeitsabgabe nach ärztlichem Ermessen

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe

Ich wünsche eine Begleitung durch

● **Persönliche Wünsche und Anmerkungen**

Vorname

Name

Telefon

Postleitzahl

Ort

● **Seelsorge**

Vorname

Name

Telefon

Postleitzahl

Ort

● **Hospizdienst**

Vorname

Name

Telefon

Postleitzahl

Ort

5. Organspende

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) bei aufrechterhaltenem Kreislauf-System und unter künstlicher Beatmung entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

Außerdem stimme ich der Durchführung von intensivmedizinischen Maßnahmen zu, die zum Schutz der Organe bis zu ihrer Entnahme erforderlich sind.

Entsprechendes soll auch für den Fall gelten, dass zu erwarten ist, dass der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) in wenigen Tagen eintreten wird.

Ja Nein

Auf Seite 29 sind Angaben zur Organspende zu finden

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

Ja Nein

Bevollmächtigte Person

Vorname

Name

Telefon

Postleitzahl

Ort

Mobil

- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.
Ja Nein

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Datum

Ort

Unterschrift

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Arzt oder Ärztin meines Vertrauens:

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Telefax**Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von***

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Datum

Ort

Unterschrift

* Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein stattgefundenes Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben. Eine Unterschrift durch die bevollmächtigte Person sowie eine Beglaubigung ist nicht notwendig.

