RUHR LIPPE HELLWEG

RECHTLICHE BETREUUNGEN

PATIENTENVERFÜGUNG

und Textbausteine

Unterlagen zur persönlichen Vorsorge und
zur individuellen Formulierung medizinischer Wünsche

INHALT

1. Patientenverfügung – Formular zum Ausfüllen (8 Seiten)

2. Textbausteine zur Patientenverfügung – Formulierungshilfen (7 Seiten)

Marco Tiefenbach · Berufsbetreuer

Gertrud-Bäumer-Str. 35 · 59174 Kamen

Tel. 02307 240 880 · Fax 02307 240 885

bb@ruhr-lippe-hellweg.de · ruhr-lippe-hellweg.de

Patientenverfügung

von

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
PLZ, Wohnort	Straße, Haus-Nr.	Telefon

1. Motivation für das Verfassen dieser Patientenverfügung – meine Wünsche und Werte, mein Lebensbild

Wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, insbesondere am Ende meines Lebens, erwarte ich von allen, die mich begleiten, dass sie sich bei ihren Entscheidungen nach meinen Verfügungen und Werten richten. Sie sollen sich weder von ihrem eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen.

Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen zu Krankheit, Leiden und Sterben, ggf. aktuell bekannte Erkrankungen:

……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..

(Sollte der Platz nicht ausreichen, empfehlen wir Ihnen eine Ergänzung auf einem Beiblatt mit Datum und Unterschrift.)

2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

(*Bitte kreuzen Sie all diejenigen Situationen an, in denen diese Verfügung gelten soll.)*

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich

☐ mich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

☐ mich im Endstadium eines unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheitsprozesses befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

☐ infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündungen, 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.

☐ mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) befinde und infolgedessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

☐ von einer Vielzahl von Krankheiten betroffen bin, die für sich genommen nicht lebensbedrohlich sind, aber in der Summation (Multimorbidität) einen Heilungsprozess unmöglich erscheinen lassen.

☐ .....
.....
.....
.....

(Eigene Beschreibung von Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll und die mit einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit einhergehen können. Z.B. ein weit fortgeschrittenes Stadium von Amyotropher Lateralsklerose (ALS), einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), einer Herzinsuffizienz oder immer in jeder Behandlungssituation, unabhängig vom Gesundheitszustand.)

3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen

3.1 Schmerz- und Symptombehandlung
In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung (Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderen belastenden Symptomen). Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Eine gezielte Sedierung zum Zweck der Leidenslinderung (Dämmerschlaf)

☐ lehne ich ab, da eine bewusste Beziehung zu meiner Umwelt für mich Vorrang hat.

oder

☐ lasse ich zu, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten versagen.

.....

3.2 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr
In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

☐ dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

☐ die Unterlassung bzw. Einstellung einer bereits eingeleiteten künstlichen Ernährung, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung, z.B. über Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder die Vene.

☐ dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

☐ die Unterlassung bzw. Einstellung einer bereits eingeleiteten künstlichen Flüssigkeitszufuhr, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Flüssigkeit, z.B. über Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke, die Vene oder unter die Haut.

Eine medizinische Basisbetreuung, die allen Patientinnen und Patienten zusteht, umfasst eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst. Bei Sterbenden gehört dazu u.a. eine fachgerechte lindernde Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl.

3.3 Künstliche Beatmung
In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

☐ eine künstliche Beatmung über eine Maske auf Nase und Mund (nicht-invasive Beatmung) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

☐ eine künstliche Beatmung über einen Schlauch in die Luftröhre (invasive Beatmung) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

☐ dass keine künstliche Beatmung (weder über eine Maske auf Nase und Mund noch über einen Schlauch in die Luftröhre) durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte.

.....

3.4 Dialyse
In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

☐ eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

☐ dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine bereits bestehende Dialyse eingestellt wird.

.....

3.5 Antibiotika
In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

☐ Antibiotika mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

☐ dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird, außer zur Beschwerdelinderung.

.....

3.6 Blut und Blutbestandteile
In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich

☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

☐ keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

.....

3.7 Kreislauferhaltende Medikamente
In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich

☐ die Gabe von kreislauferhaltenden Medikamenten mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

☐ keine Gabe von kreislauferhaltenden Medikamenten.

.....

3.8 Wiederbelebende Maßnahmen
In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich

☐ in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

☐ die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung. Für den Fall, dass eine Notärztin/ein Notarzt hinzugezogen wird, dass diese bzw. dieser unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

3.9 Persönliche Ergänzungen zu gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen
(Beispiele für weitere medizinische Maßnahmen sind Chemotherapie und Bestrahlung, Dauermedikamente und der Umgang mit implantierbaren Defibrillatoren (ICD).):

.....

.....

.....

.....

4. Organspende

(Stimmen Sie einer Organentnahme nicht zu, streichen Sie bitte diesen Punkt 4.)

☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.* Voraussetzung für eine Organspende ist die Feststellung des Hirntodes. Bei einem sich abzeichnenden Hirntod lasse ich zeitlich eng begrenzt intensivmedizinische Maßnahmen im Rahmen der Hirntoddiagnostik und nach festgestelltem Hirntod organerhaltende Maßnahmen bis zur Durchführung der Organspende zu. Dies gilt auch, wenn ich in meiner Patientenverfügung intensivmedizinische Maßnahmen ausgeschlossen habe.

** Wir empfehlen Ihnen, Details zur Organspende (z.B. Gestattung und Ausschluss von Organen) in einem Organspendeausweis festzulegen.*

5. Aufenthaltsort und Begleitung *(Mehrfachnennungen möglich)*

In den unter 2. beschriebenen Situationen ist mein Wunsch,

☐ wenn möglich in meiner vertrauten Umgebung (eigene Häuslichkeit aber bspw. auch Pflegeeinrichtung) zu verbleiben.

☐ nicht in meiner vertrauten Umgebung zu verbleiben.

☐ wenn möglich in ein Hospiz verlegt zu werden.

☐ nicht in ein Hospiz verlegt zu werden.

☐ wenn möglich in eine Pflegeeinrichtung verlegt zu werden.

☐ wenn möglich nicht in eine Pflegeeinrichtung verlegt zu werden.

☐ wenn möglich ins Krankenhaus verlegt zu werden.

☐ wenn möglich nicht ins Krankenhaus verlegt zu werden.

Unabhängig von meinem Aufenthaltsort wünsche ich in den unter 2. beschriebenen Situationen, wenn möglich

☐ die Betreuung durch ein Palliativteam.

☐ von folgenden mir nahestehenden Personen begleitet zu werden:

.....

☐ von folgenden Personen nicht begleitet zu werden:

.....

☐ seelsorgliche Begleitung zu erhalten.

☐ als katholische Christin/katholischer Christ das Sakrament der Krankensalbung zu empfangen.

Persönliche Ergänzungen zur Unterbringung und Begleitung:

……..

……..

……..

……..

6. Verbindlichkeit, Anhörungsverfahren und Widerruf

Ich erwarte, dass mein in dieser Patientenverfügung geäußerter Wille befolgt wird und die/der von mir benannte Bevollmächtigte bzw. mein/e Betreuer/in Sorge für dessen Umsetzung trägt. Der Wunsch nach Unterlassung von medizinischen Maßnahmen ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, sind meine Behandlungswünsche und/oder mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß § 1827 Abs. 2 BGB maßgeblich sein. Sollte zusätzlich zu meiner/meinem Bevollmächtigten eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1828 Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll der/den folgenden Person/en Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist:

Name: ……

Vorname: ……

Geb.dat.: ……

Adresse: ……

Telefon: ……

E-Mail: ……

Folgende Person/en soll/en nicht angehört werden:

Name: ……

Vorname: ……

Geb.dat.: ……

Adresse: ……

Telefon: ……

E-Mail: ……

Im Falle, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt und mein/e Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in sich über die Auslegung meiner Patientenverfügung, meine Behandlungswünsche oder meinen mutmaßlichen Willen trotz Bemühungen nicht einigen können, ist das Betreuungsgericht einzuschalten, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.

Sollte die/der behandelnde Ärztin/Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, den in meiner Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, kann meine/mein Bevollmächtigte/r bzw. Betreuerin/Betreuer für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung sorgen, um meinem verfügten Willen zu entsprechen.

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

☐ Ich wünsche nicht, dass in einer unter 2. beschriebenen Situation eine Änderung meines Willens aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen unterstellt wird.

oder

☐ 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 bzw. Betreuer/in aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist unter Einbezug aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen oder nicht.

Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung
(*Achtung: Dies ist kein Ersatz für eine Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.)*

☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung in einem separaten Dokument eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit der/dem/den Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen. Ich habe folgende Person/Personen bevollmächtigt:

oder

☐ Ich habe keine Vorsorgevollmacht erstellt.

Name: .....

Vorname: .....

Geb.dat.: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung in einem separaten Dokument eine Betreuungsverfügung erstellt. Als Betreuer/in wünsche ich mir:

oder

☐ Ich habe keine Betreuungsverfügung erstellt.

Name: .....

Vorname: .....

Geb.dat.: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

7. Ärztliche Aufklärung

☐ Die Tragweite der Entscheidungen in meiner Patientenverfügung sind mir bewusst und ich verzichte ausdrücklich auf eine ärztliche Aufklärung im Rahmen der Erstellung dieser Patientenverfügung.

oder

☐ Ich wurde bei der Erstellung meiner Patientenverfügung ärztlich beraten und aufgeklärt von:

.....

.....

8. Inhaltliche Unterstützung *(Angabe nicht erforderlich)*

Ich wurde inhaltlich unterstützt von (Name, Vorname):

.....

.....

.....

9. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

....

Ort, Datum Unterschrift Ersteller/in

Bestätigung durch eine/n Zeugin/Zeugen: *(Angabe nicht erforderlich)*

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

....

Ort, Datum Unterschrift Zeugin/Zeuge

10. Hinterlegung und regelmäßige Aufrechterhaltung

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

1. …….. am: ……..

2. …….. am: ……..

3. …….. am: ……..

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die weitere Gültigkeit meiner Patientenverfügung.

(Wenn ich die Aktualität meiner Patientenverfügung nicht regelmäßig bestätige, bedeutet dies nicht, dass diese Patientenverfügung nicht mehr Bestand haben soll.)

1. Bestätigung	**2. Bestätigung**	**3. Bestätigung**
…….. Ort, Datum	…….. Ort, Datum	…….. Ort, Datum
…….. Unterschrift	…….. Unterschrift	…….. Unterschrift
4. Bestätigung	**5. Bestätigung**	**6. Bestätigung**
…….. Ort, Datum	…….. Ort, Datum	…….. Ort, Datum
…….. Unterschrift	…….. Unterschrift	…….. Unterschrift

Ruhr Lippe Hellweg - rechtliche Betreuungen
Marco Tiefenbach (Berufsbetreuer)
Gertrud-Bäumer-Str. 35 - 59174 Kamen
Tel.: 02307 240 880 - Fax: 02307 240 885
E-Mail: bb@ruhr-lippe-hellweg.de - Website: www.ruhr-lippe-hellweg.de

Textbausteine Patientenverfügung

Für die Patientenverfügung gilt insgesamt, dass auf allgemeine Formulierungen möglichst verzichtet werden soll. Vielmehr muss möglichst konkret beschrieben werden, in welchen Situationen die Patientenverfügung gelten soll (Formulierungshilfen hierzu unter 2.2) und welche Behandlungswünsche in diesen Situationen bestehen (Formulierungshilfen hierzu unter 2.3). Auch vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs sollte sich aus der Patientenverfügung sowohl die konkrete Behandlungssituation (z. B.: „Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit“) als auch die auf diese Situation bezogenen Behandlungswünsche (z. B. die Durchführung oder die Ablehnung bestimmter Maßnahmen wie die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr) ergeben. Aus diesem Grund wird in den Textbausteinen unter 2.3, die Formulierungshilfen zu bestimmten ärztlichen Maßnahmen enthalten, jeweils ausdrücklich Bezug auf die zuvor beschriebene konkrete Behandlungssituation genommen („In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,“). Insbesondere sollte der Textbaustein unter 2.3.1, wonach „alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden“ sollen, nicht ausschließlich, sondern stets im Zusammenhang mit weiteren konkretisierenden Erläuterungen der Behandlungssituationen und medizinischen Maßnahmen verwendet werden (vgl. auch Fußnote 7).

Im Einzelfall kann sich die erforderliche Konkretisierung aber auch bei einer weniger detaillierten Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen durch die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen ergeben (vgl. Beschluss des BGH vom 8. Februar 2017).

Eingangsformel

Ich _____ (Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in) bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann ...

2.2 Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist ...
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder 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 unwahrscheinlich ist.[5]

[5] Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei

Ruhr Lippe Hellweg - rechtliche Betreuungen
Marco Tiefenbach (Berufsbetreuer)
Gertrud-Bäumer-Str. 35 - 59174 Kamen
Tel.: 02307 240 880 - Fax: 02307 240 885
E-Mail: bb@ruhr-lippe-hellweg.de - Website: www.ruhr-lippe-hellweg.de

- 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.[6]
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

_____

_____

Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.

2.3 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

2.3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

oder

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. 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.[7]

2.3.2 Schmerz- und Symptombehandlung[8]

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

oder

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.
- die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

6 Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patientinnen und Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennen die Kranken selbst nahe Angehörige nicht mehr und sind schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

7 Die Äußerung, „keine lebenserhaltenden Maßnahmen" zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung dar. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen. Es spricht folglich grundsätzlich nichts gegen die Verwendung dieser Formulierung, soweit diese nicht isoliert erfolgt, sondern mit konkreten Beschreibungen der Behandlungssituationen und spezifizierten medizinischen Maßnahmen, wie sie unter Ziffer 2.3.2 ff. enthalten sind, kombiniert wird.

8 Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

Ruhr Lippe Hellweg - rechtliche Betreuungen
Marco Tiefenbach (Berufsbetreuer)
Gertrud-Bäumer-Str. 35 - 59174 Kamen
Tel.: 02307 240 880 - Fax: 02307 240 885
E-Mail: bb@ruhr-lippe-hellweg.de - Website: www.ruhr-lippe-hellweg.de

2.3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr[9]

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation[10] zur Beschwerdelinderung erfolgen bzw. erfolgt.

oder

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

2.3.4 Wiederbelebung[11]

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Versuche der Wiederbelebung.

oder

- die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.
- dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

oder

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

2.3.5 Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, 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.

---

9 Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern_Leitfaden_2008.pdf).

10 Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.

11 Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

Ruhr Lippe Hellweg - rechtliche Betreuungen
Marco Tiefenbach (Berufsbetreuer)
Gertrud-Bäumer-Str. 35 - 59174 Kamen
Tel.: 02307 240 880 - Fax: 02307 240 885
E-Mail: bb@ruhr-lippe-hellweg.de - Website: www.ruhr-lippe-hellweg.de

2.3.6 Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

2.3.7 Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation[10] zur Beschwerdelinderung.

oder

- keine Antibiotika.

2.3.8 Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation[10] zur Beschwerdelinderung.

oder

- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

2.4 Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

- wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

- wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen:

  _____

  _____

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

  _____

  _____

- hospizlichen Beistand.

Ruhr Lippe Hellweg - rechtliche Betreuungen
Marco Tiefenbach (Berufsbetreuer)
Gertrud-Bäumer-Str. 35 - 59174 Kamen
Tel.: 02307 240 880 - Fax: 02307 240 885
E-Mail: bb@ruhr-lippe-hellweg.de - Website: www.ruhr-lippe-hellweg.de

2.5 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

_____

_____

2.6 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille 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 Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) 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:

Alternativen

  - meiner/meinem Bevollmächtigten.
  - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
  - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
  - anderer Person: ...

- 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 der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

Alternativen

  - meiner/meinem Bevollmächtigten.
  - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
  - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
  - anderer Person: ...

RUHR LIPPE HELLWEG
RECHTLICHE BETREUUNGEN

Ruhr Lippe Hellweg - rechtliche Betreuungen
Marco Tiefenbach (Berufsbetreuer)
Gertrud-Bäumer-Str. 35 - 59174 Kamen
Tel.: 02307 240 880 - Fax: 02307 240 885
E-Mail: bb@ruhr-lippe-hellweg.de - Website: www.ruhr-lippe-hellweg.de

2.7 Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

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

  Bevollmächtigte(r)

  Name: _____

  Anschrift: _____

  Telefon/Telefax/E-Mail: _____

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

  Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

  Name: _____

  Anschrift: _____

  Telefon/Telefax/E-Mail: _____

2.8 Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

2.9 Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu[12] (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender/in in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

Alternativen[13]

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

---

12 Die Informationsbroschüren „Antworten auf wichtige Fragen“ und „Wissenswertes über die Organspende“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 50819 Köln, per Fax unter: (02 21) 899 22 57 und per E-Mail unter: bestellung@bzga.de. Unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 90 40 400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefons beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

13 Weitergehende Informationen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung enthält ein Arbeitspapier der Bundesärztekammer, erhältlich unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Patienten/Arbeitspapier_Patientenverfuegung_Organspende_18012013.pdf. Darin sind auch Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung vorgeschlagen.

Ruhr Lippe Hellweg - rechtliche Betreuungen
Marco Tiefenbach (Berufsbetreuer)
Gertrud-Bäumer-Str. 35 - 59174 Kamen
Tel.: 02307 240 880 - Fax: 02307 240 885
E-Mail: bb@ruhr-lippe-hellweg.de - Website: www.ruhr-lippe-hellweg.de

2.10 Schlussformel

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.[14]

2.11 Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

2.12 Information/Beratung

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert
  bei/durch _____
  und beraten lassen durch _____

2.13 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____

wurde von mir am _____

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum _____

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes[15] _____

2.14 Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

oder

- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.
- Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

Alternativen

in vollem Umfang._____

mit folgenden Änderungen:_____

Datum _____

Unterschrift _____

---

[14] Die Schlussformel dient dazu, darauf hinzuweisen, dass die Erstellerin oder der Ersteller der Patientenverfügung unter den beschriebenen Umständen keine weitere ärztliche Aufklärung wünscht. Diese Aussage ist besonders wichtig, da bestimmte ärztliche Eingriffe nur dann wirksam vorgenommen werden dürfen, wenn ein Arzt den Patienten vorher hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt hat. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Aus der Patientenverfügung sollte sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

[15] Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.