Grünewald
BESTATTUNGSINSTITUT

Poststraße 8
55545 Bad Kreuznach
Telefon: 0671-32308
E-Mail: gruenewald-bestattungen@t-online.de
Internet: http://gruenewald-bestattungen.de/

PATIENTENVERFÜGUNG

Ich_____

(Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in)

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann

1. 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 verlaufen den Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist...

☐ ich 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 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[1].

☐ 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 zunehmen[2].

☐ Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

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

[1] 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 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. WachkomaPatienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein weitgehend eigenständiges 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.

[2] 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 Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

2. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche getan

☐ wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

☐ auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

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.

Schmerz- und Symptombehandlung[3]

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und

☐ Symptombehandlung.

ODER

☐ wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

☐ die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Künstliche Ernährung[4]

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass eine

☐ künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

ODER

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

Künstliche Flüssigkeitszufuhr[5]

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

ODER die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

☐

☐ _____

[3] Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in Extremsituationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. Indirekte Sterbehilfe).

[4] 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-Patienten.

[5] 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.

ODER

die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr.

Wiederbelebung[6]

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

ODER

☐ die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.

☐ dass der Notarzt nicht verständigt wird bzw. dass ein ggf. hinzugezogener Notarzt 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 medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten.

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 Bewusstseinsdämfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

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.

Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

☐ Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Gabe von Blut oder

☐ Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

---

[6] 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.

ODER

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

3. Organspende

☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu[7] (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann **(Alternativen)** 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.

4. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte zum Sterben ins Krankenhaus verlegt

☐ werden.

ODER

☐ wenn irgend 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.

5. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

☐ Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein(e) Vertreter(in) – z.B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – 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

[7] Vgl. § 3 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes.

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 Situationen, 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. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unter-lassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei: **(Alternativen)** meiner/ meinem Bevollmächtigten.

☐ meiner Betreuerin/ meinem Betreuer. der

☐ behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

☐ - 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. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei: **(Alternativen)** meiner/ meinem Bevollmächtigten.

☐ meiner Betreuerin/ meinem Betreuer. der

☐ behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

☐ **6. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen**

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

Bevollmächtigte(r)

Name:_____

Anschrift:_____

Telefon:_____ Telefax:_____

☐ Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl 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:_____

☐ Ich habe einen Notfallbogen[8] ausgefüllt, den auch meine Hausärztin/mein Hausarzt bestätigt hat.

7. 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:

_____

_____

_____

_____

_____

8. Schlussformel

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

8 Der Notfallbogen versteht sich als „komprimierte Patientenverfügung“ für die Entscheidungssituation des Notarztes bei Herz-Kreislaufstillstand. Der Patient dokumentiert mit einem Notfallbogen seine Zustimmung oder Ablehnung der Herz-Lungen-Wiederbelebung ggf. in Ergänzung einer Patientenverfügung. Der Notfallbogen kann nur nach dokumentierter ärztlicher Aufklärung vom Patienten unterzeichnet (und ggf. von der Pflegeeinrichtung gegengezeichnet) werden und bringt den erklärten Willen des Patienten in einer besonderen Situation zum Ausdruck [Kretschmer, B. (2002): Der „rote“ Umschlag für den Notarzt. Möglichkeiten und Chancen eines Notfallbogens als komprimierte Patientenverfügung im Rettungseinsatz, in: May, A., Geißendörfer, E. Simon, A., Strätling, M. (Hg.): Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf? Münster: LIT, S. 141-171; Stratmann, D. (2001): Entscheidungen am Lebensende – wie geht mich dies an? Brandenburger Notfallblatt, 2 (1), 6-7; Zeller, E.: Der Notfallbogen als komprimierte Patientenverfügung, in: Schulze, U., Niewohner, S. (Hg.): Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase – zwischen Autonomie und Fürsorge, im Druck].

9. 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.

10. Information/Beratung

☐ Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung
informiert bei/durch_____
und beraten lassen durch_____

11. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau_____

wurde von mir am_____ bzgl.

der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum_____

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes_____

_____

- Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

12. 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 _____