



V.I.S.I.T.E.-Hospizdienst

Textbausteine zur Erstellung einer Standard Patientenverfügung

Frau Bundesjustizministerin Brigitte Zypries hat am 10. Juni 2004 die von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erarbeiteten, für eine Patientenverfügung empfohlenen Textbausteine veröffentlicht.¹⁾ Sie könnten sich daraus selber kostenlos eine eigene Patientenverfügung zusammenstellen. Wenn Sie die Hilfe des V.I.S.I.T.E.-Hospizdienstes wünschen, senden Sie die ausgefüllten Bögen an:

V.I.S.I.T.E.-Hospizdienst, Wallstr. 65, 10179 Berlin, 030-61 39 04 32

Wir werden eine dem entsprechende Patientenverfügung erstellen und das fertige, unterschriftsreife Dokument für Sie ausdrucken und Ihnen per Post zusenden. Sie erhalten auf Wunsch zusätzlich alle notwendigen Vorsorgeformulare.

Für die individuelle Bearbeitung, sowie den Druck und Versand Ihrer Patientenverfügung entstehen uns Kosten in Höhe von 20-25 Euro, die wir nur durch Spenden decken können. Daher bitten wir Sie um eine entsprechende Spende, die nach Ihren Möglichkeiten auch höher oder niedriger sein kann.

Eingangsformel

Ich, _____, geboren am _____, wohnhaft in

_____ (PLZ, Ort, Straße, Nr.)

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

Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll:

Wenn ich (bitte alles Zutreffende markieren)...

- (1) mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im **unmittelbaren Sterbeprozess** befinde...
- (2) mich im **Endstadium einer unheilbaren**, tödlich verlaufenden **Krankheit** befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist...
- (3) in Folge 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 äußerst unwahrscheinlich ist).²⁾ (Die Anmerkungen finden Sie auf der letzten Seite.)

- (4) in Folge 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 nehmen³⁾
- (5) Eigene Beschreibung der Anwendungssituation (Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.):

Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich [bei Einschränkungen und/oder Konkretisierungen⁴⁾]:

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
 - auch fremde Gewebe und Organe, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

oder

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen **unterlassen werden**. Hunger und Durst sollen – soweit dies möglich ist – 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 Symptombehandlung⁵⁾

In den oben beschriebenen Situationen **erwarte und verlange ich** 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 Ernährung⁶⁾

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich [bei Einschränkungen und/oder Konkretisierungen⁴⁾]:

- dass künstliche Ernährung unabhängig von meinem Krankheitszustand und meiner Lebenserwartung begonnen oder weitergeführt wird.

oder

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

Künstliche Flüssigkeitszufuhr⁷⁾

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich [bei Einschränkungen und/oder Konkretisierungen⁴⁾]:

- künstliche Flüssigkeitszufuhr.

oder

- die **Reduzierung** künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

oder

- die **Unterlassung** jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr.

Wiederbelebung⁸⁾

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich [bei Einschränkungen und/oder Konkretisierungen⁴⁾]:

- 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 Wiederbelebensmaßnahmen informiert wird.
 - Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens **lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab**,
 - sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten.

Dialyse und künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich [bei Einschränkungen und/oder Konkretisierungen⁴⁾]:

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

oder

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

Antibiotika und Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich [bei Einschränkungen und/oder Konkretisierungen⁴⁾]:

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

oder

- Antibiotika und die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen **nur zur Linderung** meiner Beschwerden.

Hinweis auf beigefügte, allgemeine Wertvorstellungen

Als Interpretationshilfe zu dieser Patientenverfügung werde ich erstellen und beifügen

- eine Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.

Schlussformel

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

Hiermit haben Sie die wichtigsten Fragen der Standard-Patientenverfügung beantwortet. Bitte überprüfen Sie alle Angaben zur Sicherheit und ergänzen für evtl. Rückfragen Ihre **Telefonnummer** und/oder **eMail-Adresse**:

Anrede: Herr Frau _____

Telefon: _____ eMail-Adresse: _____

Ich erkläre mich bereit, nach Erhalt meiner Patientenverfügung, eine Spende in Höhe von _____ Euro zu leisten. Steuerabzugsfähige Bescheinigung dafür erwünscht Ja Nein.

Anforderung zusätzlicher Vorsorgeformulare gegen eine Schutzgebühr von je 50 Cent (in Spende inbegriffen)

Ich möchte für eine (oder mehrere) Vertrauensperson(en) eine Vollmacht ausstellen und bitte um:

- Vorsorgevollmacht** für **gesundheitliche** Angelegenheiten (auch Patientenanwaltschaft oder Gesundheitsvollmacht genannt).
- Vorsorgevollmacht** für **finanzielle** und **rechtsgeschäftliche** Angelegenheiten.

oder

- Ich kann oder möchte keine Vertrauensperson bevollmächtigen, sondern stattdessen einen Betreuer benennen, den das Amtsgericht gemäß meinen Wünschen einsetzt und bitte daher um eine **Betreuungsverfügung**.

Auf den folgenden Seiten können Sie noch Angaben bezüglich **Organspende**, den gewünschten **Ort der Behandlung**, ob und von wem Sie **Beistand** wünschen, **Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung** und **zum Widerruf der Patientenverfügung** festlegen und auf bereits bestehende **Vorsorgeverfügungen** verweisen.

Wenn Sie das nicht möchten, können Sie diese ausgefüllten Bögen **auch so abschicken**, an den:

V.I.S.I.T.E.-Hospizdienst, 10179 Berlin, Wallstr. 65

Gerne stehen wir Ihnen für eine Beratung zu medizinisch-ethischen und palliativ-pflegerischen Fragen zur Verfügung. Sie können sich selbstverständlich auch von Ihrem Arzt dazu beraten lassen.

Zusätzliche Angaben zu vorstehender Patientenverfügung

Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu⁹⁾ (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 (wählen Sie eine Alternative):
 - 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.

Ort der Behandlung

Ich möchte (wählen Sie bis zu zwei Optionen):

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

Beistand

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen: _____
- Beistand durch (Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft):

- hospizlichen Beistand.

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, 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 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.
- 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) Vertreter(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:

- meiner/meinem **Bevollmächtigten**.

oder

- meiner/meinem **Betreuer(in)**.

oder

- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen/Vollmachten

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

Bevollmächtigte(r): Herr Frau

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

oder

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

Gewünschte(r) Betreuer(in): Herr Frau

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Zusätzlich

- Ich werde einen **Notfallbogen** ausfüllen, den meine Hausärztin/mein Hausarzt bestätigen muss¹⁰⁾.

1.8.6

Schlussbemerkungen

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

Information/Beratung

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

Anmerkungen:

1. Jetzt als Broschüre „Patientenverfügung“ vom Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des BMJ erhältlich.
2. 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. Wachkoma-Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkomapatienten 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.
3. 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.
4. Bitte tragen Sie dafür Sorge, dass mögliche Einschränkungen, Konkretisierungen und individuelle Wertvorstellungen, die nicht in dieses Standard-Schema passen, auf einem gesonderten Blatt klar gestellt werden. Hierbei sind Missverständnisse und Widersprüchlichkeiten unbedingt zu vermeiden. Um sicher zu gehen, können Sie sich auch eine individuelle Patientenverfügung von kompetenten Fachkräften aufgrund Ihrer persönlichen Situation und Wertvorstellung abfassen lassen.
5. 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).
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Vgl. § 3 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes.
10. 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.