

Vorbemerkungen und Anleitung zur Erstellung einer Patientenverfügung 2011

herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft für Betreuungsangelegenheiten Stadt und Kreis Düren im Januar 2011

Diese Patientenverfügung berücksichtigt das vom Bundestag am 18.06.2009 beschlossene, ab dem 01.09.2009 geltende, neue „*Gesetz zur Patientenverfügung*“. Sofern Sie bereits vor diesem Datum eine Patientenverfügung verfasst haben, gilt diese weiterhin in vollem Umfang, es ist nicht erforderlich, dass Sie eine neue unterzeichnen.

Das neue Gesetz bringt folgende wesentliche Änderungen:

- 1.** Es ist zwingend erforderlich, dass ein Betreuer oder ein Bevollmächtigter Ihre Wünsche und Anordnungen in Ihrer Patientenverfügung gegenüber den Ärzten und sonstigen Beteiligten zur Geltung bringt. Deshalb sollten Sie (neben einer Patientenverfügung) auch eine Vorsorgevollmacht erteilen und in der Patientenverfügung klarstellen, dass die Bevollmächtigten auch befugt sind, Ihre Behandlungswünsche in Ihrer letzten Lebensphase durchzusetzen.
- 2.** Sofern Sie keine Person kennen, der Sie eine Vorsorgevollmacht erteilen könnten, wird das zuständige Gericht für Sie einen Betreuer bestellen. Sie können bereits jetzt Einfluss auf die Person des künftigen Betreuers nehmen. Setzen Sie sich dazu mit der für Ihren Wohnort zuständigen Betreuungsstelle (Stadt- oder Kreisverwaltung) in Verbindung.
- 3.** Ihre Patientenverfügung gilt nur, wenn Sie selbst aufgrund einer schweren Erkrankung **nicht mehr entscheidungsfähig** sind. Solange Sie in der Lage sind, Ihre gesundheitlichen Belange selbst wahrzunehmen, entscheidet nur Ihr aktuell geäußerter Wille. Selbst wenn Sie zum Beispiel aufgrund einer Demenz nicht mehr geschäftsfähig sein sollten, werden alle Beteiligten neben Ihren Anordnungen in der Patientenverfügung auch Ihren sogenannten *natürlichen Willen* beachten, also Ihren aktuellen Lebenswillen und Ihre aktuelle Lebensqualität.
- 4.** Nach dem neuen Gesetz ist es erforderlich, dass die konkrete Situation, für welche die Patientenverfügung gelten soll, so genau wie möglich beschrieben wird. Pauschale Formulierungen wie „*unerträgliches Leiden*“ oder „*ich lehne künstliche Ernährung ab*“ oder „*ich will keine Apparatedizin*“, sind zu unpräzise und werden deshalb von den Beteiligten im konkreten Fall voraussichtlich nicht beachtet. Je genauer Sie die jeweilige medizinische Situation und Ihre konkreten Anordnungen für diese Situation beschreiben, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie von den Beteiligten auch beachtet wird. Aus diesem Grund raten wir auch dringend von vorformulierten Patientenverfügungen ab. Diese sind zum einen für eine Vielzahl von Personen vorformuliert und berücksichtigen nicht die individuellen Wünsche des Einzelnen. Zum anderen sind sie meist sehr allgemein gefasst.
- 5.** Sie haben seit dem 01.09.2009 einen Rechtsanspruch auf Beachtung Ihrer Patientenverfügung, sofern Sie sich in einer von Ihnen in der Patientenverfügung beschriebenen Behandlungssituation befinden. Ob Ihre Anordnungen in der Patientenverfügung auf die konkrete Behandlungssituation zutreffen oder nicht, entscheiden der Bevollmächtigte/Betreuer und der Arzt gemeinsam. Andere Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen müssen nach dem Gesetz angehört werden. Sie dürfen Ihre Ansicht äußern, aber nicht entscheiden. Sofern sich der Bevollmächtigte/Betreuer und der Arzt einig sind, dass die Anordnungen in Ihrer Patientenverfügung zutreffen, sind sie verpflichtet, diese zu beachten. Wenn sich beide nicht einigen können, muss das zuständige Betreuungsgericht entscheiden. Auch das Gericht ist an Ihre Patientenverfügung gebunden. Sofern Ihre Anordnungen in der Patientenverfügung nicht genau auf die konkrete Situation zutreffen, sind die Beteiligten verpflichtet zu erkunden, was ihr mutmaßlicher Wille ist, also wie Sie mutmaßlich entscheiden würden, wenn Sie könnten. Auch dann gilt, dass alle Beteiligten verpflichtet sind, Ihren mutmaßlichen Willen zu beachten.

6. Der Bundestag hat entschieden, dass eine Patientenverfügung schriftlich verfasst sein muss. Dies bedeutet:

- eine notarielle Beglaubigung oder Beurkundung ist nicht erforderlich.
- Sie können Ihre Verfügung handschriftlich oder maschinenschriftlich verfassen. Die Unterschrift muss aber eigenhändig sein. Sofern Sie nicht mehr unterschreiben können, zum Beispiel in Folge eines Schlaganfalls, ist es sinnvoll, wenn ein Notar oder die zuständige Betreuungsstelle dies auf der Patientenverfügung vermerkt.
- Auch Ihre mündlich (zum Beispiel gegenüber nahen Angehörigen) geäußerten Behandlungswünsche werden beachtet, sie haben aber nach dem Gesetz nicht die gleiche Gewichtigkeit.

7. Der Gesetzgeber hat die sogenannte „Reichweitenbegrenzung“ einer Patientenverfügung ausdrücklich abgelehnt. Eine Patientenverfügung (aber auch mündlich geäußerte Behandlungswünsche, siehe Ziff. 6.) gilt unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung. Das bedeutet, dass Sie hinsichtlich Ihrer Anordnungen in der Verfügung völlig frei sind. Sie selbst können die Situation beschreiben und allen Beteiligten schon jetzt schriftlich mitteilen, was Sie wünschen und was Sie ablehnen. Die Beschränkung einer Patientenverfügung auf den Bereich unmittelbar vor Eintritt des Todes ist dadurch hinfällig.

8. **Aktive Sterbehilfe** ist in Deutschland weiterhin nicht erlaubt. Es ist deshalb nicht sinnvoll, wenn Sie entsprechende Wünsche formulieren, da sich die Beteiligten strafbar machen, falls sie sie befolgen.

9. Es ist gesetzlich nicht vorgeschrieben, aber dringend zu empfehlen, sich über die medizinischen Einzelheiten von einem Arzt Ihres Vertrauens eingehend beraten zu lassen. Besprechen Sie mit ihm auch den Inhalt Ihrer Verfügung und hinterlegen Sie eine Kopie Ihrer Patientenverfügung in den dortigen Krankenunterlagen. Der Arzt Ihres Vertrauens bescheinigt auch, dass Sie in der Lage sind, den Sinn, die Bedeutung und die Folgen Ihrer Verfügung zu erfassen.

10. Weiterhin empfiehlt es sich, dass Sie einen sogenannten **Notfallausweis** ausfüllen und bei sich tragen.

11. Sollte sich Ihre gesundheitliche Situation grundlegend ändern (wenn Sie zum Beispiel erfahren, dass Sie an einer schweren Krankheit leiden), so empfiehlt es sich, dass Sie sich noch einmal mit Ihrer Patientenverfügung befassen, und diese ggf. ändern, bestätigen oder eine neue Patientenverfügung erstellen. Sinnvoll ist es, die Änderung Ihrer Situation schriftlich auf Ihrer Patientenverfügung zu beschreiben.

11. Weiterhin gilt, dass Sie Ihre Patientenverfügung in regelmäßigen Abständen daraufhin überprüfen, ob sie noch Ihren aktuellen Willen darstellt. Das neue Gesetz sieht zwar keine bestimmte Frist vor, allerdings ist die Chance, dass Ihre Anordnungen beachtet werden, umso geringer, je älter Ihrer Verfügung ist. Zu empfehlen ist daher weiterhin eine Bestätigung oder Erneuerung im Abstand von zwei Jahren.

Patientenverfügung

herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft für Betreuungsangelegenheiten Stadt und Kreis Düren im Januar 2011

Familienname:	
Vorname:	
geb. am:	
Anschrift:	

1. Als erstes möchte ich meine grundsätzlichen Einstellungen zu meinem Leben und Sterben darstellen. (Beachten Sie hierzu bitte die Hinweise zu Ziffer 1.)

Ich weiß, dass ich dazu nicht verpflichtet bin, dass es aber für alle Beteiligten wichtig ist, meinen Willen festzustellen, wenn ich nicht mehr in der Lage bin, diesen zu äußern. Zum einen ist jede Entscheidung über den Abbruch und das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen für die Beteiligten eine schwere Entscheidung; die Kenntnis meiner Grundüberzeugungen soll ihnen dabei helfen. Zum anderen ist mir klar, dass nur schwer vorhersehbar ist, wie meine Krankheit und mein Sterben tatsächlich verlaufen werden. Ich kann vorausschauend nur typische Fälle beschreiben, in denen ich wünsche, dass meine Anweisungen Beachtung finden. Die Darstellung meiner grundsätzlichen Einstellungen soll es den Beteiligten ermöglichen, auch in nicht ausdrücklich von meiner Verfügung beschriebenen Situationen und Zweifelsfällen meinen mutmaßlichen Willen zu ermitteln und danach zu handeln.

2. In meiner letzten Lebensphase fürchte ich am meisten (siehe Hinweise Ziffer 2.):

3. Ich treffe die nachfolgenden Anordnungen für den Fall, dass ich eines Tages meinen Willen aufgrund einer Erkrankung nicht mehr bilden oder nicht mehr verständlich äußern kann.

(Sofern ich meinen Willen noch bilden und äußern kann, gelten diese Anordnungen nicht. Es gilt dann nur, was ich in der konkreten Situation wünsche. Außerdem kann ich die nachfolgenden Anordnungen jederzeit mündlich, schriftlich oder in sonstiger Weise widerrufen oder vorübergehend außer Kraft setzen. Sofern ich nicht mehr geschäftsfähig bin, aber ich noch in der Lage bin, mit meinen Mitmenschen durch Worte, Gestik oder Mimik gezielt Kontakt aufzunehmen, wünsche ich außerdem, dass auch mein in der soeben genannten Kommunikation zum Ausdruck kommender Wille/Lebenswille berücksichtigt wird.)

4. Meine Anordnungen gelten für folgende Situationen:

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und Nicht-Zutreffendes streichen)

- wenn ich an einer unheilbaren Krankheit leide und ich aller Wahrscheinlichkeit nach in wenigen Tagen oder Wochen versterben werde;
- wenn ich an einer unheilbaren Krankheit leide und ich aller Wahrscheinlichkeit nach versterben werde, der genaue Zeitpunkt meines Ablebens jedoch nicht feststeht;
- wenn ich infolge einer schweren Hirnschädigung (z.B. Unfall, Tumor oder Schlaganfall) das Bewusstsein verliere und nach ärztlichem Ermessen sehr wahrscheinlich dauerhaft nicht mehr in der Lage bin, mit meiner Umwelt in irgendeiner Form Kontakt aufzunehmen (sog. Wachkoma oder eine vergleichbare Situation);
- wenn ich in Folge eines fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, zum Beispiel einer Demenz, nicht mehr in der Lage bin, auf natürliche Weise Nahrung und Flüssigkeit zu mir zu nehmen, und mir ein bewusstes umweltbezogenes Leben nicht mehr möglich ist;
-

(Sofern gewünscht, haben Sie hier die Möglichkeit, weitere Situationen zu beschreiben. Andernfalls streichen Sie die betreffenden Zeilen durch.)

5. Falls ich in eine der oben beschriebenen und von mir angekreuzten gesundheitlichen Situationen gerate, und ich zusätzlich, wie unter Punkt 3. beschrieben, meinen Willen aufgrund einer Erkrankung nicht mehr bilden oder nicht mehr verständlich äußern kann, ordne ich hiermit Folgendes verbindlich an:
(siehe Hinweise Ziff. 5. a. bis i.)

a. Lebenserhaltende Maßnahmen:

b. Künstliche Ernährung:

c. Künstliche Flüssigkeitszufuhr:

d. Künstliche Beatmung:

e. Wiederbelebung:

f. Notarzt:

g. Dialyse:

h. Antibiotika:

i. Behandlung von Schmerzen, Unruhe, Angst und ähnlichen Symptomen:

6. Im Übrigen habe ich folgende Wünsche für meine Behandlung in meiner letzten Lebensphase (siehe Hinweise Ziffer 6.):

7. Vollmacht *(Bitte ankreuzen und ausfüllen)*

Ich habe am _____ eine Vorsorgevollmacht/Vollmacht erteilt. Die darin genannte(n) Person(en) werden hiermit ausdrücklich beauftragt und ermächtigt, meinen in dieser Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachten Willen gegenüber allen Beteiligten durchzusetzen.

Ich erteile hiermit folgenden Personen/folgender Person meines Vertrauens den Auftrag und die Ermächtigung, meinen in dieser Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachten Willen gegenüber allen Beteiligten durchzusetzen:

(Sofern mehrere Personen beauftragt sind, müssen diese grundsätzlich einvernehmlich darüber entscheiden, was in der konkreten Situation von mir gewollt ist. Eine Ausnahme gilt nur, falls eine oder mehrere Personen für einen längeren Zeitraum oder dauerhaft nicht entscheiden können. Sofern sich die von mir benannten Personen nicht einigen können, soll das zuständige Amtsgericht vermitteln und notfalls eine verbindliche Entscheidung treffen.)

Ich kann keine Person benennen, der ich eine Vollmacht erteilen könnte. Das Gericht soll deshalb einen Betreuer bestellen. Hinsichtlich des Betreuers habe ich folgende Wünsche:

Ich kann keine Person benennen, der ich eine Vollmacht erteilen könnte. Das Gericht soll deshalb meine Betreuungsverfügung vom _____ beachten, in der ich festgelegt habe, wer mein Betreuer werden soll.

Ort, Datum und Unterschrift **des Verfassers /der Verfasserin**

Ort, Datum und Unterschrift **des/ der Bevollmächtigten**

Ich habe den Inhalt der Patientenverfügung mit folgendem Arzt meines Vertrauens besprochen:

Name und Anschrift des Arztes

Als Arzt des Vertrauens bescheinige ich hiermit, dass die Verfasserin/der Verfasser in der Lage ist, den Sinn, die Bedeutung und die Folgen ihrer/seiner Verfügung zu erfassen.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift **des Arztes**

Es wird empfohlen, bei dem Arzt Ihres Vertrauens eine Kopie Ihrer Patientenverfügung zu den Krankenunterlagen zu hinterlegen und einen entsprechenden Hinweis auf Ihrem „Notfallausweis“ zu vermerken.

Bitte überprüfen und bestätigen Sie Ihre obige Patientenverfügung spätestens alle 2 Jahre. Dazu dienen die folgenden Zeilen.

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

- Ich habe heute meine am _____ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum und Unterschrift des Verfassers / der Verfasserin

Hinweise zu den einzelnen Gliederungspunkten der Patientenverfügung:

herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft für Betreuungsangelegenheiten Stadt und Kreis Düren im Januar 2011

Lesen Sie diese bitte aufmerksam durch und äußern sich in den Leerzeilen der entsprechenden Abschnitte zu den in diesen Hinweisen vorgeschlagenen Anregungen.

Hinweise zu Ziffer 1:

An dieser Stelle können Sie zu folgenden Themen und Fragen Stellung nehmen:

- Ob Sie mit Ihrem bisherigen Leben zufrieden sind oder ob Sie es anders führen würden, wenn Sie die Möglichkeit dazu hätten.
- Wie Sie sich Ihr künftiges Leben vorstellen, insbesondere ob Ihnen die Qualität Ihres Lebens wichtiger ist als die Dauer, oder ob Ihnen ein langes Leben wichtig ist.
- Ob Sie eigene leidvolle Erfahrungen im Umgang mit Leiden und Sterben gemacht haben (welche?), wie Sie damit fertig geworden sind und was dabei für Sie die schlimmste Vorstellung oder Erfahrung war.
- Ob Sie fremde Hilfe gut annehmen können oder ob Sie Angst haben, anderen Menschen zur Last zu fallen oder von Ihnen abhängig zu sein.
- Welche Rolle der Glaube/die Religion für Sie hat.

Hinweise zu Ziffer 2:

Einige Beispiele: Schmerzen erleiden zu müssen; Allein zu sein; nicht in meiner vertrauten Umgebung zu sein; nicht vom Leben und meinen Liebsten Abschied nehmen zu können; nicht sterben zu dürfen; für lange Zeit ohne erkennbaren Kontakt zu meiner Umwelt leben zu müssen...

Hinweise zu Ziffer 5:

Bedenken Sie bitte noch einmal, dass die folgenden Anweisungen erst gelten, wenn Sie sich in einer der unter Ziffer 3 beschriebenen gesundheitlichen Situationen befinden und wenn Sie, wie unter Ziffer 2 beschrieben, aufgrund einer Erkrankung Ihren Willen nicht mehr bilden oder nicht mehr verständlich äußern können.

Beschreiben Sie an dieser Stelle Ihre Anordnungen zu:

a. Lebenserhaltenden Maßnahmen:

Ob sie wollen, dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um Ihr Leben zu erhalten oder dass alle lebensverlängernden Maßnahmen unterlassen werden sollen.

b. Künstliche Ernährung:

- Ob eine begonnene künstliche Ernährung fortgeführt oder eingestellt werden soll;
- ob sie eine künstliche Ernährung ablehnen, unabhängig davon, auf welche Weise sie erfolgt (Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge);
- ob und für welchen Zeitraum Sie eine künstliche Ernährung wünschen.

c. Künstliche Flüssigkeitszufuhr:

- ob Sie in den beschriebenen Situationen künstliche Flüssigkeitszufuhr wünschen oder ablehnen oder die Reduzierung nach ärztlicher Einschätzung wünschen.

d. Künstliche Beatmung:

Ob Sie eine künstliche Beatmung wollen, falls dies erforderlich ist, um Sie am Leben zu erhalten, oder ob Sie dies ablehnen, aber Medikamente zur Linderung der Luftnot wünschen. Beschreiben Sie auch, ob eine bereits begonnene künstliche Beatmung fortgeführt oder eingestellt werden soll.

e. Wiederbelebung:

Ob Sie in den beschriebenen Situationen Wiederbelebung im Falle eines Herz- oder Lungenversagens ablehnen oder wünschen.

f. Notarzt:

- Ob Sie im Falle eines Herz- oder Lungenversagens wünschen, dass ein Notarzt verständigt wird oder dies ausdrücklich ablehnen;
- ob Sie für den Fall, dass doch ein Notarzt gerufen wurde, wünschen, dass dieser über Ihre Anordnung, keine Wiederbelebungsversuche zu erlauben, informiert wird oder nicht.

g. Dialyse:

Ob Sie wünschen, dass eine Dialyse durchgeführt wird, um Ihr Leben zu verlängern, oder ob Sie dies in jedem Fall – auch wenn es zu einer Lebensverlängerung führt – ablehnen.

h. Antibiotika:

Ob Sie die Vergabe von Antibiotika wünschen, falls dies ihr Leben verlängern kann, oder ob Sie anordnen, dass diese nicht zur Lebensverlängerung, sondern nur zur Linderung von Beschwerden verabreicht werden dürfen.

i. Behandlung von Schmerzen, Unruhe, Angst und ähnlichen Symptomen:

Beschreiben Sie, ob Sie

- die Behandlung dieser Symptome wünschen oder ablehnen,
- die Medikamente notfalls auch bewusstseinsdämpfend sein dürfen oder nicht,
- bewusstseinsdämpfende Medikamente nur für den Fall wünschen, dass alle anderen medizinischen Möglichkeiten zur Behandlung obiger Symptome keinen ausreichenden Erfolg zeigen,
- die (eher unwahrscheinliche) Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung Ihres Lebens durch diese Medikamente in Kauf nehmen,
- Sie eine Vergabe von Medikamenten auch in einer erhöhten oder deutlich erhöhten Dosis ausdrücklich anordnen, falls die Symptome anders nicht beherrschbar sind.

Hinweise zu Ziffer 6:

An dieser Stelle können Sie zu folgenden Aspekten Stellung nehmen:

- ob Sie eine seelsorgerische Begleitung wünschen, wenn ja, welche;
- ob Sie - soweit möglich - an dem Ort sterben wollen, an dem Sie zuletzt gelebt haben, auch wenn die maximale Versorgung eines Krankenhauses dort nicht zur Verfügung steht;
- ob Sie in einem Hospiz sterben, bzw. von der ambulanten örtlichen Hospizbewegung betreut und begleitet werden möchten;
- welche sonstigen Wünsche Sie für Ihre letzte Lebensphase haben;