

The page features a decorative graphic consisting of two sets of concentric circles. One set is large and centered in the upper half, while a smaller set is positioned to its left. A dotted white line starts from the top left, passes through the center of the smaller circles, and then extends horizontally to the center of the larger circles. The background is split horizontally into a light blue top half and a light grey bottom half, with a solid blue vertical bar on the right edge and a solid blue horizontal bar at the bottom edge.

Patientenverfügung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben sich an die Ärztekammer Niedersachsen gewandt, weil Sie sich zur Zeit mit etwas beschäftigen, über das viele nicht gerne sprechen: Mit dem Ende unseres Lebens – mit dem Sterben. Das Sterben gehört zum Leben dazu und dennoch verdrängen wir, was auf uns alle zukommt. Dieses Verdrängen liegt wohl auch daran, dass unsere Medizin in den vergangenen Jahrzehnten große Fortschritte gemacht hat und unsere Lebenserwartung deutlich gestiegen ist. Die Auseinandersetzung mit dem Sterben prägt daher nicht mehr so stark wie früher unseren Alltag.

Patient und Arzt . Ein therapeutisches Bündnis

Wir Ärztinnen und Ärzte bemühen uns nach Kräften, Ihnen jederzeit alle nur mögliche medizinische Behandlung zukommen zu lassen. Doch nichts darf ohne Ihr Einverständnis geschehen. Nach einer ausführlichen Aufklärung liegt es in Ihrer Entscheidung, ob wir noch alle medizinischen Möglichkeiten ausschöpfen oder uns beispielsweise auf die Schmerzlinderung beschränken. Allerdings kann es auch Situationen geben, in denen Sie nicht mehr ansprechbar sind und keine Entscheidungen mehr treffen können. Für einen solchen Fall können Sie Ihre Behandlungswünsche schon im Vorhinein äußern oder verbindlich festlegen.

Die Patientenverfügung . Eine große Hilfe für Patienten und Ärzte

Seit Kurzem ist nunmehr die Patientenverfügung gesetzlich geregelt. Für Sie als Patienten folgt daraus: Sie legen als einwilligungsfähige volljährige Person in einer Patientenverfügung für den Fall Ihrer Einwilligungsunfähigkeit schriftlich fest, dass Sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen Ihres Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen oder diese untersagen. Dieser schriftlich festgelegte Wille gilt unmittelbar und ist – unabhängig vom Stadium Ihrer Erkrankung – für Ärzte, Pflegekräfte und andere Beteiligte bindend. Jederzeit können Sie jedoch Ihre Patientenverfügung formlos widerrufen.

Ein gerichtlich bestellter Betreuer (siehe Betreuungsverfügung) oder Ihr Bevollmächtigter (siehe Vorsorgevollmacht) prüft bei Bestehen einer Patientenverfügung, ob Ihre darin getroffenen Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer/Bevollmächtigte Ihrem bindenden Willen Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Ihm bleibt in einer solchen Situation kein Raum für eine eigene Entscheidung, sondern er handelt wie die behandelnden Ärzte entsprechend Ihren in der Patientenverfügung festgelegten Wünschen.

Anders ist die Rechtslage wenn die Festlegungen Ihrer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen oder nicht konkret genug sind. Dann hat der Betreuer/Bevollmächtigte Ihre Behandlungswünsche oder Ihren mutmaßlichen Willen zu ermitteln und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in dem konkreten Fall an Ihrer Stelle in eine ärztliche Maßnahme einwilligt oder diese untersagt. In diesem Fall trifft also der Betreuer/Bevollmächtigte eine eigene Entscheidung, welche von Ihren schriftlich niedergelegten Wünschen geleitet, aber auch von Ihren Wertvorstellungen, ethischen oder religiösen Überzeugungen und mündlichen Äußerungen beeinflusst ist.

In Ihrer Patientenverfügung können Sie jedoch auch festlegen, dass diese trotz Ihrer konkret formulierten Wünsche und Entscheidungen nicht bindend ist, sondern vielmehr in jedem Fall der Betreuer/Bevollmächtigte eine eigene Entscheidung über die Behandlung treffen muss. Bei dieser Alternative werden Ihre Wünsche bei der Entscheidungsfindung Ihres Betreuers/Bevollmächtigten herangezogen.

Unser Muster enthält nur Vorschläge

Wir möchten Ihnen für Ihre Überlegungen, eine Patientenverfügung zu verfassen, eine kompetente Hilfestellung bieten. Beispielhaft haben wir in unserem Muster einige im Klinikalltag typische Situationen beschrieben und ärztliche Maßnahmen angeführt. Dieser Katalog ist jedoch nicht abschließend und kann von Ihnen auch zusammengestrichen werden. Beachten Sie bitte bei der Aufnahme eigener Formulierungen, dass die von Ihnen geschilderten Situationen nicht nur im höheren Alter eintreten, sondern Sie vielmehr auch in jungen Jahren betreffen könnten. Wägen Sie daher gut ab und prüfen Sie selbst genau, auf welche ärztliche Maßnahmen Sie persönlich in welchen bestimmten Lebenssituationen verzichten möchten. Deshalb schlagen wir Ihnen vor: **Sprechen Sie mit der Ärztin oder dem Arzt Ihres Vertrauens!**

Lassen Sie sich vor dem Erstellen der Patientenverfügung von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt erklären, welche medizinischen Möglichkeiten es heute gibt und was mit den medizinischen Fachausdrücken gemeint ist. Geben Sie später eine Kopie der Verfügung in Ihrer Arztpraxis ab und legen Sie die heraustrennbare Karte in Ihr Portemonnaie oder in Ihre Brieftasche, damit man später weiß, wer der Arzt oder die Ärztin Ihres Vertrauens ist und wo die Patientenverfügung eingesehen werden kann. Geben Sie eine weitere Kopie der Patientenverfügung der von Ihnen gewählten Vertrauensperson. Achten Sie zudem darauf, dass Sie das Original der Verfügung gut zugänglich zu Hause aufbewahren.

Sprechen Sie mit Ihren Angehörigen und Vertrauten

Wenn Sie sich selber nicht mehr äußern können, bedarf es zur Umsetzung Ihrer in der Patientenverfügung festgelegten Wünsche eines Bevollmächtigten oder eines Betreuers. Stellen Sie daher eine Vorsorgevollmacht oder eine Betreuungsverfügung aus und benennen Sie dafür diejenige Person, zu der Sie am meisten Vertrauen haben und die am besten über Ihre Wünsche und Lebenseinstellungen Auskunft geben kann. Informieren Sie Ihren Vertrauten über Ihre Entscheidung und fragen Sie ihn, ob er einverstanden ist, das ihm zugedachte Amt zu übernehmen. Denn Sie wissen selbst: Nicht jedermann hat die Kraft, in solchen Situationen diese Aufgabe auf sich zu nehmen. Teilen Sie Ihrer Vertrauensperson auch regelmäßig mit, dass sich an Ihren Wünschen, die Sie in der Patientenverfügung festgehalten haben, nichts geändert hat. Und machen Sie es sich zur Regel, die Verfügung alle zwei Jahre noch einmal zu unterschreiben, um so auf Ihren unveränderten Willen aufmerksam zu machen. Zwingend ist das allerdings nicht. Selbstverständlich steht Ihnen jederzeit die Möglichkeit offen, die Patientenverfügung zu ändern oder formlos zu widerrufen.

Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht setzen Sie eine Person Ihres Vertrauens ein, die im Fall Ihrer eigenen Entscheidungsunfähigkeit (Verlust der Geschäftsfähigkeit) sofort für Sie handeln kann. Die Vorsorgevollmacht vermeidet damit die gerichtliche Anordnung einer Betreuung. Eine solche Vollmacht kann vollumfänglich ausgestellt werden und damit beispielsweise auch die Vermögenssorge umfassen. In jedem Fall bedarf es jedoch der ausdrücklichen Klarstellung, dass sich die Vollmacht auf medizinische Maßnahmen erstrecken soll. Ein Muster für die Formulierung einer auf die Gesundheitsvorsorge beschränkten Vorsorgevollmacht haben wir Ihnen beigelegt. Eine notarielle Beglaubigung ist nicht erforderlich.

Betreuungsverfügung

Sollten Sie einmal nicht mehr geschäftsfähig sein und niemanden zu Ihrem Bevollmächtigten bestellt haben, wird das Betreuungsgericht einen Betreuer für Sie einsetzen. Mit einer Betreuungsverfügung können Sie festlegen, wer als Person Ihres Vertrauens von dem Gericht in einem solchen Fall als Ihr Betreuer bestellt werden soll. Ein Muster für die Formulierung einer Betreuungsverfügung haben wir Ihnen beigelegt.

Es gibt auch andere Mustertexte

Da es um ein wichtiges Thema geht, haben sich auch zahlreiche andere Stellen Gedanken über das Abfassen einer Patientenverfügung gemacht. Statt vieler wollen wir Sie hier auf drei Bezugsquellen aufmerksam machen: Das Bundesjustizministerium hat umfangreiche Erläuterungen und Mustertexte zur Patientenverfügung sowie zur Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung erstellt. Auch bei der Verbraucherzentrale erhalten Sie gegen ein geringes Entgelt eine Broschüre zur Patientenverfügung. Die großen Kirchen in Deutschland haben eine „Christliche Patientenverfügung“ herausgegeben. Fragen Sie dazu in Ihrer Kirchengemeinde nach. Bitte beachten Sie bei allen Formularen, dass diese unter Berücksichtigung der neuen Rechtslage erstellt wurden.

Karte zur Patientenverfügung

Tragen Sie auf beiden Karten Ihren Namen und Ihre Adresse ein. Lassen Sie auf beiden Karten die Adresse Ihres Arztes aufstempeln. Hinterlegen Sie eine Kopie der Patientenverfügung bei Ihrem Arzt. Tragen Sie eine der Karten immer bei sich. Bewahren Sie die Ersatzkarte auf.

Patientenverfügung

(Name, Vorname)

(Straße)

(Ort)

(Unterschrift) Bitte Kugelschreiber oder wasserfesten Edding verwenden.

Patientenverfügung

(Name, Vorname)

(Straße)

(Ort)

(Unterschrift) Bitte Kugelschreiber oder wasserfesten Edding verwenden.

Patientenverfügung

(Name, Vorname)

(Straße)

(Ort)

(Unterschrift)

Bitte Kugelschreiber oder wasserfesten Edding verwenden.

Patientenverfügung

(Name, Vorname)

(Straße)

(Ort)

(Unterschrift)

Bitte Kugelschreiber oder wasserfesten Edding verwenden.

Patientenverfügung

Ich habe eine Patientenverfügung hinterlegt bei:

(Arztstempel)

Patientenverfügung

Ich habe eine Patientenverfügung hinterlegt bei:

(Arztstempel)

Ich,

geb. am

wohnhaft in

verfüge schon jetzt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich mitteilen kann, bezüglich meiner medizinischen Versorgung und Behandlung folgendes:

Wenn zwei Fachärzte unabhängig voneinander bestätigt haben, dass

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im unabwendbaren Sterbeprozess befinde, oder
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, oder
- aufgrund einer Gehirnschädigung (bspw. Wachkoma, irreversible Bewusstlosigkeit, Schädelhirntrauma) meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn ein Todeseintritt nicht absehbar ist, oder
- ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines bereits weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr selbst oder mit Hilfe Dritter, sondern nur noch in Form einer künstlichen Ernährung zu mir nehmen kann,

- (Raum für eigene Eintragungen)

verzichte ich auf die Einleitung oder Aufrechterhaltung medizinischer Maßnahmen, die allein der Lebensverlängerung oder -erhaltung und nicht nur der Schmerz- oder Beschwerdelinderung dienen. Daher bestimme ich für den Fall, dass ich mich in einer der von mir benannten Lebens- und Behandlungssituationen befinde, dass

- mir keine lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Medikamente verabreicht werden. Die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden verlange ich auch dann, wenn diese unter Umständen geeignet sind, meine Lebenszeit zu verkürzen, der Gabe von Antibiotika stimme ich nur zu, wenn diese zur Linderung meiner Schmerzen und Beschwerden aus ärztlicher Sicht erforderlich sind,
- keine Operationen, etwa zur Behandlung einer Krebserkrankung mehr durchgeführt werden,
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet werden,
- ich nicht künstlich beatmet werde, verlange aber in diesem Fall Medikamente zur Linderung der Luftnot zu erhalten und zwar auch, wenn diese unter Umständen geeignet sind, meine Lebenszeit zu verkürzen,
- ich keine künstliche Ernährung erhalte, sondern nur mein Hunger- und Durstgefühl gestillt wird,

bitte wenden >>

• (Raum für eigene Eintragungen)

Für den Fall, dass in den von mir genannten Lebens- und Behandlungssituationen eine der genannten Maßnahme bereits eingeleitet worden sein sollte, verlange ich deren Einstellung.

In jedem Fall möchte ich eine fachgerechte Körperpflege, Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie Zuwendung. Insbesondere verlange ich, dass mir bei Schmerzen, Erstickungsängsten, und Atemnot, Übelkeit oder Angst Medikamente verabreicht werden, die mich von Schmerzen und größeren Belastungen befreien, selbst wenn dadurch meine Lebenszeit verkürzt werden könnte.

Zur Bindungswirkung dieser Patientenverfügung mache ich folgende Aussage (**nicht Zutreffendes ist gestrichen**):

Entweder: Die Bedeutung und Tragweite meiner Erklärung ist mir bewusst, insbesondere ist mir bekannt, dass diese Verfügung meine Ärzte, Pflegekräfte, Betreuer oder Bevollmächtigte bindet.

Oder: Ich möchte nicht, dass diese Patientenverfügung unmittelbare Bindungswirkung entfaltet. Vielmehr verlange ich, dass die Entscheidung über die Durchführung einer der genannten ärztlichen Maßnahmen stets meinem Betreuer/ Bevollmächtigten obliegt. Meine oben niedergelegten Wünsche sind von ihm hierbei zu Grunde zu legen.

Der Arzt meines Vertrauens:

hat mich über die Bedeutung und Folgen meiner Entscheidung aufgeklärt, in den von mir benannten Lebens- und Behandlungssituationen, auf die benannten ärztlichen Maßnahmen zu verzichten.

Damit meine Festlegungen in der Patientenverfügung besser nachzuvollziehen sind, habe ich ergänzend als Interpretationshilfe auf einem gesonderten Blatt eine Darstellung meiner persönlichen Lebenseinstellungen beigelegt (gesondertes Blatt bitte bei Bedarf selbst ausfüllen und beilegen).

Für den Fall meiner Geschäftsunfähigkeit habe ich in Ergänzung zu dieser Patientenverfügung

Herrn/Frau

geb. am

wohnhaft in

eine Vorsorgevollmacht erteilt bzw. in einer Betreuungsverfügung benannt.

Ort, Datum

Unterschrift

Zur Aktualisierung:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Vorsorgevollmacht

Ich,

geb. am

wohnhaft in

bevollmächtige für den Fall des Verlusts meiner Geschäftsfähigkeit

Herrn/Frau

geb. am

wohnhaft in

Telefon

mich in dem genannten Umfang zu vertreten.

Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt mich in allen Angelegenheiten der medizinischen Versorgung und Behandlung sowie des eventuellen Behandlungsabbruchs gegenüber Ärzten und Krankenhäusern zu vertreten. Meine behandelnden Ärzte entbinde ich zu diesem Zweck von Ihrer Schweigepflicht gegenüber meinem Bevollmächtigten.

Der/die Bevollmächtigte darf über eventuelle Zwangsmaßnahmen wie Fixierung oder Unterbringung entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.

Diese Vollmacht besteht in Ergänzung zu meiner Patientenverfügung, sofern ich diese nicht widerrufen habe.

Ort, Datum

Unterschrift (Vollmachtgeber)

Ort, Datum

Unterschrift (Bevollmächtigte/r)

Betreuungsverfügung

Sollte eine gerichtliche Betreuung notwendig werden, möchte

ich	geb. am
wohnhaft in	dass
Herr/Frau	geb. am
wohnhaft in	Telefon

zu meiner Betreuung bestellt wird.

Als Ersatzbetreuer bestimme ich in absteigender Reihenfolge:

Auf keinen Fall möchte ich, dass Herr/Frau

zu meinem Betreuer bestellt wird.

Ort, Datum

Unterschrift