

Patientenverfügung

Ich, _____ treffe folgende schriftliche Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht¹.

Die folgende Verfügung gilt nicht für Unfallereignisse oder plötzliche Erkrankungen. Hier wünsche ich die zum jeweiligen Zeitpunkt mögliche Maximaltherapie. Folgezustände akuter Ereignisse sollen frühestens sechs Monate nach dieser Verfügung beurteilt werden.

1. Eingangsformel

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

2. Exemplarische Situation, 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 in dieser Beurteilung erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (davon mind. ein Facharzt für Neurologie) aller Wahrscheinlichkeit unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung (Zustandsbeurteilung als dauerhaft erst nach einem ½ Jahr, bis dahin Maximaltherapie). 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 wahrscheinlich ist.
- Ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. Dabei ist mein Wille stets zu beachten – verweigere ich die Nahrungsaufnahme, so ist dies als Willensäußerung zu akzeptieren.

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

Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- 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 andere belastender Symptome.

¹ „Modifiziert nach der Broschüre `Patientenverfügung` aus dem Ministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Patientenverfuegung.html) in: Thöns, Matthias 2016. S.263.

Schmerz- und Symptombehandlung

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

- 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 und Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- Dass **keine** künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.
- Die Unterlassung jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr
- Dies gilt nicht, wenn objektive Zeichen von Hunger / Durst entstehen und sich durch probeweise künstliche Ernährung bessern.

Wiederbelebung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- Die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.
- Dass ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird und lediglich Maßnahmen zur Leidenslinderung ergreift.

Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- 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. Eine bereits laufende Beatmung soll in Vollnarkose abgeschaltet werden.

Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Blut / Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

Weitere medizinische Verfahren

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- lehne ich eventuell in Zukunft mögliche weitere medizinische Verfahren, die nicht der Leidenslinderung dienen, ab. Dies betrifft in besonderer Weise Maßnahmen, die der intensivmedizinischen Versorgung zugeordnet werden.

(optional) Organspende

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu transplantationszwecken zu. 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 **geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. Organentnahme nur in Vollnarkose.**

4.Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

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

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen bzw. Personengruppen:

Meine gesamte Familie als auch Freunde, die mich noch einmal sehen möchten.

Ich wünsche die Begleitung durch einen Hospizverein und, wenn nötig, die Betreuung durch ein engagiertes Palliativteam.

5.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) 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 meinem Vertreter / meiner Vertreterin erwarte ich, dass er/sie 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.

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 / meine Bevollmächtigt(er) / 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. Für die Unterstellung eines Willenswechsels müssen objektive Zeichen vorhanden sein, die alle Beteiligten anerkennen.

6. Hinweis auf weitere Vorsorgeverfügungen:

Diese Patientenverfügung umfasst auch eine Vorsorgevollmacht.

7. Schlussformel

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

8. 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 gelesen, verstanden, anerkannt und unterschrieben.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

9. Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe.

10. Bevollmächtigung in Gesundheitsangelegenheiten:

Als Bevollmächtigten gem. 1896 Abs. 2 BGB, der im Falle meiner Einwilligungsunfähigkeit ausdrücklich auch über lebenserhaltende medizinische Maßnahmen und meinen Aufenthaltsort entscheiden darf, bestimme ich:

Datum

Unterschrift