



Hospizbewegung Weingarten •
Baienfurt • Baidnt • Berg e.V.



Kreissenorenrat Ravensburg e. V.



PATIENTENVERFÜGUNG

Eine Patientenverfügung kann ein wichtiges und hilfreiches Dokument sein, um festzulegen, wie man behandelt werden will, wenn man sich aufgrund von Krankheit oder Unfall nicht mehr äußern kann.

Allerdings ist es kein leichtes Unterfangen, im Voraus für eine unbekannte Situation, Entscheidungen zu treffen. Es erfordert eine intensive Beschäftigung mit der eigenen Haltung zum Leben und zum Sterben.

Der Hospizverein Weingarten • Baienfurt • Baidnt • Berg e.V. und der Kreissenorenrat Ravensburg e.V. möchten diese Beschäftigung mit dem komplexen und persönlichen Thema fördern und bieten eine Patientenverfügung an, die einerseits die grundlegenden medizinischen Details beinhaltet, andererseits aber auch Platz bietet für eigene Wertvorstellungen.

In unerwarteten lebensbedrohlichen Situationen kann es für Angehörige, Ärzte/Ärztinnen und Pflegepersonal eine enorme Hilfe sein, wenn sie nachlesen können, was dem kranken Menschen im Leben wichtig und wertvoll ist.

So ist es leichter herauszufinden, was der Wille und Wunsch des/der Patient/in ist. Und daran sollen sich die Beteiligten schließlich orientieren - so sieht es auch der Gesetzgeber vor. Rechtsgrundlage für die Patientenverfügung sind seit dem 01.09.2009 die §§1901a und 1901b des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Das beiliegende Formular ist auf dem Stand der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Es erfüllt die rechtlichen Anforderungen, die der Bundesgerichtshof in seinen Beschlüssen vom 6. Juli 2016 (BGH XII ZB 61/16) und 8. Februar 2017 (BGH XII ZB 604/15) aufgezeigt hat.

Wir empfehlen, den Inhalt dieser Patientenverfügung mit den eigenen Angehörigen bzw. Personen des Vertrauens und dem Hausarzt/der Hausärztin eingehend zu besprechen und dabei auch die vorgeschlagenen Formulierungen zu konkretisieren, damit v.a. die Bevollmächtigten sich sicher sein können, wann die Situation eingetreten ist, ab der die Verfügung gelten soll.

- Legen Sie den Vordruck zu Ihren Dokumenten und geben Sie eine Kopie den Bevollmächtigten.
- Tragen Sie das kleine Hinweiskärtchen bei Ihren Ausweispapieren.
- Informieren Sie Ihren Hausarzt/ihre Hausärztin auf jeden Fall über Ihre Patientenverfügung.
- Überprüfen Sie die Patientenverfügung regelmäßig auf ihren Inhalt hin.

Sollten Sie an der Verfügung etwas ändern wollen, füllen Sie zwingend ein neues Formular aus. Korrekturen im Formular sind nicht zulässig. So ist Ihr Dokument unmissverständlich.
- Eine notarielle Beurkundung der Patientenverfügung ist nicht nötig.

Patientenverfügung

Eigene Wertvorstellungen – Grundsätzliche Überlegungen zu Leben und Sterben -

Eine wichtige Ergänzung und Verstärkung Ihrer Patientenverfügung ist es, wenn Sie Ihre aktuelle Lebens- und Krankheitssituation sowie Ihre persönlichen Wertvorstellungen, Ihre religiöse Überzeugung und Ihre Einstellung zum eigenen Leben und Sterben bedenken und aufschreiben. Dazu können Ihnen die folgenden Überlegungen und Fragen hilfreich sein. Natürlich werden Ihre Antworten auf diese Fragen davon abhängen, ob Sie alt oder jung sind, unheilbar krank oder gesund. Sie hängen aber auch ab von Ihren Einstellungen zu dem hinter Ihnen liegenden Lebensabschnitt und von Ihren Vorstellungen über die vor Ihnen liegende Lebensspanne. Und je nach Lebenssituation können die Antworten im Laufe Ihres Lebens immer wieder anders ausfallen.

Zunächst zwei Beispiele, die die Schwierigkeit eindeutiger und allgemeingültiger Aussagen deutlich machen:

A. Wiederbelebungsversuche sind häufig erfolgreich im Hinblick auf das Wiedereinsetzen der Herz- und Nierentätigkeit. Leider gelingt jedoch viel seltener eine komplette Wiederherstellung aller Gehirnfunktionen. Bei einer Wiederbelebung entscheiden oft Sekunden oder Minuten über den Erfolg. Daher hat der Arzt/die Ärztin in dieser Situation keine Zeit, lange Diskussionen oder Entscheidungsprozesse zu führen. Er/Sie kann auch nicht voraussagen, ob der betreffende Mensch überhaupt nicht zu retten ist, ob er mit einem schweren Hirnschaden als Pflegefall überleben wird oder ob ihm nach erfolgreicher Wiederbelebung ein normales, selbst bestimmtes Leben möglich ist.

Wenn Sie sich über Ihre Behandlungswünsche in einer solchen Situation Klarheit verschaffen wollen, könnte die Beantwortung folgender Fragen hilfreich für Sie sein:

1. Wünschen Sie, im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines Atemversagens wieder belebt zu werden, weil eine Chance besteht, nicht nur am Leben zu bleiben, sondern ein weiterhin selbst bestimmtes Leben führen zu können?

Oder

2. Verzichten Sie im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines Atemversagens auf die Chance, weitgehend folgenlos eine Wiederbelebung zu überstehen, weil der Preis einer möglichen schlimmen Hirnschädigung für Sie zu hoch wäre?

B. Wachkomapatient/innen finden in Ausnahmefällen noch nach Jahren intensiver Pflegebedürftigkeit und Therapie, aber auch totaler Abhängigkeit in ein selbst bestimmtes, bewusstes Leben zurück.

Auch in dieser Situation können Ärzte/Ärztinnen zunächst nicht voraussagen, ob die jeweils betroffene Person zu den wenigen gehören wird, die in ein selbst bestimmtes Leben zurückkehren oder zu den vielen, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen.

Fragen im Hinblick auf diese Situation könnten sein:

- Wünschen Sie, dass im Falle eines Wachkomas alles Menschenmögliche für Sie getan wird in der Hoffnung, dass Sie zu denjenigen gehören, die nach jahrelanger Therapie in ein selbst bestimmtes Leben zurückkehren können?
- Oder ist Ihnen die Vorstellung einer langjährigen totalen Abhängigkeit zu erschreckend, so dass Sie lieber auf diese Lebensmöglichkeit verzichten wollen und nach einer von Ihnen zu bestimmenden Zeit weitere Maßnahmen zur Lebensverlängerung ablehnen?

Die folgenden Fragen sollen Sie anregen, über Ihre eigenen Lebenseinstellungen und Wertvorstellungen nachzudenken:

- Können Sie Ihr Leben rückblickend als gelungen bezeichnen? Oder würden Sie lieber – wenn Sie könnten – Ihr Leben ganz anders führen? Sind Sie enttäuscht worden vom Leben? Gibt es viele unerfüllte Wünsche, von denen Sie hoffen, dass sie zukünftig noch erfüllt werden könnten?
- Wie sind Sie bisher mit leidvollen Erfahrungen in Ihrem Leben umgegangen? Haben Sie sich dabei von anderen helfen lassen oder haben Sie versucht, alles allein zu regeln und alles mit sich selbst auszumachen?
- Haben Sie Angst, anderen zur Last zu fallen oder sind Sie der Meinung, dass Sie sich getrost helfen lassen dürfen?
- Welche Rolle spielt die Religion in Ihrer Lebensgestaltung? Und welche Rolle spielt sie in Ihren Zukunftserwartungen, auch über den Tod hinaus?
- Wollen Sie noch möglichst lange leben? Oder ist Ihnen die Intensität Ihres zukünftigen Lebens wichtiger als die Lebensdauer? Geht Ihnen die Qualität des Lebens vor Quantität oder umgekehrt, wenn beides nicht in gleichem Umfang zu haben ist?
- Wie wirken Behinderungen anderer Menschen auf Sie? Wie gehen Sie damit um? Gibt es für Sie einen Unterschied in der Wertung zwischen geistiger und körperlicher Behinderung? Was wäre die schlimmste Behinderung, die Sie selbst treffen könnte?
- Gibt es viele „unerledigte“ Dinge in Ihrem Leben, für deren Regelung Sie unbedingt noch Zeit brauchen?
- Welche Rolle spielen Freundschaften und Beziehungen zu anderen Menschen in Ihrem Leben? Haben Sie gern vertraute Menschen um sich, wenn es Ihnen schlecht geht oder ziehen Sie sich lieber zurück? Können Sie sich vorstellen, einen Menschen beim Sterben zu begleiten? Würden Sie eine solche Begleitung für sich selber wünschen?

Beschäftigen Sie sich mit den Fragen. Nehmen Sie sich Zeit dafür und sprechen Sie mit vertrauten Menschen darüber. Notieren Sie die wichtigsten Gedanken auf der Seite „Meine Wertvorstellungen“.

Diese Seite kann als ergänzende Erläuterung wichtiger Teil Ihrer Patientenverfügung sein. Sie dient dazu, die Ernsthaftigkeit und Glaubwürdigkeit Ihrer Entscheidung zu unterstreichen und Ihre persönlichen Überlegungen zu verdeutlichen.

Wenn Sie diese nicht ausführlich niederschreiben wollen, können Sie auch nur einige der beispielhaft genannten Fragen schriftlich beantworten.

Zumindest sollten Sie aber mit eigenen Worten möglichst handschriftlich zum Ausdruck bringen, dass Sie sich gründlich mit der Bedeutung einer Patientenverfügung befasst, den Inhalt der vorgeschlagenen Formulierung verstanden haben und dass die jeweils von Ihnen angekreuzten Aussagen Ihrem eigenen Willen entsprechen.

Sie haben dabei auch die Möglichkeit, sich grundsätzlich zur Frage der Wiederbelebung im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes zu äußern, wenn Sie das aufgrund Ihres Alters, Ihrer Lebenseinstellung oder Ihrer Krankheitssituation wünschen. Einzelheiten darüber sollten Sie mit Ihrem Arzt/ihrer Ärztin besprechen. Das gilt insbesondere für den Fall schwerer Krankheit.

Kontakt bei weiteren Fragen:

Betreuungsverein St. Martin e. V. Kuppelnaustraße 8 88212 Ravensburg Tel. 0751-17870 Mail: Betreuungsverein.St.Martin@t- online.de	Hospizbewegung Weingarten – Baienfurt – Baindt – Berg e. V. Vogteistraße 5 88250 Weingarten Tel. 0751-18056382 Mobil: 0160-96207277 Mail: info@hospizbewegung- weingarten.de	Kreissenorenrat Ravensburg e. V. Mail: info@kreissenorenrat- ravensburg.de Homepage: www.kreissenorenrat- at-ravensburg.de
---	---	--

Erstellung und Druck: Landratsamt Ravensburg, Juli 2023



Hospizbewegung Weingarten •
Baierfurt • Baidnt • Berg e.V.



Kreissenorenrat Ravensburg e. V.



PATIENTENVERFÜGUNG

Ich wünsche einen würdigen Tod und bitte meine Ärzte und Ärztinnen, Angehörige, Pflegerinnen und Pfleger, mir dabei beizustehen.

Für den Fall, dass ich,

geboren am:

wohnhaft in:

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes (Es muss Ja oder Nein angekreuzt werden, das Angekreuzte gilt):

1. Situationen, in denen diese Verfügung gilt:

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. |
| Ja | Nein | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. |
| Ja | Nein | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn ich infolge einer Gehirnschädigung, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte dauerhaft nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu bilden und verständlich zu äußern, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. |
| Ja | Nein | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn ich in Folge eines sehr weit fort geschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. |
| Ja | Nein | |

Weitere Situationen

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen Entsprechend beurteilt werden.

Erstellt unter Verwendung von: Vorsorge für Unfall Krankheit Alter, Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 19. Auflage www.justiz.bayern.de

2. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich, mein Leben in Würde vollenden zu können.

Ich verzichte auf:

ja Nein **Alle Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden** und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z.B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.

Ja Nein **Alle Wiederbelebungsmaßnahmen.**

Ja Nein **Diagnostische Maßnahmen**, die keine Therapie mehr zur Folge haben.

Ja Nein **Künstliche Ernährung** (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene)

Ja Nein **Flüssigkeitsgabe** (außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung)

Ich wünsche mir:

Ja Nein **Therapeutische Maßnahmen**, die eine lindernde Wirkung haben.

Ja Nein **Lindernde pflegerische Maßnahmen**, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls.

Ja Nein **Lindernde ärztliche Maßnahmen**, insbesondere Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und andere quälende Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.

Ja Nein Sollte ich Träger eines **Defibrillators** sein, so ist dieser zu **deaktivieren**.

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name.....

Anschrift/Telefon.....

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte und Ärztinnen von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Name.....

Wenn möglich wünsche ich in meiner letzten Lebenszeit eine Begleitung durch

Name.....

Ich wünsche außerdem Beistand

Ja Nein von meiner Kirche/Glaubensgemeinschaft

.....
 Ja Nein durch einen Hospizdienst

.....
 Ja Nein Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen.

Bevollmächtigte(r)

Name.....
Anschrift.....
Telefon

Bevollmächtigte(r)

Name.....
Anschrift.....
Telefon

Ja Nein Ich habe anstelle einer Vollmacht eine Betreuungsverfügung erstellt.

Ja Nein Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

Mir ist bewusst, dass ich an lebens- bzw. organerhaltende Geräte angeschlossen werde, falls ich der Organspende zugestimmt habe.

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit keine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diese Verfügung nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

