

Die Patientenverfügung

Erläuterungen zu Patientenverfügungen können an dieser Stelle nur sehr knapp sein. Wir empfehlen dringend, weitere Literatur zu lesen (s.u.), eine Informationsveranstaltung zu besuchen und bei Bedarf zusätzlich einen Beratungstermin zu vereinbaren.

Eine Patientenverfügung sollte kein Formular sein, sondern möglichst individuell Ihre persönlichen Behandlungswünsche und -grenzen zeigen und sich auf konkrete Situationen am Lebensende beziehen. Auch sollte erkennbar sein, dass Sie als Verfasser der Patientenverfügung die Konsequenzen Ihrer Entscheidungen sehen.

Als Anleitung zum Erstellen einer solchen Patientenverfügung hat die Hospizbewegung Münster zusammen mit dem Arbeitskreis ärztliche Sterbebegleitung bei der Ärztekammer Westfalen Lippe einen ausführlichen „Leitfaden“ formuliert, der als Heft bei uns oder (ab 5 Exemplaren) bei der Ärztekammer bestellt werden kann.

Nach dem Grundmuster dieses „Leitfadens“ haben wir als Anregung für Sie eine Patientenverfügung ausformuliert, die die Wünsche vieler Menschen aufgreift. Wir raten dringend, auch diese nicht einfach zu übernehmen, sondern noch individuell durch Erweiterungen oder Streichungen zu verändern.

Als sehr sinnvolle Ergänzung zur Patientenverfügung empfehlen wir zusätzlich eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung auszufüllen, in der Sie eine Person Ihres Vertrauens benennen, die im Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit an Ihrer Stelle mit dem Arzt entscheiden darf. Dafür haben wir das Formular des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz beigefügt.

Literatur:

Patientenverfügung und Vorsorge-Vollmacht Ein Leitfaden für Patienten und Angehörige
<http://www.aekwl.de/public/buergerinfo/download/pdf/patientenverfuegung.pdf>
Ärztekammer Westfalen Lippe, Gartenstr. 210 – 214, 48147 Münster, Tel. 0251-9292032, Fax 0251-9292999

Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung
Eine Information des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz
www.justiz.bayern.de

T. Klie, J.C. Student
Die Patientenverfügung Was Sie tun können, um richtig vorzusorgen
Verlag Herder Spektrum

Wenn Sie die Hospizbewegung Münster unterstützen wollen,
können Sie eine Spende auf das Konto des Hospizbewegung-Förderkreises
Nr. 18 221 100 bei der DKM (BLZ 400 602 65) überweisen.
Eine Spendenbescheinigung wird auf Wunsch zugesandt.

www.hospizbewegung.de

Hospizbewegung Münster e.V., Sonnenstraße 80, 48143 Münster,
TEL. 0251-519874 FAX 0251-4828246

Patientenverfügung

.....
Vorname, Name

geb. am

in

.....
Wohnort, Straße

Tel.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Es geht mir in dieser Verfügung nicht darum, dass ich getötet werden möchte. - Ich sehe aber Situationen, in denen ich es vorziehen werde, an meiner Grunderkrankung zu sterben und keine weiteren Behandlungsversuche mehr zu erlauben. Wenn z.B. im späten Verlauf einer tödlichen Erkrankung noch Schluckunfähigkeit hinzukommt, ist der Verzicht auf künstliche Ernährung für mich kein Töten sondern ein erlaubtes sterben Lassen (passive Sterbehilfe).

Nur für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Wünsche aktuell zu äußern, erkläre ich im Voraus meinen Willen bezüglich medizinischer und pflegerischer Maßnahmen. Tritt dieser Fall ein, dann soll die Entscheidung über mich und meinen Körper weder an Angehörige noch an Ärzte oder Pflegende übergehen. Ich will die Entscheidung für mich selbst behalten und lege deshalb meine Wünsche im Folgenden nach reiflicher Überlegung fest.

A) Wenn mein Sterbeprozess schon begonnen hat und der Eintritt des Todes in kurzer Zeit (Stunden bis etwa ein Tag) zu erwarten ist, will ich, **dass nichts mehr getan wird, was den Sterbeprozess aufhalten könnte. - Ich will dann an dem Ort bleiben, an dem ich mich befinde und nicht mehr in ein Krankenhaus oder eine Intensivstation verlegt werden. Es soll dann auch kein Notarzt gerufen werden.** Ich wünsche dann nur noch Grundpflege und die Linderung von Schmerzen, Luftnot und Angst. Wenn eben möglich sollen vertraute Menschen bei mir sein, am liebsten:

.....
B) Wenn ich an einer unheilbaren Krankheit im schon aussichtslosen Spätstadium leide, mich zwar noch nicht unmittelbar im Sterben befinde, mich dem Tod aber unausweichlich nähere (d.h. mein Tod innerhalb von wenigen Tagen bis Wochen zu erwarten ist), will ich dass meine Grunderkrankung ihren natürlichen Verlauf nehmen darf. - Sobald ich entscheidungsunfähig geworden bin, will ich nur noch Grundpflege und gute Schmerzbehandlung mit Symptomkontrolle.

Ich will dann keine Heilbehandlung von Begleiterkrankungen (wie Lungenentzündung), keine weiteren Herz/Kreislauf stärkenden Mittel, keine Neuaufnahme von Dialyse, Beatmung und künstlicher Ernährung. Ich will dann nicht auf eine Intensivstation verlegt werden, sondern nur auf eine Palliativstation oder in ein Hospiz, wenn es zuhause oder im Heim nicht mehr geht.

C) Wenn ich in einen Zustand andauernder Bewusstlosigkeit gerate (Koma, Wachkoma) und nur weiterleben kann angeschlossen an Geräte, die meine ausgefallenen Funktionen übernehmen, oder in dauernde Kommunikations-unfähigkeit durch schwerste Demenz (so dass ich meine nächsten Angehörigen nicht mehr erkenne und nicht mehr weiß, wer und wo ich bin), **will ich, dass begonnene lebenserhaltende Maßnahmen (wie etwa Beatmung oder künstliche Ernährung) abgebrochen werden, sobald unwahrscheinlich wird, dass ich mich von diesem Zustand wieder erholen kann.** Ich weiß, dass ich dann bald sterben werde, aber das ist mir lieber, als noch weitere Zeit ohne Kontakt zu meiner Umgebung zu existieren. Es sollen dann auch bei zusätzlichen Infektionen keine Antibiotika gegeben werden und bei Herz-Kreislauf-Stillstand keine Reanimation vorgenommen werden.

D) Wenn ich vor Eintritt einer Bewusstlosigkeit senil oder dement war oder dauernder Beaufsichtigung oder Pflege bedurfte, **soll auf Reanimation und jede verlängernde Maßnahme des Lebens,** auch auf die Verabreichung von Flüssigkeit, Ernährungssonden, blutdrucksteigernden Medikamenten und Antibiotika **verzichtet werden.**

Weitere Wünsche und Aussagen:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Ich bestätige, dass der/die Verfügende diese Wünsche nach sorgfältiger Prüfung und ohne Druck festgelegt hat, und dass ich keine Zweifel an seiner/ihrer Entscheidungsfähigkeit habe

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift eines „Zeugen“ (Hausarzt, Seelsorger)

Ich beabsichtige, diese Patientenverfügung regelmäßig zu überprüfen (etwa jährlich) und gegebenenfalls zu ändern. Falls ich nichts daran geändert habe, heißt das, dass mein oben geäußertes Wille unverändert weiter gelten soll.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Weil ich im Voraus nicht alle möglichen Situationen voraussehen und verfügen kann, benenne ich für mich einen Stellvertreter (Bevollmächtigten oder Betreuer), der in offen gebliebenen Fragen bei meiner Entscheidungsunfähigkeit an meiner Stelle mit dem Arzt beraten und entscheiden darf. Dazu schreibe ich eine zusätzliche Verfügung.