



BUNDES
ZENTRALSTELLE
PATIENTEN
VERFÜGUNG



STANDARD- PATIENTENVERFÜGUNG

MIT VOLLMACHTEN UND MEHR



INHALT

Moderne Medizin und Vorsorgebedarf

- Gibt es denn keinen natürlichen (Alters-)Tod mehr? S. 4
- Warum Vorsorge auch für Jüngere? S. 7
- Plötzliche Gehirnschädigungen – welche Risiken? S. 9
- Häufige Fragen S. 10

Patientenverfügung (PV)

- Was ist das eigentlich? – Gesetz von 2009 S. 11

Qualitätscheck

- Empfehlenswerte PV-Modelle – Verbindlichkeit S. 13
- Welche PV ist für mich die richtige? S. 14



STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG

Einlegerbogen

- nutzbar als **ANKREUZ-VARIANTE** (kostenfreie Minimallösung)
ODER
- als **STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG mit Erweiterungen, Anfertigung von unterschrittsreifem Dokument** für 30 €

+

GESUNDHEITSVOLLMACHT

für medizinische Angelegenheiten (kostenfrei) S. 19

- Ergänzung zur Patientenverfügung

+

zum Heraustrennen

(VORSORGE-)VOLLMACHT

für sonstige Angelegenheiten (kostenfrei) S. 21

- für Miet-, Geld-, Vertrags-, Rentenangelegenheiten u.ä.



Hintergründe und Ausfüllhilfe

- Orte für die letzte Lebensphase (z.B. Hospiz) S. 23
- Organ- und Gewebespende S. 25



ANHANG: Ausfüllhilfe für eine Standard-PV S. 28

HINWEISKÄRTCHEN

Broschürenrückseite

Mehr als Standard – Alternative für höhere Ansprüche

OPTIMALE PATIENTENVERFÜGUNG

GUTSCHEIN für Unterlagen-Mappe zur Abfassung einer **OPTIMALEN PATIENTENVERFÜGUNG** (qualifizierte Dokumentenabfassung für 90–120 €)

innere Broschürenrückseite



Hinterlegungsmöglichkeit

in der Bundeszentralstelle Patientenverfügung des Humanistischen Verbandes Deutschlands

- mit individuellem **NOTFALLPASS**
- mit Bereitschaftsdienst
- mit laufender Aktualisierung



Liebe Ratsuchende, liebe Leserinnen und Leser,

für wen ist das Thema Patientenverfügung eigentlich wichtig? Warum nicht nur für Menschen, die schon relativ alt oder krank sind, sondern auch für Junge und Gesunde? Wer sollte jeweils was in einer Patientenverfügung regeln?

Sie werden hier Antworten finden, die auf unserer 20jährigen Beratungs- und Betreuungspraxis beruhen. Viele medizinische und juristische Experten haben uns auf diesem Weg begleitet. Unser besonderer Dank gilt dem Bundesrichter a. D. Klaus Kutzer. Er stand dem interdisziplinären Gremium »Patientenautonomie am Lebensende« des Bundesministeriums der Justiz vor. Die Grundlage für das spätere Gesetz zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen von 2009 wurde in diesem Gremium geschaffen. Zu seinen Mitgliedern gehörten Vertreter/innen der Ärzteschaft, Vormundschaftsgerichte und Kirchen sowie des Humanistischen Verbandes Deutschlands und weiterer gemeinnütziger Organisationen. Von allen gemeinsam wurden die Textbausteine formuliert, die Sie hier in einer weiterentwickelten Form für eine STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG finden.

Wir kennen die Problematik sehr gut, wenn der Betroffene selbst nicht mehr kundtun kann, ob er medizinischen Maßnahmen zustimmt oder sie ablehnt. Dann kommt es darauf an, dass die Patientenverfügung situationsbezogene Abwägungen und individuelle Wertvorstellungen enthält. Da eine allgemeine STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG diesbezüglich an ihre Grenzen stößt, weisen wir auf eine noch anspruchsvollere, individuelle Lösung hin: auf die sogenannte OPTIMALE PATIENTENVERFÜGUNG.

Hier finden Sie jedoch ausschließlich die gängige STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG. Sie ist der Broschüre einfach zu entnehmen. Außerdem bieten wir Ihnen heraus trennbare VORSORGE-VOLLMACHTEN. Auf den Abdruck der weniger gebräuchlichen Alternative einer Betreuungsverfügung haben wir hier verzichtet. Sollte Bedarf bestehen, können Sie die genannten, hier fehlenden Materialien per beigefügtem Gutschein bestellen. Neben den wichtigsten und gängigsten Formularen enthält die Broschüre viel Wissenswertes. Die Zitate aus der einschlägigen Publikation des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) sind durchgängig eingerückt.

Gegen diffuse Ängste vor dem »großen Unbekannten« helfen am besten Aufklärung, darüber reden und sich darauf einstellen können.

Berlin, Januar 2013

Gita Neumann
HVD-Bundesbeauftragte für Patientenverfügung
Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), Göttingen

Kontakt
per E-Mail: g.neumann@hvd-bb.de
per Telefon: 030 613904 -19

ÜBER UNS

Der V.I.S.I.T.E.-Hospizdienst und die BUNDESZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG sind gemeinnützige Einrichtungen des HUMANISTISCHEN VERBANDES DEUTSCHLANDS, der bundesweit für ein selbstbestimmtes Leben und menschliches Miteinander eintritt sowie vielfältige Aufgaben im Sozial- und Bildungsbereich wahrnimmt.

Mit V.I.S.I.T.E. und der BUNDESZENTRALSTELLE verfügt der HVD seit mehr als 20 Jahren über Erfahrung in den Bereichen Humanes Sterben, Palliativpflege, Hospiz und der Vertretung und Durchsetzung von Patientenrechten.

www.hvd-bb.de

Danksagung an uns bundesweit unterstützende Experten und Expertinnen

Stellvertretend für die vielen ärztlichen, juristischen und sonstigen Mitstreiter/innen, die unseren Ansatz der Patientenautonomie im Dialog von Anfang an begleitet und uns mit ihren Spezialkenntnissen bereichert haben, seien hier genannt:

- **Vorsitzender Bundesrichter a. D. Klaus Kutzer**, Straf- und Zivilrecht
- **Dr. Michael de Ridder**, Rettungs- und Notfallmedizin/Hospiz und Palliativversorgung
- **Prof. Dr. Ruth Mattheis (†)**, Ethikkommission (Berliner Ärztekammer)
- **Prof. Dr. Gian Domenico Borasio**, Palliativmedizin und Neurologie
- **Rechtsanwalt Wolfgang Putz**, Medizinrecht und Medizinethik
- **Dr. Rita Koch (†)**, Allgemeinmedizin/Naturheilkunde
- **Dr. Jürgen Bickhardt**, Innere Medizin/Hospiz/Organspende
- **Hartmut Klähn**, Hausärztliche Versorgung/Geriatrie
- **Rechtsanwältin Hedda Hoffmeister**, Medizin- und Betreuungsrecht
- **Privat-Dozent Dr. Meinolfus Strätling**, Anästhesie und Schmerztherapie/Medizinethik/Hirntod

Sie alle haben unsere Klienten und Patienten als Begleiter, Ratgeber oder Vermittler bundesweit unterstützt und zum Vorsorgegedanken sowie vertrauensvollen Arzt-Patienten-Dialog beigetragen.

Zur erweiterten Neuauflage

Mit den hier vorgelegten Materialien einer STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG arbeiten inzwischen über 850 Arztpraxen, Hospizdienste, Patienten-Beratungsstellen oder sonstige gemeinnützige Einrichtungen.

Es wurden von Ende 2009 – Ende 2012 insgesamt 50.000 Broschüren STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG ausgegeben. Darüber hinaus gibt es auf unseren Internetseiten www.patientenverfuegung.de (mit Möglichkeit zur Online-Eingabe und zum Download aller Formulare) jährlich über eine Million Aufrufe.



Info-Tipp

Es geht uns vor allem um Nutzerfreundlichkeit und die Einbeziehung der Praxis. Eine besonders fruchtbare Zusammenarbeit hat sich zwischen den Kolleg(inn)en der BUNDESZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG und dem ambulanten Hospiz V.I.S.I.T.E. ergeben. Beide sind in gemeinnütziger Trägerschaft des Humanistischen Verbandes Deutschlands gleichzeitig Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband. Das Arbeitsergebnis, die erweiterte Neuauflage von März 2013, halten Sie nunmehr in den Händen.

Diese Broschüre ist nicht zum Verkauf bestimmt. Es wird jedoch um einen freiwilligen Beitrag für Sachaufwendungen in Höhe von 3–5 € dafür gebeten. Sie dient auch der Qualifizierung von Berater(inne)n. Parallel dazu wird eine deutlich schlankere Version (v. a. für Klienten, Patienten oder direkte Nutzer) angeboten.

**Lang- und Kurzversion
dieser Broschüre**

Medizinischer Fortschritt und Patientenwille

Medizinisch-technischer Fortschritt und ärztliche Fachkompetenz sind für die meisten von uns hoch willkommen. »Bitte, Herr Doktor, können Sie nicht noch etwas tun?!« werden Ärzte oft angefleht, um den Tod hinauszuschieben. Immer zahlreicher werden die Möglichkeiten, um Grunderkrankungen zu kurieren oder zumindest chronische Beschwerden beherrschbar zu machen. Dabei sind Verlauf einer Krankheit ebenso wie ihre Besserungsaussichten meist nur schwer und nie vollkommen vorhersehbar. Dass jeder Mensch sterben muss, ist natürlich eine Tatsache. Doch wenn, dann soll es ganz schnell und möglichst unbemerkt im Schlaf geschehen. Dieser verbreitete Wunsch entspricht allerdings immer seltener der Realität. Ein »ganz natürlicher« Tod, ohne dass etwas entschieden werden muss, ist die Ausnahme geworden – das war noch vor wenigen Jahrzehnten ganz anders. Auch ist es nicht so lange her, da hatten noch die Ärzte das Sagen. Früher kam es juristisch für sie kaum darauf an, den Willen des Patienten zu ermitteln. Heute ist genau dies gesetzlich vorgeschrieben.

Nur präzise Situationsbeschreibungen in einer Patientenverfügung schaffen Sicherheit. Nach dem »Patientenverfügungs-Gesetz« von 2009 gibt es keine Beschränkungen mehr auf unumkehrbares Sterben oder unzumutbares Leiden. Vielmehr kann im weitesten Sinn der Verzicht z.B. auf Dialyse verfügt werden.

Entscheidungen von großer Tragweite sind zu treffen, wenn der Patient nicht in der Lage ist selbst auszudrücken, welche Behandlung er für sich wünscht und welche nicht. In dieser Situation hilft eine gut formulierte (!) Patientenverfügung.

Nach und nach wird uns bewusst, dass eine beständige Lebens- und Sterbeverlängerung auch eine unerwünschte, ja unmenschliche Kehrseite haben kann – insbesondere für Patienten, die jahrzehntelang schwerstpflegebedürftig oder dement sind.

Heutzutage können ganze Organe ausfallen oder auch Gliedmaßen absterben und selbst Herz und Gehirn schwer geschädigt sein, ohne dass der Tod dadurch eintreten muss. Es würde das ganze Programm von der Amputation bis zur Organersatz-Therapie zur Anwendung kommen, wäre nicht ein Arzt von sich aus zum »liebvollen Unterlassen« bereit. Als Begründung dafür muss er angeben, dass eigentlich keine Weiterbehandlung mehr »indiziert«, d. h. angezeigt, ist. Doch selbst bei Sterbenden ist dies nicht so einfach, wenn kein entsprechender Patientenwillen bekannt ist. Dann darf der Arzt nämlich nur auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten, »wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde.« So heißt es zumindest in der Berufsordnung einiger Landesärztekammern. Der bevorstehende Todeseintritt reicht demzufolge nicht aus – lebensverlängernde Maßnahmen wären (nur?) zu unterlassen, wenn sie gleichzeitig »mögliches Leiden unnötig verlängern würden«.

Möglicherweise kontraproduktiv

Vorsicht! Selbst in Patientenverfügungsvorlagen einiger Landesjustizministerien findet sich bis heute diese (oder eine ganz ähnliche) enge Formulierung. Sie kann »kontraproduktiv« für Verfügende sein: Wenn sie ihnen gar nichts bringt oder sogar dem, was sie eigentlich erreichen wollen, entgegenwirkt.

Palliativmedizin wird definiert als eine Behandlung von schwer- oder sterbenskranken Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium mit nur noch begrenzter Lebenserwartung.

Was ist Palliativmedizin?

Vor allem für Krebspatienten im Endstadium hat sich ergänzend zur kurativen, d. h. heilenden Medizin in den letzten Jahrzehnten die palliative (d. h. nur auf Leidlinderung ausgerichtete) Medizin etabliert. Dabei sollen laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) »die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen« oberste Priorität haben. In der Regel sind die (Krebs-)Patienten dann noch bewusstseinsfähig.

**Zum Sterbeort
»Stationäres Hospiz«
siehe →S. 24**

Eine Ergänzung stellt die hospizliche Sterbebegleitung dar, die meist durch ausgebildete Ehrenamtliche zu Hause angeboten wird. Erklärtes Ziel ist es, ein Sterben in Würde und Geborgenheit zu ermöglichen. Dabei werden auch die Angehörigen unterstützt – oft bis über den Todesfall hinaus in der Zeit der Trauer.

Gibt es denn keinen natürlichen (Alters-)Tod mehr?

Ein »natürliches« Sterben ohne an eine Infusion angeschlossen zu sein oder gar bis zuletzt künstlich Kalorien zugeführt zu bekommen, scheint es – außerhalb der Hospiz- und Palliativversorgung – kaum mehr zu geben.

Ökonomisierung des Gesundheitssystems

Früher gab es die Todesdiagnose einer Auszehrung aus »Altersschwäche« (Marasmus senilis). Darunter versteht man den schrittweisen Abbau von Organen und Gewebe bis zum völligen körperlichen Funktionsverlust – ohne dass eine tödliche (Krebs-)Erkrankung vorliegen muss. Es mag seltsam erscheinen, aber dieser natürliche Prozess ist heutzutage offiziell aus der Medizin ausgeblendet – zumindest kommt er in der modernen internationalen Klassifizierung der Diagnosen (»ICD-10«) nicht mehr vor.

Erschwerend wirken sich die teilweise falschen Anreize eines vor einigen Jahren neu eingeführten Vergütungssystems aus: Die »Fallpauschale« hat die Welt der Krankenhäuser verändert. Besonders zu loben scheinen sich dabei eine hohe Anzahl von aufwendigen Chemotherapien, Intensivbehandlungen und Operationen, die in abrechnungsfähige Codes umgerechnet werden. Für Pflegeheime wiederum ist die künstliche Ernährung durch eine PEG-Sonde grundsätzlich lukrativer als das personalintensive »Füttern« oder gar der Verlust von Bewohnern durch natürliches Sterben-Lassen. Eine zunehmende Ökonomisierung muss man objektiv feststellen. Und ethisch gesehen: Wer will schon sagen, dass anzubietende Maßnahme nur noch eine unzumutbare Belastung für den Betroffenen darstellen und für ihn gar keinen Nutzen mehr haben?

Formen künstlicher Ernährung

Was ist eine »PEG« Magensonde

Eine künstliche Ernährung mit Hilfe von Sonden (dünnen Kunststoffschläuchen) durch Nase oder auch Mund führt über den Rachen in den Magen. Am häufigsten kommt heute jedoch die »PEG«-Magensonde (Perkutane endoskopische Gastrotomie) zum Einsatz. Das Anlegen einer »PEG« erfordert einen kleinen Schnitt (Durchstich) durch die Bauchdecke und führt direkt in den Magen. Dazu muss außerdem eine innere Halteplatte an der Magenwand angebracht werden. Dieser Eingriff wird in der Klinik durchgeführt und bedarf in jedem Fall einer vorherigen Einwilligung. Die künstliche Ernährung erfolgt mittels PEG dann meist längere Zeit oder dauerhaft im Pflegeheim. Die erste »PEG«-Magensonde zur künstlichen Ernährung wurde in Deutschland 1986 eingesetzt.

Eine andere Form ist die Verabreichung von Nährstoffen durch Infusion (über Venenzugang) direkt in die Blutbahn. Diese ist in der Regel der Notfallmedizin und stationären Behandlung vorbehalten.

Schonender natürlicher Ablauf

In ihren letzten Tagen schlafen die meisten Sterbenden sehr viel, sind matt, ziehen sich in sich zurück. Während des Sterbens erschlaffen die Muskeln, die Augen trüben sich, Herz- und (allerdings meist veränderte) Atemtätigkeit werden immer schwächer, Gehirnaktivität und Wahrnehmungsfähigkeit sind durch Sauerstoffmangel stark eingeschränkt und fallen schließlich aus. Ganz anders ist es natürlich bei vielen inneren Erkrankungen im Endstadium, wenn quälende Beschwerden wie Atemnot auftreten. Dann bedarf es qualifizierter Palliativmedizin.

Nicht mehr essen und kaum mehr trinken zu können und zu wollen, sind oft Anzeichen eines nahenden Todes bei hochbetagten Menschen. Doch was biologisch-physiologisch beim Sterben im Detail passiert, wissen auch Ärzte und Wissenschaftler leider nur unzureichend – das sagt Prof. Gian Domenico Borasio, einer der bekanntesten europäischen Palliativmediziner. Er beschreibt das, was geschieht, folgendermaßen: Das Gehirn schüttet bestimmte Botenstoffe aus, die Hunger und Durst abstellen. Dann darf auch auf die Flüssigkeitsaufnahme verzichtet werden, denn gerade die leichte Austrocknung ist für den Sterbenden gut! Nur dann produziert das Gehirn auch körpereigene Opium-Stoffe: Sie beruhigen, lindern Schmerzen und Atemnot.

Angehörige und unerfahrenes Personal sind dann oft alarmiert, was sicher verständlich ist. Doch ein Aufzwingen von Flüssigkeit, Nahrung oder auch Sauerstoff würde nur mehr Beschwerden und Schmerzen bereiten, wie Prof. Borasio in seinem Buch »Über das Sterben« ausführt. Demgegenüber geht es vielmehr um die Vorbeugung und Behandlung von Mundtrockenheit (konsequente Mund- und Lippenpflege, Gabe kleiner Eisstückchen oder tropfenweise von Flüssigkeit). Sterben muss also keinesfalls ein »Todeskampf« sein. Die gefürchtete »Rasselatmung« am Schluss (weil kleine, nicht mehr hinuntergeschluckte oder ausgehustete Schleimmengen laute Geräusche im Rachen verursachen) ist oft nur für die Nahestehenden unerträglich anzuhören. Für den Sterbenden kann bei einem natürlichen Alterstod von einem schonenden Verlauf ausgegangen werden.

Auch Ärzte brauchen Sicherheit

Hinweis: Wenn jemand schon sehr alt oder krank ist und ab sofort (!) definitiv nur noch lindernde Maßnahmen wünscht, kann diese Aussage relativ einfach dokumentiert werden (auch von ihm selbst z. B. im Freifeld einer Gesundheitsvollmacht). Es bedarf dazu keiner ausführlichen Patientenverfügung. Dies gilt aber nur, wenn jemand nachhaltig »nicht mehr kann und nicht mehr will« und kein »Hoffnungsschimmer« für Lebensmut mehr vorhanden ist.

Zwar dürfen und sollten Ärzte bei unheilbar Sterbenden auch ohne entsprechende Patientenverfügung oder Willensbekundung den Tod zulassen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass keine sogenannte Indikation für eine Therapie mehr vorliegt. Das heißt, mit Blick auf das Therapieziel müssen alle verfügbaren Maßnahmen entweder wirkungslos oder deren Nachteile und Belastungen für einen Patienten unzumutbar hoch sein. Ärzte haben bei alten und dementiell erkrankten Menschen stets danach zu fragen, welchen Nutzen die Einleitung oder Fortführung z. B. einer PEG-Sondenernährung (noch) hat.

Nicht mehr indizierte Maßnahmen ohne möglichen Rückgriff auf den Patientenwillen zu unterlassen oder abubrechen, bleibt jedoch eine Herausforderung. Denn Ärzte müssen dies gut begründen, vertreten und verantworten – was die meisten scheuen. Sie bevorzugen eine »juristische Absicherung«, und oft genug besteht auch das Pflegeheim darauf. Daher werden sie bei Patienten ohne Vorsorgeregulierung in aller Regel lebensverlängernde Maßnahmen durchführen und erhalten die notwendige Legitimation dazu einfach über das Betreuungsgericht.

Linderung von Atemnot – Morphingabe

Panisch nach Luft ringen zu müssen ist noch schlimmer als Schmerzen zu haben (welche am Lebensende eigentlich jeder Arzt bekämpfen kann). Zur Linderung von quälender Atemnot gibt es jedoch kaum spezielle Medikamente. Das einzige, was sicher hilft, sind schnellwirksame Morphine oder morphinähnliche Medikamente (ggf. mit einem Beruhigungsmittel wie Lorazepam gegen Unruhe). Es geschieht nicht selten, dass ein Arzt diese Behandlungsmöglichkeit unterlässt – sei es aus Unwissenheit oder aus Angst. Denn dabei ist eine sogenannte indirekte Sterbehilfe nicht völlig auszuschließen, weil Morphin zur Atemdepression führt, d. h. zur Unterdrückung des Impulses, vermehrt atmen zu müssen. Paradoxiereise ist gerade dieser Effekt palliativmedizinisch erwünscht: Dadurch wird ein erhöhter CO₂ Wert objektiv toleriert und die belastende subjektive Reaktion minimiert.

Insofern ist Morphin nicht nur zur Schmerzbekämpfung, sondern auch bei Atemnot angezeigt. Dann ist nicht die künstliche Beatmung auf der Intensivstation, sondern die Gabe von Morphin das palliativmedizinische Mittel der Wahl. Wunsch und Forderung danach gehören ebenfalls in eine Patientenverfügung.

Der Patient wird ruhig und hat kein Gefühl mehr zu ersticken oder überhaupt Luftnot zu haben.

Fallgeschichte: Ein 81-jähriger Witwer leidet seit Jahren unter der Parkinson'schen Erkrankung und lebt im Heim. Seit einer Krise, bei der es zu einer weitgehenden Erstarrung des ganzen Körpers gekommen ist, erscheint er jedenfalls den Pflegekräften zu einem »aktivitäts- und initiativlosen Objekt« ihrer Zuwendung geworden zu sein. Sich mit Worten oder gar einfachen Sätzen auszudrücken, fällt ihm schwer. Als sich Fieber und Husten einstellen, versucht er unter Kraftaufwendung durch Gesten anscheinend zu signalisieren, dass er »nicht mehr will«. Ärztlicherseits wird durch »Abhören« eine Lungenentzündung diagnostiziert. Eine Begleitung im Sinne palliativer Geriatrie (lindernde Altersmedizin) würde jetzt bedeuten: Geborgenheit in vertrauter Umgebung, Darbieten gewünschter Getränke und

Speisen in kleinen Mengen, vorsichtiges Absaugen von Schleim aus den oberen Luftwegen und Gabe kleiner Mengen von Opioiden (wie Morphin- oder Fentanylpflaster), um Gefühle von Atemnot und Angst gar nicht erst aufkommen zu lassen.

Doch das Pflegeheim besteht auf einer Krankenhauseinweisung. Dort bedeutet eine kurative Therapie der Lungenentzündung: Versuche mit Verabreichung von ggf. verschiedenen Antibiotika, Sauerstoffgabe oder gar maschinelle Beatmung, Mittel zur Sekretverflüssigung und Thromboseprophylaxe, eventuell künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr und manches mehr, ggf. Intensivstation – dann Entlassung wieder ins Pflegeheim, sofern der Patient alles überlebt hat.

Alle in dieser Broschüre vorgestellten Fallgeschichten beruhen auf Tatsachenberichten. Sie sind vor allem zwei Büchern entnommen:

- Michael de Ridder, »Wie wollen wir sterben?« (Deutsche Verlagsanstalt 2010) und
- Gian Domenico Borasio »Über das Sterben« (C.H. Beck-Verlag 2011)

Laut einer Emnid-Studie vom Frühjahr 2011 gaben 7 % der unter 30Jährigen und 18 % der über 60Jährigen an, eine Patientenverfügung zu haben. In der Gruppe der Rentner/innen will die Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe sogar noch eine deutlich höhere Anzahl ermittelt haben. Abgesehen von unterschiedlichen Verbreitungszahlen stellt sich die viel wichtigere Frage: Unter welche der ca. 250 verschiedenen Muster oder Vorlagen mögen die Bundesbürger/innen denn ihre Unterschrift gesetzt haben? Dabei dürften die wenigsten Patientenverfügungen heutigen Qualitätsstandards genügen.

Doch wann ist der genaue Zeitpunkt für einen Wandel des Behandlungsziels? Welche Umstände sehe ich selbst als »nicht mehr lebenswert« an? Welche gelten als aussichtslos, wenn gar nicht von einem Fortschreiten zum schnellen Tod auszugehen ist?

Zum Pflegeheim als Sterbeort
→ S. 25

Forderung: Allgemeine Palliativversorgung für alte Menschen

Hauptformen der Demenz:

Schleichender unaufhaltsamer Abbau von Gehirnfunktionen (»Alzheimer«)

oder

plötzliches Absterben von Nervenzellen (v. a. nach Schlaganfall)

Herausforderung demographische Entwicklung

Wie jüngere Studien zeigen, geht hierzulande (und in anderen europäischen Staaten) inzwischen bei jedem zweiten Todesfall eine Entscheidung zur Therapiebegrenzung voraus. Im saloppen Soziologen-Deutsch ist deshalb vom heute normalen »Ableben durch Abstöpseln« die Rede. Die damit verbundenen Fragen werden von Direktoren deutscher Universitätskliniken als eine der wichtigsten ethischen Probleme genannt. Mehr als die Hälfte aller Notfallpatienten, die stationär aufgenommen werden, sind heute bereits älter als 65 Jahre.

Insbesondere bei Menschen mit Demenz erhöht sich die Komplikationsrate bei notfallmedizinischen Problemen erheblich. Auch muss beachtet werden, welchem Leidensdruck sie etwa durch Dialyse, Operation, Amputation oder Intensivstation ausgesetzt sind. Denn der demenziell erkrankte Mensch, der seine Orientierungs- und Urteilsfähigkeit verloren hat, vermag erst recht nicht den Sinn einer für ihn nur noch »qualvollen Tortur« einzusehen. Bei lebensverlängernden Maßnahmen kommt es deshalb meist zur Fixierung. Die Gabe von Antibiotika, die in vertrauter Umgebung erfolgen kann, ist demgegenüber anders zu bewerten. Diese Medikamente vermögen zudem auch der notwendigen Linderung dienen.

Langsamer körperlicher oder geistiger Abbau

Selten erfolgt das Sterben in den hochentwickelten Gesellschaften »schnell aus voller Gesundheit heraus« oder nach nur kurzer, schwerer Krankheit. Vielmehr sterben die Menschen »langsam«, meist im höheren Alter nach chronischem Leiden oder Belastung durch verschiedene Krankheiten (Multimorbidität). Dazu kommt immer häufiger ein geistiger Abbauprozess (v. a. Demenz, meist nach dem Alzheimer-Typus). Die Vorstellung, wenn es einmal »aussichtslos« ist, unter Einsatz der sogenannten Apparatedizin einem scheinbar endlosen Sterben ausgesetzt zu sein, ist den meisten ein Gräuel.

Die Versorgung alter Menschen ist Aufgabengebiet der Geriatrie (Altersmedizin). Die verbleibende Lebenserwartung betrifft meist noch viele Jahre mit zunehmenden Einschränkungen, oft folgt auf den Rollator am Ende die Bettlägerigkeit und völlige Hinfälligkeit. Geriatrische Patienten weisen durchschnittlich drei bis neun chronische Erkrankungen auf, darunter vor allem Diabetes, Osteoporose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und rheumatische Beschwerden.

Über zwei Drittel von insgesamt zweieinhalb Millionen alter, kranker und behinderter Menschen werden zu Hause versorgt, wie neueste Zahlen aus dem statistischen Bundesamt belegen. Danach ist seit Ende 2011 für ca. 750.000 Menschen das Pflegeheim der letzte Aufenthaltsort. Von dort ist eine Verlegung in ein Hospiz nicht möglich, da ja bereits eine stationäre Versorgung besteht. Somit kommt der Entwicklung der »palliativen Geriatrie« und Schmerzbehandlung auch für Langzeit-Pflegebedürftige (nicht nur speziell für Krebspatienten!) eine herausragende Bedeutung zu. Angesichts der demographischen Entwicklung sollte die Palliativversorgung zum Bestandteil der Allgemeinmedizin und Geriatrie werden und sollten Pflegeheime immer mehr »hospizlichen« Charakter annehmen.

Demenz-Erkrankungen in Zahlen

Nach Angaben der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft (2012) gibt es 1,4 Millionen Demenzkranke. Jahr für Jahr erkranken 40.000 weitere Menschen. Von den über 90-Jährigen sind dabei 41 % betroffen – an einer unserer empfindlichsten Stellen: unserem Geist, Gedächtnis, Urteils- und Kommunikationsvermögen. Anders als im »Kampf gegen Krebs« sind medizinische Fortschritte gegen Demenz absehbar wohl nicht zu erwarten.

Warum Vorsorge auch für jüngere Gesunde?

Ein schwerer Unfall, Herzinfarkt oder eine Sportverletzung kann bei jedem Menschen dazu führen, von heute auf morgen in die Situation zu geraten, nur noch durch künstliche Ernährung und Beatmung am Leben erhalten zu werden.

Fallgeschichte: Eine junge Frau aus einer italienischen Kleinstadt erlitt mit 20 Jahren einen schweren Hirnschaden nach einem Autounfall. Sie lebte fortan im Koma. Als nach 15 Jahren feststand, dass seine Tochter nie mehr in ein annähernd kommunikationsfähiges Leben zurückfinden würde, versuchte ihr Vater durch alle Rechtsinstanzen hindurch, das Sterben-Lassen seiner Tochter zu ermöglichen: Ein solches Leben hätte sie nie gewollt. Erst als ein höchstrichterliches Urteil schließlich die Erlaubnis zur Beendigung von künstlicher Nahrungs- und

Flüssigkeitszufuhr erteilte, konnte die Komapatientin im Februar 2009, sie war inzwischen 37 Jahre alt, friedlich sterben. Tags darauf wurde ihr Vater in einer katholischen Tageszeitung (herausgegeben von der italienischen Bischofskonferenz) als »Henker« der eigenen Tochter bezeichnet. Auch der Arzt, der die Sterbebegleitung der Patientin unterstützt hatte, wurde scharf angegriffen. Er wehrte sich mit den Worten, er helfe einer Frau, »die von allen verraten wurde außer ihrem Vater und wenigen anderen.«

Die unerwartete Tragik, die dann Patienten und ihre Familien mit voller Wucht trifft, stellt ein Hauptmotiv für eine Patientenverfügung jüngerer Menschen dar. Diese haben bei Gehirnverletzungen prinzipiell eine größere Besserungs- und Rehabilitationschance. Um sie wahrzunehmen, sind dann unzählige Regelungen zu treffen. Eltern haben nur bis zum 18ten Lebensjahr eine automatische Befugnis dazu und müssten sich sonst neben allem andern auch noch an das Betreuungsgericht wenden. Für Volljährige gibt es keine automatische Vertretung durch Angehörige oder Ehepartner. Zumindest eine ganz einfach auszustellende Vollmacht für eine Vertrauensperson Ihrer Wahl sollte deshalb abgefasst werden.

Zu Vollmachten → S. 17ff

Eine sehr empfehlenswerte Internetseite rund um das Thema »erworbene Gehirnschädigungen« finden Sie hier: www.tettricks.de. Das Informationsportal ist erstellt und wird laufend aktualisiert von Georg Claus, einem betroffenen Patienten. Er zeigt eindrucksvoll, wie er mit der Behinderung zu leben gelernt hat und beschönigt dabei nichts.

Glücklicherweise ist die Wahrscheinlichkeit, etwa durch Kopfverletzung plötzlich eine schwere Gehirnschädigungen zu erleiden, relativ gering. Doch noch sehr viel unwahrscheinlicher ist es, dabei einen primären Hirntod zu erleiden – was die Voraussetzung für eine Organspende darstellt. Und dennoch werden in unserem Land offiziell und in Werbekampagnen alle Menschen (ab 16 Jahren) aufgerufen, sich Gedanken darüber zu machen. Laut Transplantationsgesetz von 2012 sollen Sie als Versicherte durch Ihre Krankenkasse über den Sinn von Organspenden aufgeklärt und zu einer dokumentierten Entscheidung motiviert werden. Auch dies kann – ab dem 18ten Lebensjahr – Gegenstand einer wohl überlegten Patientenverfügung sein. Das Hauptmotiv für eine Patientenverfügung besteht allerdings darin, sinnlose »Übertherapie« am Lebensende verbindlich abzulehnen und stattdessen lindernde Maßnahmen einzufordern. In beiden Fällen gilt: Die Vorsorge dient nicht nur der Selbstbestimmung, sondern auch (oder sogar vor allem) der Entlastung von Angehörigen.

Zu Hirntod und Organspende → S. 25

Auch in Deutschland läßt man Patienten in jahrelangem Dauerkoma – ähnlich wie in der Fallgeschichte oben – ohne Rückgriff auf den Patientenwillen nicht sterben. Sie werden dauerhaft künstlich ernährt.

Ohne dass auf den Patientenwillen zurückgegriffen werden kann, erfolgt ein Abbruch medizinischer Behandlungen bei schwerster innerer Kopfverletzung nur, wenn ein Überleben außerhalb der Intensivstation nicht mehr möglich erscheint oder definitiv nach festgestelltem Hirntod. Dieser bedeutet, dass ausnahmslos alle (!) Gehirnregionen vollständig abgestorben sind. Ob es sich um ein lebensbedrohliches tiefes Koma oder aber um einen Hirntod handelt, wird in einem aufwändigen Diagnoseverfahren abgeklärt. Die Weiterbehandlung eines Hirntoten ist definitiv nicht mehr »indiziert« und kann auch nicht eingefordert werden. Wenn dann die Geräte abgestellt werden, ist nicht einmal ein Stöhnen zu vernehmen, der Brustkorb bewegt sich einfach nicht mehr, die Haut wird fahl und kalt. Wenn für diesen Fall eine Zustimmung zur Organspende vorliegt, sieht es allerdings

Dazu weiter → S. 25 anders aus.

Was sollten unterschiedliche Menschen(-gruppen) jeweils regeln?

Es wird heute medizinethisch für wünschenswert gehalten, dass die Frage der Lebensqualität und der Abwägung zwischen Chancen und Risiken vom Betroffenen selbst beantwortet wird. Nun stehen wir also vor der Schwierigkeit, im Voraus zu benennen, wann welche lebensverlängernden Maßnahmen (doch) noch oder (schon) nicht mehr angewendet werden sollen. Die Patientenverfügung regelt meist Situationen, die heute noch nicht eingetreten sind, aber mit einiger Wahrscheinlichkeit einmal eintreten können. Jeder einzelne Mensch ist anders. Die Antworten werden je nach (Lebens-)Umständen und nach subjektivem Erleben sehr unterschiedlich ausfallen. Manche alte und sehr kranke Menschen haben schon bei Abfassung einer Patientenverfügung nachhaltig gar keinen Lebensmut mehr. Andere können mit demselben Krankheitsbild – bzw. einem noch schlimmeren – gut umgehen oder halten an Hoffnung auf mögliche Besserung fest.

Doch gibt es für verschiedene Gruppen einige exemplarische Gesichtspunkte, die besondere Beachtung verdienen. Demgegenüber kommen dann andere wie z. B. ein Hospizaufenthalt oder eine fortgeschrittene Altersdemenz in einigen Fällen gar nicht in Frage, so dass eine Beschäftigung damit auch nicht erforderlich ist (hier jeweils als letzter Punkt aufgeführt):

Vor allem für jüngere und (bisher wahrscheinlich) gesunde Menschen wäre vorrangig:

- Junge (gesunde) Menschen**
- Relativ höhere Besserungschancen bei Hirnverletzungen berücksichtigen
 - Schwere der Behinderung, Hoffnung und verbleibende Lebensqualität abwägen
 - Erklärung für oder gegen eine Organspende nach ggf. festgestelltem Hirntod
- Nicht erforderlich: Detaillierte Beschäftigung mit Stadien einer Altersdemenz oder mit Hospizaufenthalt

Vor allem für ältere (noch gesunde oder schon chronisch kranke) Menschen wäre vorrangig:

- Menschen im höheren Lebensalter**
- Angabe zur gegenwärtigen Befindlichkeit (starker Lebenswille bis ins hohe Alter oder »Lebensattheit«, bestehende Einschränkungen und Beschwerden)
 - Ggf. »natürliches« Sterben-Dürfen einfordern (zur rechtlichen Absicherung von Ärzten und Angehörigen)
 - Beschäftigung mit Stadien einer Altersdemenz (künstliche Ernährung? Sterben-Lassen an Lungenentzündung?), subjektive Begründung, wenn auch im Anfangsstadium Alzheimer-Erkrankung als nicht lebenswert erscheint
 - Auffassung zu Intensivmaßnahmen, Wiederbelebung, Pflegeheim
 - Frage der in Kauf zu nehmenden körperlichen und geistigen Einschränkungen (z. B. durch Schlaganfall oder Herzinfarkt)

Nicht erforderlich (sofern schon Pflegeheimbewohner/in): Beschäftigung mit Hospizaufenthalt

Vor allem für schwer- oder todkranke Patient/innen z. B. mit Krebs wäre vorrangig:

- Menschen mit lebensbedrohlicher (Krebs-)Erkrankung**
- Bedürfnisse und Wünsche entsprechend des absehbaren Verlaufs besprechen und dokumentieren (Sinn einer weiterer Chemotherapie, Aufenthalt im Hospiz oder zu Hause?)
 - Maßgeschneiderte Patientenverfügung als vorausschauender »palliativer Behandlungsplan«
 - Einer ggf. auch sterbensverkürzenden Schmerzmedikation zustimmen? (zur rechtlichen Absicherung von Ärzten)
 - Ggf. lebensverlängernde Stabilisierung (Palliativmaßnahme) einfordern?
 - Rufen eines Notarztes (zur Reanimation / Krankenhauseinweisung) erwünscht / nicht erwünscht? (zur Absicherung von Angehörigen und Hospizhelfer/innen)
- Nicht erforderlich: Detaillierte Beschäftigung mit Stadien einer Altersdemenz oder mit jahrelangem Koma

Vom Risiko plötzlich zum »Betreuungsfall« zu werden

Menschen jeden Alters sollten in einer Patientenverfügung möglichst die Entscheidungssituation bei plötzlicher Gehirnschädigung regeln. Ursache kann eine Schädel-Hirn-Verletzung (Trauma) durch Sturz oder Unfall sein. Die Folgen sind differenziert zu betrachten je nach objektivem Schweregrad und Besserungsaussicht. Dabei spielen zahlreiche Faktoren eine Rolle. In seltenen Fällen kann nach ausgedehnter Rehabilitation sogar eine Rückkehr ins »ganz normale« Leben erfolgen. Oft genug bleiben die Betroffenen jedoch nicht nur pflegebedürftig, sondern auch ein »Betreuungsfall«. Das heißt, dass sie ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst zu regeln vermögen. Das kann persönliche Dinge, Verträge, Überweisungen, Miet-, Gesundheits-, Geldangelegenheiten betreffen. Wenn dann keine Vollmacht vorliegt, wird vom Amtsgericht ggf. eine nahestehende oder aber auch eine fremde Person zum »rechtlichen Betreuer« bestellt.

Mehr zum Betreuungsfall
→S. 17

Zwei Drittel derjenigen, die einen Schlaganfall überleben, bleiben langfristig behindert und pflegebedürftig (es werden insgesamt knapp eine Millionen betroffene Menschen in Deutschland geschätzt), ca. 15 % von ihnen müssen in einer Pflegeeinrichtung versorgt werden.

Schlaganfall – häufigste Ursache für bleibende Behinderungen

Der Schlaganfall ist hierzulande eine der häufigsten Erkrankungen, mit etwa 270.000 Betroffenen jährlich. Er ist – nach Herz- und Krebserkrankungen – die dritthäufigste Todesursache und die häufigste Ursache von bleibenden schweren Behinderungen (die durch schnelle Notfallhilfe und frühestmöglichen Therapiebeginn zu verringern sind). Bei einem Herzinfarkt verstopft ein Blutgerinnsel ein großes Herzkranzgefäß oder einen Gefäßast, das Herz wird nicht mehr ausreichend versorgt. Bei einem Schlaganfall tritt meist direkt im Gehirn ein Gefäßverschluss auf oder aber ein Gerinnsel wird aus dem Körper dorthin geschwemmt. Als Folge sterben dort die Nervenzellen ab. Ein Schlaganfall kann jedoch auch aufgrund eines gerissenen Gefäßes entstehen: Das entweichende Blut tritt dann in das Hirngewebe ein (Hirnblutung)

Es handelt sich bei den Folgeschäden eines Schlaganfalls nur in seltenen Fällen um ein Koma, sondern typischerweise um einen (halbseitigen) Verlust der Motorik, um sprachliche sowie neurologische Störungen (Taubheitsgefühle), um Schluckstörungen, Sehstörungen (bis zur Erblindung) und geistig-psychische Beeinträchtigungen (bis hin zur sogenannten vaskulären Demenz).

Koma und weniger ausgeprägte Bewusstseinsstörungen

Das tiefe Koma ist keinesfalls mit dem Hirntod zu verwechseln (der wissenschaftlich als Tod des Menschen gilt). Der Koma-Patient ist vielmehr ein Lebender, der vom höchsten Grad einer Hirnfunktions- bzw. Bewusstseinsstörung betroffen ist. Er lässt sich durch äußere Reize wie Ansprechen oder Rütteln nicht wecken. Selbst auf Schmerzreize reagiert er nicht. Das tiefe Koma kann übergehen zu einem Leben im jahrelangen Dauerkoma. Der medizinisch korrekte Begriff dafür lautet »andauernder vegetativer Status« oder »apallisches Syndrom«. Irreführender Weise wird umgangssprachlich auch von »Wachkoma« gesprochen, weil dann ein Schlaf-Wach-Rhythmus damit verbunden ist (nach dem Übergang aus dem tiefen Koma haben die Patienten zeitweilig geöffnete, dabei jedoch ins Leer blickende Augen).

Bei einer Entscheidungsfindung kommt es auf ärztliche Diagnose und Prognosen an – jedoch ebenso auf die subjektive Haltung des Patienten zur voraussichtlich verbleibenden Lebensqualität. Auf solche persönlichen Angaben und Abwägungen ist man später besonders angewiesen – es sei denn, der Betroffene wünscht lebensverlängernde Maßnahmen »um jeden Preis« und von unbegrenzter Dauer.

Wenn Reste auch von Großhirnfunktionen erhalten bleiben, spricht man von »Minimalem Bewusstseinszustand«. Dann bestehen zumindest Aussichten, z. B. das Schlucken wieder zu erlernen und auf Reize zu reagieren. Die Grenzen können fließend sein. Eine verlässliche Differentialdiagnostik ist selbst nach Monaten sehr schwierig. I. d. R. muss auch bei Rückkehr des Bewusstseins mit vielfältigen Behinderungen gerechnet werden.

Es wird in Deutschland von mindestens 10.000 Betroffenen ausgegangen. Oft handelt es sich um Patienten nach erfolgreicher Wiederbelebung.

Es kann auch »nur« eine geistige Dauerschädigungen auf dem stabilen Niveau eines etwa 3-4 jährigen Kindes vorliegen. Das bedeutet dann eine dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit, die aber nicht mit Bewusstlosigkeit verbunden ist, sondern mit Ansprechbarkeit, Kommunikationsvermögen und motorischen Fähigkeiten wie Sitzen, Gehen, Schlucken usw. Zu einem günstigen Verlauf können die Lebensenergie der Patient(inn)en und ihr Umfeld beitragen.

Häufige Fragen

Sollte denn jeder vorsorgen – auch ich?	Niemand muss, jeder Willensfähige ab 18 Jahren kann eine Patientenverfügung abfassen. Die Kombination mit einer einfachen und kostenfreien GESUNDHEITSVOLLMACHT (oder zumindest diese allein) ist dringend zu empfehlen. Denn Eltern, Ehegatten, erwachsene Kinder oder sonstige Angehörige haben kein automatisches Mitsprache- oder Vertretungsrecht.
Wie hängen Vollmacht und Verfügung zusammen?	Die GESUNDHEITSVOLLMACHT regelt »wer« den Willen des Patienten vertreten soll. Eine Patientenverfügung sagt aus, »wie« dieser überhaupt lautet. Eine (Vorsorge-)VOLLMACHT für finanzielle und sonstige rechtliche Angelegenheiten oder (ggf. notarielle) Generalvollmacht machen Ihre Vorsorge komplett. Eine sogenannte Betreuungsverfügung kommt in Frage als Alternative zur Vollmacht, wenn dafür keine Vertrauensperson zur Verfügung steht.
Welche Patientenverfügung ist zu empfehlen?	Die hier vorgestellte STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG basiert auf breitem gesellschaftlichen und medizin-ethischem Konsens. Wenn Sie das für sich persönlich maßgeschneiderte Modell einer OPTIMALEN PATIENTENVERFÜGUNG bevorzugen, sollte diese von kompetenten Patientenberater(inne)n (gegen Gebühr) abgefasst werden. Von zu formaljuristisch, schwammig oder allgemein formulierten PV, wie sie früher üblich waren, ist heute abzuraten.
Warum bedarf es keines Notars – wie etwa beim Testament?	Besonderer Formvorschriften wie bei Erbschaftsangelegenheiten bedarf es bei einer Patientenverfügung (PV) ausdrücklich nicht. Beim Testament (welches ja nach dem Tod in Kraft tritt) ist hingegen die handschriftliche oder die notarielle Form Voraussetzung. Die Patientenverfügung soll bzw. muss »nur« schriftlich abgefasst sein. Eine Bezeugung ist nicht erforderlich, aber empfehlenswert. Die PV sollte – ebenfalls anders als das Testament – in angemessenen Zeitabständen mit erneuter Unterschrift aktualisiert werden.
Reicht nicht meine PV – was ist, wenn ich keinen »Vertreter« habe?	Das am 1.9.2009 in Kraft getretene »Patientenverfügungs-Gesetz« sieht eine Überprüfung durch den legitimierten Patientenvertreter (Bevollmächtigter oder Betreuer) vor, bevor dieser die PV zur Geltung bringt. Das heißt aber keineswegs, dass ein Sie behandelnder Arzt – wie schon immer – nicht auch unmittelbar an Ihren im Voraus verfükten Willen gebunden wäre. Voraussetzung dazu ist allerdings i. d. R. eine besonders konkrete und aussagefähige Patientenverfügung (nach dem »Optimal-Modell«).
Wie steht es mit der Verantwortung des Arztes?	Der Arzt darf keinesfalls eigenmächtig über die Durchführung einer medizinischen Behandlung entscheiden. Er benötigt dazu immer die Einwilligung entweder des Patienten oder seines legitimierten Vertreters. Eine Ausnahme besteht nur in einer dringenden, lebensbedrohlichen Notfallsituation – dann kann die Einwilligung oder Nicht-Einwilligung im Nachhinein erfolgen.
Wann ist im späteren Entscheidungsfall jedenfalls ein Gericht anzurufen?	Dies ist (nur) dann erforderlich, wenn der Wille des Betroffenen nicht hinreichend eindeutig zu ermitteln ist. Dies ist meist der Fall, wenn Arzt und Patientenvertreter eine (etwa zu formalistische oder schwammige) PV unterschiedlich auslegen, oder wenn es gar keine Anhaltspunkte dazu gibt, was der Betroffene gewollt oder nicht gewollt hätte.
Wie gelangen Verfügung und Vollmacht zur Kenntnis?	Meist reicht eine HINWEISKARTE mit Namen der Bevollmächtigten in der Geldbörse, damit diese nach Kontaktaufnahme die Dokumente schnell beibringen können. Originale können zu Hause verwahrt werden, Kopien z. B. auch für Ihren Arzt angefertigt werden. Wer auch hier noch eine zuverlässigere Absicherung wünscht, dem sei eine Hinterlegung seiner Patientenverfügung mit NOTFALLPASS empfohlen – oder eine (zusätzliche) elektronische Registrierung seiner VOLLMACHT bei der Bundesnotarkammer.



Seit 2009 Gesetz

Was ist eigentlich eine Patientenverfügung?

Jeder weiß, dass eine vom Arzt vorgeschlagene Operation auch abgelehnt werden kann bzw. rechtlich dazu eine vorherige Zustimmung notwendig ist. Was soll aber geschehen, wenn Sie als Patient einmal – vorübergehend oder dauerhaft – nicht mehr selbst entscheiden können? Dazu dient eine Patientenverfügung.

- Es handelt es sich zivilrechtlich um eine vorsorgliche Willenserklärung mit Datum und Unterschrift einer Person, die einwilligungsfähig und volljährig sein muss.
- In der Patientenverfügung wird in der Regel bestimmt, wann auf »künstliche« Lebensverlängerung zu verzichten ist und in welchem Umfang stattdessen nur noch lindernde Medizin (v. a. Schmerztherapie) angewendet werden soll.
- Sie wird nur wirksam für den Fall, dass eine Einwilligungsunfähigkeit eingetreten ist – ansonsten gilt der aktuell geäußerte Patientenwille.

2009 wurde die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen im bundesweit geltenden Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert. Wichtig ist der Passus in § 1901a Absatz 3 zur Patientenverfügung. Danach gilt die verbindliche Untersagung von ärztlichen Eingriffen (bzw. ein Behandlungswunsch des Betreuten) »unabhängig von Art oder Stadium einer Erkrankung«. Der Verzicht z. B. auf eine künstliche Ernährung ist also nicht darauf beschränkt, dass der Patient etwa an Krebs erkrankt oder dass eine Demenz schon in ein fortgeschrittenes Stadium eingetreten sein müsste. Die Patientenverfügung soll – neben persönlichen Einstellungen, Wünschen oder Bitten – vor allem Festlegungen zu bestimmten medizinischen Maßnahmen enthalten. Diese Behandlungsmaßnahmen können eingefordert, je nach Situation oder Dauer beschränkt oder auch absolut abgelehnt werden. Das Bundesministerium der Justiz (BMJ) führt dazu aus (Broschüre Patientenverfügung des BMJ, 2009–2012, mehrere Auflagen):

» ... Möglichst vermeiden sollte man allgemeine Formulierungen ... oder Begriffe wie ‚unwürdiges Dahinvegetieren‘, ‚qualvolles Leiden‘, ‚Apparatemedizin‘. ... «

Optimal wäre ein ganz individueller Text. Es gibt allerdings auch empfehlenswerte Standard-Formulierungen.

**Mehr zum
»Patientenverfügungsgesetz«
→ S. 32**

Das Gesetz setzt (nur) die Schriftform voraus – Handschriftlichkeit oder notarielle Form sind überflüssig. Bestimmungen in einer Patientenverfügung sind jederzeit auch mündlich oder durch eindeutiges Kopfnicken oder -schütteln widerrufbar (wenn jemand noch einwilligungsfähig ist und in einer kritischen Situation gefragt werden kann).

Einwilligungsunfähigkeit – Verlust der Willensfähigkeit

Einwilligungsunfähigkeit kann nur kurzfristig, länger anhaltend oder unumkehrbar sein. Sie liegt zweifelsfrei vor,

- wenn Patienten bewusstlos sind – aber auch wenn sie verwirrt oder im Sterben nicht mehr ansprechbar sind. Auch geschäftsunfähig gewordene Menschen, die durch Schlaganfall oder Demenz im Denken beeinträchtigt sind, können teilweise auf einfache Fragen noch kompetent antworten, was sie unmittelbar wollen oder nicht wollen (sie sind dann nur bei komplizierteren Sachverhalten nicht mehr einwilligungsfähig).

Einwilligungsunfähigkeit wird auch umschrieben mit »fehlender Einsichts- bzw. Entscheidungsfähigkeit«. Andere Definitionen lauten,

- dass jemand »Art, Bedeutung und Tragweite« eines ärztlichen Eingriffs nicht mehr zu erfassen und zu beurteilen vermag.
- dass der Patient seinen Willen nicht kompetent bilden und äußern kann.

Ist die Einwilligungsunfähigkeit nur vorübergehend aufgrund einer akuten, nicht lebensbedrohlichen Krisensituation (z. B. Infektion, hohes Fieber) entstanden, kommt zumindest das Modell einer Standard-Patientenverfügung in aller Regel nicht zum Tragen. Dazu bedürfte es eines individuell maßgeschneiderten Modells oder ggf. einer absoluten Verweigerung lebenserhaltender Maßnahmen.

Eine Patientenverfügung wird erst bei Einwilligungsunfähigkeit wirksam

Es geht um Ihre Einstellung zu medizinischen Fragen

Jeder willensfähige Volljährige kann heute im Voraus eine bestimmte medizinische Behandlung sowohl verweigern als auch einfordern. Er kann z. B. eine PEG-Magen-sonde absolut ablehnen. Oder er kann umgekehrt voraussetzen, sofern noch kein leidvoller Sterbeprozess eingesetzt hat, eine künstliche Ernährung in allen Situationen zu erhalten. Formulare, die einen solchen weitestgehenden Lebensschutz vorsehen, werden selbstverständlich weiterhin verbreitet. Mit ihnen ist dann die Bejahung eines jahrzehntelangen Dauerkomas verbunden – etwa in der sogenannten »christlichen Patientenverfügung« oder dem Muster der Ärztekammer Nordrhein. Das ist zwar legitim aber insofern problematisch, als es den unbedarften Nutzern gar nicht auffällt und für sie »kontraproduktiv« sein kann.

Siehe zu diesem Problem → S. 3



Info-Tipp

Die Kriterien einer Standard-Patientenverfügung erfüllt hingegen z. B. die Vorlage der Ärztekammer Hamburg, siehe www.aerztekammer-hamburg.de/patienten/patientenverfueg.htm.

Es ist also bei der Wahl Vorsicht geboten. Selbst die 17 Landesärztekammern vertreten unterschiedliche Ansätze und Muster.

Meist wird es um Abwägungen gehen. Sie sollten sich zu Krankheitsbildern, Prognosen und Behandlungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten beraten oder von Patientenberatungsstellen unterstützen lassen. Hingegen macht der Gang zum Notar insofern keinen Sinn, als es sich bei den anstehenden Fragen nicht um juristische Formvorschriften, sondern um teils komplexe medizinische Sachfragen handelt.

Warum eine Aktualisierung?

Heute ist rechtlich unstrittig: Es geht bei einer Patientenverfügung, die verbindlich befolgt werden kann und muss, nicht um Formalien. Laut Gesetz kommt es vielmehr darauf an, ob darin inhaltlich (!) die »Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen« (§ 1901a BGB, Absatz 1). Deshalb wird auch vom Bundesministerium der Justiz empfohlen, die Patientenverfügung von Zeit zu Zeit zu aktualisieren, wenngleich das Gesetz dies nicht verlangt und erst recht keine einzuhaltende Frist festlegt. Aber Lebensumstände und Krankheitszustände können sich ändern und damit verbundene persönliche Bewertungen ebenso. Eine Aktualisierung ist im eigenen Interesse (etwa alle 2 Jahre) sinnvoll. Andernfalls könnten auch Zweifel angemeldet werden: Wollte der Betroffene seine Festlegungen bei jetzt vielleicht geänderten Lebensumständen noch voll und ganz gelten lassen?

Geht es auch um »Sterbehilfe«?

Das BMJ hat in seiner Broschüre Hinweise gegeben, die speziell auch für die hier vorgestellte STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG gelten:

»Die Befolgung der in den aufgeführten Textbausteinen beschriebenen Behandlungswünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen (sog. aktive Sterbehilfe) und keine Beihilfe zur Selbsttötung.«

→ **Einlegerbogen in dieser Broschüre**

Denn es handelt sich in der STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG ausschließlich um Festlegungen zur Unterlassung von Maßnahmen (sog. »passiven Sterbehilfe«) und um die Zustimmung zu einem Umfang von Schmerztherapie, der auch als »indirekte Sterbehilfe« bezeichnet wird. Dies ist palliativ-medizinischer und hospizlicher Standard.

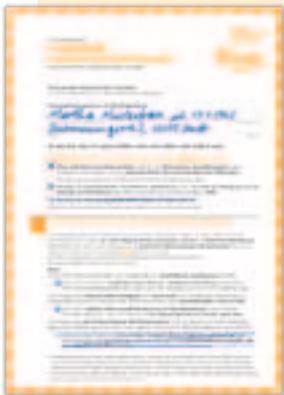
→ **Unterlagen dafür zu bestellen auf Broschürenrückseite**

In einer OPTIMALEN PATIENTENVERFÜGUNG wird demgegenüber die subjektive Wertvorstellung des Betroffenen benannt (ausgeschlossen ist dabei nur die eindeutig strafbare »Tötung auf Verlangen«). Dazu werden fünf Optionen zur Wahl gestellt. Sie reichen von voller Ausschöpfung legaler Sterbehilfemöglichkeiten über eine Suizid-Option (inklusive freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit) bis hin zur entschiedenen Ablehnung jeder Form »aktiver« (inklusive der indirekten) Sterbehilfe.

Eine in Abständen neu geleistete Unterschrift mit aktuellem Datum (nach Durchlesen und ggf. Abändern) ist empfehlenswert. In den beiden ausgearbeiteten Dokumenten, die Ihnen im Folgenden vorgestellt werden, ist dafür auf der Rückseite ein Feld vorgegeben (Standard-PV und Optimale PV).

Sie finden hier drei Modelle

(Jeweils nur Vorderseite)



ANKREUZVARIANTE
einfachster Standard
(kostenfrei)



STANDARD-PV
ausgearbeitet nach
Textbausteinen (ca. 30€)



OPTIMALE PV
medizinisch-fachkundig
ausgewertet und erstellt,
individuell formuliert
(ca. 90–120€)

Was ist bei der Verbindlichkeit zu beachten?

Eine Beschränkung der Reichweite von Patientenverfügungen (etwa nur auf den unumkehrbaren Sterbeprozess oder Bewusstseinsverlust) gibt es nach der gesetzlichen Regelung von 2009 ausdrücklich nicht. Dort heißt es nunmehr unmissverständlich: Die Beachtung und Durchsetzung einer hinreichend konkreten Patientenverfügung gelte »unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung« des Betroffenen.

Unbeachtlich bleiben nur Anordnungen, die gegen das gesetzliche Verbot der »Tötung auf Verlangen« (§ 216 Strafgesetzbuch) verstoßen. Abgesehen davon können Sie als voll einwilligungsfähiger Verfasser aber für den Fall späterer Nicht-Einwilligungsfähigkeit so gut wie alles im Voraus bestimmen (wozu allerdings kompetente Abfassungshilfe dringend zu empfehlen wäre). Zur Ergänzung ist eine GESUNDHEITSVOLLMACHT sinnvoll, damit eine Vertrauensperson Ihrer Wahl Sie später nach außen vertreten kann. Legitimer Patientenvertreter ist entweder ein Bevollmächtigter oder sonst ein vom Gericht eingesetzter Betreuer. Laut Gesetz von 2009 gilt für beide gleichermaßen: Sie haben einer Patientenverfügung »Ausdruck und Geltung zu verschaffen« (§ 1901a BGB, Absatz 1).

Muss es aber in jeden Fall überhaupt einen Patientenvertreter dazu geben? Laut Broschüre »Patientenverfügung« des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) ist dies nicht immer notwendig. Vielmehr seien Festlegungen in Ihrer Patientenverfügung für Ärzte dann unmittelbar verbindlich,

»wenn durch diese Festlegungen Ihr Wille für eine konkrete Lebens- und Behandlungssituation eindeutig und sicher festgestellt werden kann. Die Ärztin oder der Arzt muss eine derart verbindliche Patientenverfügung beachten, auch wenn keine Vertreterin oder kein Vertreter bestellt ist«.

In den »Empfehlungen« der Bundesärztekammer (Mai 2010) wird dies ebenso betont.

Qualität entscheidet

Erfüllbar wird diese hohe Qualitätsanforderung in der Regel nur durch eine fachkundig erstellte OPTIMALE PATIENTENVERFÜGUNG sein. Vor allem für nicht so anspruchsvolle Patientenverfügungen ist die Kombination mit einer zusätzlichen GESUNDHEITSVOLLMACHT für eine Person, die Sie gut kennt, sinnvoll bzw. unerlässlich. Ärzte, die besonders vorsichtig sind, würden sonst – trotz STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG – beim Betreuungsgericht zunächst die Bestellung eines Betreuers anregen. Bei einer genau passenden und zudem aktualisierten Patientenverfügung hingegen wäre die Bestellung eines Betreuers – nur weil kein Bevollmächtigter zur Stelle ist – nicht erforderlich.

Immer schon galt, dass zu jedem ärztlichen Eingriff eine aktuelle Einwilligung nötig ist und dass ein Verstoß dagegen (außer im unmittelbaren medizinischen Notfall) den Straftatbestand der Körperverletzung ausmacht. Vor der gesetzlichen Regelung war allerdings strittig, ob der aktuelle dem voraus verfügten Patientenwillen völlig gleichzusetzen sei. Viele Juristen gingen früher davon aus, dass nur in völlig »aussichtslosen« Fällen ein verfügter Verzicht etwa auf künstliche Ernährung verbindlich zu befolgen sei. Es gab dazu abgefasste Einheitsformulare mit entsprechenden allgemeinen »Floskeln«. Diese herkömmlichen Patientenverfügungen haben sich in der klinischen Praxis als untauglich erwiesen.

Ihnen werden deshalb nebenstehend und im Folgenden Modelle vorgestellt, die wirkliche Entscheidungshilfen für Ärzte darstellen. Auch das drittbeste Modell, die einfache Ankreuzvariante, entspricht Mindestanforderungen hinsichtlich der inhaltlichen Qualität.

Die drei gängigen Modelle

Es gibt viele hunderte von Formularen und Vorlagen verschiedenster Anbieter, die sich teils von ihrer Grundhaltung her deutlich unterscheiden. Dies ist aber für die Nutzer gar nicht zu erkennen, daher wenig hilfreich und führt zur Desorientierung und Unsicherheit. Deshalb haben wir für Sie »nur« zwei Grundmodelle zusammengestellt, wobei die Standard-Patientenverfügung noch einmal unterteilt ist in ein einfaches und ein erweitertes Modell.

**Welche ist für mich hinreichend?
Welchen Anspruch habe ich?**

Mit den Ihnen hier empfohlenen Modellen sind alle erdenklichen Grundüberzeugungen prinzipiell abzudecken (z. B. ob Sie christlichen Beistand wünschen oder wie Sie zu humaner Sterbehilfe stehen). Die Unterschiede bestehen in Reichweite, Qualität, Bearbeitungsaufwand und dafür zu leistender Gebühr. Das Mindestkriterium beim einfachsten Standard (kostenfrei) ist, dass wenigstens einige Wahlmöglichkeiten gegeben sind.

Grundsätze und Grenzen von STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNGEN

Aus Textbausteinen, die teils angekreuzt bzw. ausgewählt werden

Standardisiert sind dabei Textbausteine, aber auch das Aufbauprinzip der beiden Hauptteile (hier A und B):

Teil **A** umfasst die exemplarischen Situationen, für welche die medizinischen Festlegungen in Teil **B** dann gelten sollen. (Als Erweiterung bieten sich die Teile **C** und **D** an. Sie enthalten ergänzende Beschreibungen möglicher Situationen, sonstige wichtige Angaben sowie die Frage der Organspende.) Die ursprünglichen Textbausteine entstammen einem interdisziplinären Gremium im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) aus dem Jahr 2004.

Formular mit Ankreuzmöglichkeiten

Die einfache Ankreuzvariante besteht nur aus den Teilen **A** und **B**. Sie orientiert sich eng an den Grundsätzen der Hospizarbeit und Palliativmedizin, die heute als Standard gelten. Abgedeckt sind im Teil **A** nur Situationen, in denen sterbende oder schwerstkranke Menschen entsprechend zu versorgen sind. Hinzugefügt wurde hier eine weitere Option zur Gehirnschädigung sowie Demenz mit zusätzlich auftretenden lebensbedrohlichen Komplikationen.

Die Reichweite der Ankreuzvariante bleibt aber tendenziell **begrenzt auf »aussichtslose« Prognosen:**

- wenn – ohne künstliche Ernährung oder lebensnotwendige Intensivmedizin – der Tod aller Wahrscheinlichkeit nach bald eintritt
- wenn schwere Gehirnschädigungen (aller Wahrscheinlichkeit nach) nicht mehr besserungsfähig sind

Vorteil: Kostenfrei und leicht nutzbar.

Nachteil: In Konfliktsituationen können behandelnde Ärzte auf mögliche Mängel beim Ankreuzen verweisen (Widersprüchlichkeit oder Verdacht auf nachträgliche Manipulation). Hinzu kommt die tendenzielle Reichweitenbegrenzung.

Häufiger Streitpunkt kann später sein, ob die benannte »Standard-Situation« auch so eingetreten ist. Denn in der klinischen Praxis ist es meist nicht ausgeschlossen, dass doch noch eine Besserung eintreten kann. Ein Behandlungsverzicht in Teil **B** würde dann allenfalls eine unverbindliche, interpretationsbedürftige Geltung (oder auch gar keine Geltung) haben.





Angefertigte, erweiterte Standard-Patientenverfügung

Dieses Modell behebt einige der vorgenannten Mängel. In der erweiterten Standard-Patientenverfügung finden sich in einem Teil **C** noch weitere wählbare Textbausteine sowie offene Angabemöglichkeiten. Diese betreffen

- Raum für eigene, weitergehende Situationsbeschreibungen
- einen Ermessensbereich für bevollmächtigte Angehörige bei Entscheidungen
- den Ort und die Betreuung für die letzte Lebensphase

Der Teil **D** deckt die Frage der Organspende und Gewebeentnahme ab.

Vorteil: Erweitertes Textdokument ohne Durchstreichungen und ohne Ankreuzungen. Die Bearbeitungsgebühr dürfte für (fast) jeden erschwinglich sein, zumal auch Ermäßigungen eingeräumt werden und eine noch preiswertere Nutzung online (im Internet) möglich ist.

Nachteil: Differenzierungen sind in dem vorgegebenen Schema nicht möglich. Mit der erweiterten Möglichkeit, selbst Krankheitssituationen anzugeben, kann sich deshalb die vorgegebene Struktur als problematisch erweisen. Nicht möglich ist etwa die absolute Ablehnung einer PEG-Magensonde bei Alzheimer-Demenz und die Erlaubnis zur (kurzfristigen) Infusions-Ernährung in einem klinischen Notfall. Denn die Festlegungen in **B** (Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen und künstliche Ernährung aller Art) gelten gleichermaßen für alle Situationen, die in **A** und in **C** gewählt bzw. selbst beschrieben sind.

Gerade Angaben »Je nach Situation« verbunden mit persönlichen Wertvorstellungen zur unverzichtbaren Lebensqualität sind es, die sich in der konkreten Entscheidungssituation meist als besonders wichtig erweisen. Dies wäre jedoch von Ihnen selbst zu ergänzen, da in einer angefertigten STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG die folgenden Punkte **nicht abgedeckt sind:**

- Ihre Einstellung zu Pflegebedürftigkeit (zu Hause oder im Heim), zu Würde, Hoffnung, Sterbehilfe, Leben mit Krankheit und Behinderung
- Abwägungen je nach Schwere des Leidens, verbleibender Lebensqualität oder noch bestehender Aussicht auf Besserung
- die verbindliche absolute Ablehnung bestimmter (Intensiv-)Maßnahmen
- Persönliche Umstände, bestehende Krankheitsbilder, religiöse oder weltanschaulich bestimmte Vorstellungen, Grad der Lebenszufriedenheit

Diese und mehr Möglichkeiten bietet das anspruchsvollere Modell einer maßgeschneiderten OPTIMALEN PATIENTENVERFÜGUNG.



Die Alternative für höhere Ansprüche OPTIMALE PATIENTENVERFÜGUNG

Möchten Sie, dass alle Eventualitäten im Fall Ihrer späteren Einwilligungs- bzw. Entscheidungsunfähigkeit in Ihrem Sinne präzise abgedeckt sind? Dann empfiehlt sich das Modell einer OPTIMALEN PATIENTENVERFÜGUNG. Sie können damit alle Möglichkeiten – ohne jegliche Reichweitenbeschränkung – ausschöpfen. Dazu ist der Laie jedoch allein nicht in der Lage. Deshalb sieht das Modell einer OPTIMALEN PATIENTENVERFÜGUNG die Abfassung durch medizinisch-fachkundige Berater/innen vor, die auf der Grundlage eines differenzierten Fragebogens erfolgt. Es handelt sich um ein seit 20 Jahren erprobtes Modell, welches sich in der späteren Praxis sehr bewährt hat. Die Bearbeitungsgebühren betragen max. 120€.

Vorteil: Keine starre Struktur, keine aneinandergereihten Textbausteine. Individuelle Formulierungen, persönliche Angaben sind integriert. Modell von höchster Qualität und Aussagekraft.

Nachteil: Für manchen vielleicht zu anspruchsvoll bzw. aufwändig, die Bearbeitungsgebühr mag auch nicht jeder ausgeben können oder wollen.

Wenn Sie eine kompetente, maßgeschneiderte Abfassung für sich wünschen: Sie können dazu erforderliche Unterlagen mit der Bestellkarte auf der inneren Rückseite dieser Broschüre kostenfrei anfordern.



Machen Sie die Probe auf's Exempel!

Angenommen, Sie könnten selbst nicht mehr essen und jemand müsste anhand Ihrer Patientenverfügung darüber entscheiden, ob und wann Sie künstlich ernährt werden wollen. Ist das klar und eindeutig geregelt? Verstehen Sie es anhand Ihrer vorliegenden PV selbst? Versteht es Ihr Bevollmächtigter?

Freigemeinnützige, kirchliche oder hospizliche Beratungsstellen bieten kostenfreie Erstinformation und erwarten oft nur eine Spende. Allerdings haben Sie dann noch keine unterschriftsreife Patientenverfügung.

Qualitätscheck für eine bereits bestehende Patientenverfügung und für Beratung

Eine Patientenverfügung mag von einem Notar, oft im Rahmen einer General- oder Vorsorgevollmacht, »formal wasserdicht« erscheinen. Ihre Ärztin mag Sie kompetent über Krankheitsverläufe informieren und auch Ihr vollstes Vertrauen genießen. Doch haben Sie dann eine Patientenverfügung (PV), die den Ansprüchen genügt, die das geltende Gesetz vorsieht?

Sind überhaupt Mindeststandards eingehalten? Ist Ihre Patientenverfügung vielleicht zu weit oder umgekehrt zu eng gefasst, als Sie es eigentlich selbst für sich wollen? (Das ist sehr wichtig, denn schließlich entfaltet sie seit 2009 verbindliche Wirksamkeit). Können Sie sagen, welche Situationen darin benannt sind, für die dann keine Intensivmaßnahmen mehr erfolgen sollen?

Anlass genug, sich den Text einer schon bestehenden Patientenverfügung – im eigenen Interesse – genau anzusehen. Wenn Sie zur Abfassung Beratungshilfe in Anspruch genommen haben oder nehmen möchten, sollten Sie deren Qualität ebenfalls überprüfen. Die folgenden Punkte können Ihnen bei der Bewertung helfen.

Basisqualifikation der PV-Berater/innen?

Weiß Ihr Berater / Ihre Beraterin über Grundformen der künstliche Ernährung, über Besonderheiten eines Dauerkomas im Gegensatz zum Hirntod, über die Schweregrade bei Alzheimer-Demenz, über den Unterschied zwischen Palliativmedizin und hospizlicher Sterbebegleitung Bescheid? Wird Ihnen der Unterschied zwischen Vollmacht und Betreuungsverfügung richtig erklärt?

Wie unabhängig und umfangreich ist die Beratung?

Wird Ihnen ausschließlich ein Formular bzw. schon vorgefertigter Text unterbreitet oder erhalten Sie Auskunft über zumindest zwei Modelle? Werden verschiedene Wertvorstellungen (z. B. zur legal möglichen Sterbehilfe oder Lebensqualität) gleichermaßen respektiert und dokumentiert? Wird auch über noch mögliche Lebensfreude bei schwerer Krankheit und Lebenshilfe gesprochen sowie über ethische Aspekte, sofern Sie dies wünschen? Wird Ihnen zum Thema »Sterbehilfe« klar gesagt, dass allein die Tötung auf Verlangen in Deutschland in jedem Fall strafbar ist?

Stimmt das Preis-Leistungsverhältnis?

Werden Ihnen vorher Materialien und mehrere Schritte (mit Zeit zum Nachdenken dazwischen) und ggf. Korrekturmöglichkeiten ohne Zusatzkosten angeboten? Laut Gebührenordnung könnte eine PV mit Beratung (keine Kassenleistung!) beim niedergelassenen Arzt bis zu 235 € betragen (die wenigsten Ärzte bieten dies jedoch an). Mit Gebühren in ähnlicher Höhe ist zu rechnen, wenn Sie einen Rechtsanwalt aufzusuchen und damit beauftragen.

Bei Fragen rufen Sie uns bitte an

Mo., Di., Do. und Fr. 10–17 Uhr
030 613904 -12, -32 oder -11

E-Mail: spv@patientenverfuegung.de

BUNDES
ZENTRALSTELLE
PATIENTEN
VERFÜGUNG

**HVD**
Humanistischer Verband
Deutschlands



BUNDES
ZENTRALSTELLE
PATIENTEN
VERFÜGUNG



HVD
Humanistischer Verband
Deutschlands



STANDARD- PATIENTENVERFÜGUNG

ANKREUZFORMULAR MIT TEXTBAUSTEINEN

ANLEITUNG ZUR NUTZUNG

Ausfertigen lassen zur individuell erweiterten STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG

- Ausfüllen
- Abschicken
- Ausfertigen lassen

Lesen Sie die Texte der Teile **A** und **B** gut durch. Diese stellen die Kernaussagen einer Standard-Patientenverfügung dar.

Individuelle Zusatzangaben können Sie davor (Ihre jetzige Situation betreffend) sowie ausführlich in den Teilen **C** und **D** machen.

Gemeinnützig und unabhängig

Die Arbeit der Bundeszentralstelle Patientenverfügung ist nicht gewinnorientiert, sondern als gemeinnützig anerkannt. Wir verzichten bewusst auf mögliche Zuwendungen von staatlichen oder sonstigen Stellen. So sind wir ausschließlich den Interessen unserer Klient_innen und Förder-Mitglieder verpflichtet.

- Wir setzen uns seit 25 Jahren aktiv dafür ein, dass Selbstbestimmung am Lebensende gestärkt wird.
- Wir haben im Bundesjustizministerium am bestehenden »Patientenverfügungsgesetz« beratend mitgewirkt.
- Wir tragen durch unsere Öffentlichkeitsarbeit zum humanen Sterben bei.

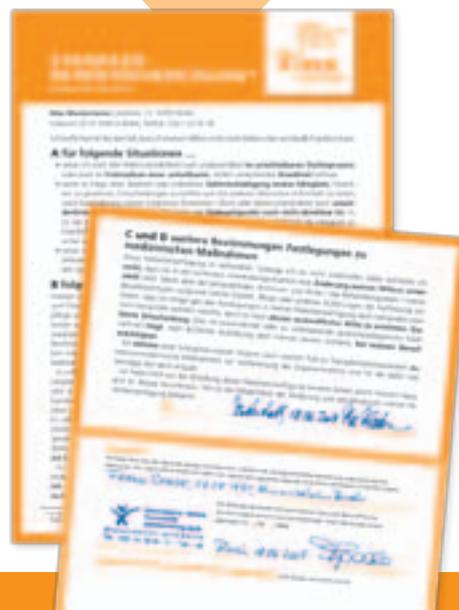
Senden Sie die vier Seiten mit dem gestreiften Rand zurück an:
**Bundeszentralstelle
Patientenverfügung des HVD**
(Humanistischer Verband Deutschlands).

Unsere Mitarbeiter_innen prüfen Ihre Angaben und stehen für Beratung oder Hilfe beim Ausfüllen zur Verfügung – **gern auch telefonisch.**

Es wird aus Ihren Angaben eine **unterschriftsreife STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG** erstellt und Ihnen in zweifacher Ausfertigung per Post zugesandt (siehe Abb. Vorder- und Rückseite). Zusätzlich erhalten Sie Vollmachten, in die wir die Namen und Kontaktdaten Ihrer Vertrauenspersonen eindrukken, wenn Sie uns diese mitgeteilt haben.

Dafür erbitten wir zur Deckung unserer Kosten eine Gebühr von **50€**.

Ein ermäßigter Betrag ist möglich, ein freiwillig geleisteter **höherer Betrag ist willkommen**. Die Gebühr ist erst nach Erhalt der fertigen Dokumente zu entrichten.



Zur Erstellung einer

STANDARD- PATIENTENVERFÜGUNG

Zu den hochgestellten Ziffern siehe »Medizinische Erklärungen«.

Verfügender/r mit Vor- und Zunamen

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Wenn in meiner jetzigen Situation plötzlich ein Notfall (z. B. durch Unfall oder Herzinfarkt) einträte, sollen intensivmedizinische Maßnahmen durchgeführt und ausgeschöpft werden?

- Ja**, solange realistische Aussichten bestehen, dass ich ein lebenswertes, umweltbezogenes Leben wiedererlangen kann.
- Nein**, bereits jetzt sind intensivmedizinische Maßnahmen von mir prinzipiell nicht mehr erwünscht (aufgrund hohen Alters, schwerer Erkrankung o. ä.).
- Keine Festlegung**

Sinnvoll ist ein Zusatzblatt mit Vorstellungen zu einem (noch) lebenswerten Leben, Hoffnung auf Besserung, zu körperlichen und geistigen Einschränkungen; mit Schilderung von bestehenden Beschwerden u. ä.

Sonderfall Wiederbelebung: Versuche zur Wiederbelebung stellen eine besondere Frage dar. Sie können dazu eine der Optionen in Teil C wählen.

In den in **A** genannten »Standard«-Situationen* wünsche ich nur noch pflegerische Basisversorgung, Schmerz- und Beschwerdelinderung. Auf lebensverlängernde Maßnahmen, die in **B** aufgeführt sind, verzichte ich dann bzw. lehne sie dann ab. Darüber hinaus gilt mein Verzicht auch für die von mir angekreuzten Optionen. Voraussetzung ist in jedem Fall, dass ich später eine notwendige medizinische Entscheidung nicht selbst treffen kann, d. h. nicht (mehr) willensfähig bin.

* Diese exemplarischen »Standard«-Situationen gelten als »aussichtslos« im Sinn von Heilung oder auch nur Besserung der Grunderkrankung. Sie können gleichwohl nicht als »sinn-, hoffnungs- oder wertlos« angesehen werden. Denn es bleibt, die Patientenbedürfnisse durch fürsorgende und lindernde (»palliative«) Maßnahmen zu befriedigen.

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, bestimme ich:

A Situationen, in denen meine Patientenverfügung gelten soll

Wenn ...

... ich mich unabwendbar im **Sterbeprozess** bzw. im **Endstadium** einer zum Tode führenden Erkrankung befinde.

- auch wenn bei **schwerem, unheilbarem Leiden** der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar wäre.

... ich in Folge einer **schweren Gehirnschädigung**¹ mein **Bewusstsein** verloren habe und dies aller Wahrscheinlichkeit nach **unwiederbringlich ist** (»Dauerkoma«).

- auch wenn **absehbar keine wesentliche Besserung erfolgt dahingehend**, dass ich wieder Einsichten gewinnen und (i. d. R. sprachlich) **mit anderen Menschen in Kontakt treten kann** (zeitliche Konkretisierung siehe Teil C, Punkt 6).

... ich aufgrund eines **weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses**² (z. B. bei Demenz nach dem Alzheimer-Typus) trotz Hilfestellung Nahrung nicht mehr auf natürliche Weise zu mir zu nehmen kann.

- auch wenn bei Demenz ein noch **nicht so weit fortgeschrittenes Stadium**² vorliegt, aber folgende **Problematik hinzuträte**: Eine organisch bedingte Lebensbedrohung (z. B. Nierenversagen), die nur durch intensivmedizinische bzw. belastende Maßnahmen abwendbar wäre.

(sonstige Situationen siehe Teil C, Punkt 6)

B Medizinische Festlegungen für die unter A genannten Situationen

1. Unverzichtbare Basisversorgung

Ich wünsche und erwarte angemessene Zuwendung und Körperpflege. Eine fachgerechte (d. h. palliativmedizinische) **Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen** wie Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe u. a. setze ich dabei voraus.

2. Ablehnung von intensivmedizinischen Maßnahmen

In den unter **A** genannten Situationen sollen **keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr erfolgen**. Insbesondere damit einhergehende Belastungen möchte ich mir ersparen. Ein Sterben wird dann von mir gewünscht bzw. in Kauf genommen. Das bedeutet bei Willensunfähigkeit im Einzelnen:

- Keine lebenserhaltende Eingriffe und Maßnahmen wie z. B. Dialyse (*apparative Blutwäsche*), keine Eingriffe wie Amputation und Organoperation mehr.
- Keine künstliche Beatmung mehr (bzw. eine schon eingeleitete soll eingestellt werden). Ich setze voraus, dass ich Medikamente zur hinreichenden Linderung von Atemnot erhalte.
- Keine Versuche zur Wiederbelebung mehr.
 - Ein Notarzt soll bei Herz-Kreislauf-Stillstand (in heimischer Umgebung) dann nicht mehr gerufen werden.

3. Verzicht auf künstliche Ernährung³

Das **Stillen von Hunger- und Durstempfinden** gehört unverzichtbar zu jeder lindernden Therapie. Es soll **auf natürliche Weise erfolgen**, ggf. mit Hilfe (Handreichung) bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

Unter den in **A** genannten »aussichtslosen« Situationen wünsche ich **keine künstliche Ernährung³** mehr, unabhängig von der Form (Magensonde durch Bauchdecke [»PEG«] oder durch Nase ebenso wenig wie Kalorienzufuhr durch venöse Zugänge).

- Ich verzichte dann auch auf **künstliche Flüssigkeitszufuhr³**, außer sie ist – in angemessenem Maße – palliativmedizinisch erforderlich. Auf die fachgerechte Mundpflege und -befeuchtung³ ist besonderer Wert zu legen. Prinzipiell wünsche ich dann nur noch Flüssigkeit, die ich auf **natürlichem Wege** über den Mund aufnehmen kann.

4. Bewusstseinsdämpfende und/oder sedierende Mittel⁴

Wenn Schmerzen, Atemnot oder quälende Unruhe am Lebensende anders nicht hinreichend zu lindern sind, wünsche ich auch solche Mittel, die mich sehr müde machen oder mein Bewusstsein einschränken können.

- Dann stimme ich im Extremfall auch einer Bewusstseinsausschaltung (»künstlicher Tiefschlaf«) oder einer Lebensverkürzung als möglicher, ärztlich nicht beabsichtigter Nebenwirkung⁴ zu.

5. Blutbestandteile, Antibiotika und andere Medikamente

*Es kann sich z. B. auch um stabilisierende Herzmittel handeln. Lebensverlängernde und lindernde Wirkungen sind oft nicht voneinander abzugrenzen. Auch bei dieser Frage geht es ausschließlich um die unter **A** genannten Situationen!*

Wählen Sie nur eine Alternative.

- Auch auf solche Maßnahmen und Medikamente** (die ambulant verabreicht werden können) **verzichte ich dann**. (Ich will dann keinerlei Stabilisierung oder mögliche Lebensverlängerung mehr.)
- Ich wünsche sie** (bzw. erlaube sie nur), wenn sie **zur Linderung von Beschwerden** erforderlich wären.
- Darüber sollen später meine Patientenvertreter entscheiden (*Siehe dazu Teil C, Punkt 7*).

Für Rückfragen, die sich beim Ausfüllen dieses Ankreuzformulares ergeben, erreichen Sie uns Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag von 10–17 Uhr unter 030 613904-12 oder -32.

Wenn Sie – z. B. aus Zeitgründen – nur eine einfache Ankreuzvariante nutzen wollen, können Sie die bisherigen Angaben unterschreiben und die Seite abtrennen. Nicht gewählte Optionen zum Ankreuzen sind dann unbedingt zu streichen.

Zu empfehlen ist jedoch eine als Text ausgearbeitete STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG mit zusätzlichen Angaben.

Im Teil C haben Sie auch die Möglichkeit, Ihrem/n Gesundheitsbevollmächtigten einen Ermessensbereich einzuräumen.

X

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der/des Verfügenden

.....
ggf. Bezeichnung

C Mögliche Zusatzangaben und Wünsche

Im Folgenden können Sie Ihre Angaben basierend auf Ihren persönlichen Wertvorstellungen und Wünschen zum Lebensende weiter konkretisieren. Allerdings bleiben hier immer Schwierigkeiten bei der zeitlichen Bestimmung und sonstige Unwägbarkeiten. So kann eine Einschränkung von Versuchen zur Wiederbelebung nicht verbindlich vorausbestimmt werden. Ebenso wenig kann ein gewünschter Sterbeort garantiert werden.

6. Weitere Situationen von Willensunfähigkeit, in denen die medizinischen Festlegungen aus B gelten sollen:

Lassen Sie sich zu dieser Frage am besten ärztlich oder medizinisch fachkundig beraten. Im Zweifelsfall sollten Sie die folgenden Optionen überspringen.

- Wenn ich infolge einer **schweren Gehirnschädigung¹ keine Einsichten mehr gewinnen kann** und (i. d. R. sprachlich) mit Menschen nicht mehr in Kontakt treten kann, **soll das Warten auf wesentliche Besserung beschränkt werden auf:**

ca. Monate oder Wochen oder Tage
(nicht zutreffende Zeitangabe bitte streichen)

Ich wünsche, auch in der folgenden Situation sterben zu dürfen:

- Wenn (z. B. in Folge von Schlaganfall oder Unfall) körperliche Dauerschädigungen mit bleibender Bettlägerigkeit bzw. Schwerstpflegebedürftigkeit vorliegen.

Sonderfall Wiederbelebung⁵ (bei Herz-Kreislauf-Stillstand)

Diese Optionen beziehen sich auf Ihre jetzige Situation, wenn plötzlich ein Notfall bzw. Unfall einträte.

- Versuche zur Wiederbelebung **wünsche ich prinzipiell** (es sei denn, dass eine der in **A** oder **C** genannten Situationen eingetreten ist).
- Versuche zur Wiederbelebung wünsche bzw. akzeptiere ich prinzipiell **nur unter der Bedingung**, dass sie **innerhalb von fünf Minuten** nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand einsetzen.
- Versuche zur Wiederbelebung **lehne ich in jedem Fall heute schon ab**.

Sie können bei den Fragen **7, 8 und 9** jeweils eine oder mehrere Optionen wählen, aber möglichst nicht alle. Denn sonst wäre keine Tendenz erkennbar.

7. Zur späteren Entscheidungsfindung und Interpretation meines Willens

- Die von mir in der beigefügten Gesundheitsvollmacht **benannte(n) Person(en)** soll(en) – nach ärztlicher Aufklärung – das »letzte Wort« im Prozess der Entscheidungsfindung haben. Bei notwendig werdenden Interpretationen kommt ihr (ihnen) ein **eigener Ermessensbereich** zu.
- Insbesondere bei Demenz soll abgewogen werden, was **meinem Wohl und mutmaßlichen Willen am meisten entspricht**. Dies soll aufgrund meiner Gesten, Blicke oder sonstiger Lebensäußerungen ermittelt werden.
- Die hier getroffenen medizinischen Festlegungen gelten für Ärztinnen/Ärzte **unmittelbar verbindlich**. Solange ich sie nicht widerrufen habe, soll mir in der konkreten Situation **keine Änderung meines Willens unterstellt werden**.

8. Aufenthaltsort am Lebensende

Ich möchte ...

- wenn irgend möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- dort sein, wo meine Würde, Versorgung und Selbstbestimmung am besten gewahrt sind.
- bei Komplikationen am Lebensende in ein Krankenhaus verlegt werden.
- zum Sterben in ein Hospiz (sofern vorhanden und sofern die engen Zugangsvoraussetzungen erfüllt sind).

9. Gewünschter Beistand am Lebensende (menschlich, fachlich, spirituell)

Ich wünsche, dass benachrichtigt und einbezogen wird

- Pflege-, Palliativ-, ambulanter Hospizdienst:
-
- Vertreter_in der folgenden Kirche / Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft / Organisation:
-
- Ärztin/Arzt meines Vertrauens (inkl. Tel.):
-
- Sonstige einzubeziehende Person (sofern nicht Angehörige oder Bevollmächtigte):
-

D Organspende

10. Erlaubnis zur Organspende nach Hirntod und zur Gewebeentnahme?

- Ich stimme einer Entnahme von Organen zum Zweck der Transplantation zu. **Intensivmedizinische Maßnahmen** dürfen dann zur Vorbereitung der Organentnahme nach Hirntodfeststellung **weitergeführt werden** (Stunden oder wenige Tage).
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe ab.
- Ich bin (noch) unentschieden / kommt für mich nicht (mehr) in Frage.

Die folgende Erlaubnis **gilt unabhängig** von den drei vorgenannten Optionen.

- Ich bin mit einer Entnahme von Gewebe (zur Spende) nach meinem Tod einverstanden.

Zur Bearbeitung

- Ich bitte um eine eilige Bearbeitung (z. B. weil ein medizinischer Eingriff bevorsteht).
Unsere normale Bearbeitungszeit beträgt bis zu zwei Wochen.
- Ich bitte um ein **Betreuungsformular**, da eine geeignete Person für eine Vollmacht nicht zur Verfügung steht.

Zum Online-Ausfüllen

Wenn Sie auf unserer Seite www.patientenverfuegung.de/ standard Ihre persönlichen Daten selbst eintippen und Ihre Optionen durch Anklicken wählen, sparen wir dadurch viel Zeit. Dementsprechend ist der dort erbetene reguläre Betrag erheblich niedriger als der nebenstehende.

Bitte
senden
an:



Gebührenerstattung

Über unsere gemeinnützige Arbeit, die wir ausschließlich über Gebühren, Spenden und Förderbeiträge selbst finanzieren, können Sie sich im Mantelbogen näher informieren. Die »hochgerechneten« durchschnittlichen Kosten zur Erstellung einer individuellen Standard-Patientenverfügung betragen ca. 50 Euro. Wir bitten Sie, uns diese zu erstatten.

Zur Unterstützung unserer Ziele können Sie darüber hinaus gern freiwillig eine höhere Gebühr zahlen, wie wir dies unten zur Wahl stellen. Damit zeigen Sie sich auch solidarisch gegenüber denjenigen, die für ihre Vorsorge-Dokumente nicht das nötige Geld aufbringen können. Denn für diese ermöglichen wir eine entsprechende Ermäßigung.

Ich erkläre mich bereit, nach Erhalt meiner Dokumente (unterschriftsreife Standard-Patientenverfügung – falls erwünscht zusätzlich mit unterschiftsreifen Vollmachten – jeweils in doppelter Ausführung) **einen Betrag zu überweisen in Höhe von (wie angekreuzt):**

- regulär 50 € oder 65 € oder 100 €
oder individuell

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Unterstützung.

- Ich bitte um eine Reduzierung der 50 €, da ich nur einen Betrag in Höhe von € überweisen kann.
Begründung für die Reduzierung:

(z. B. Grundsicherung, Arbeitsunfähigkeit o. ä.)

.....
Datum

X

.....
Unterschrift

Für eventuell notwendige Rückfragen bin ich tagsüber am besten telefonisch zu erreichen unter:

MEDIZINISCHE ERKLÄRUNGEN

Zu den Begriffen mit hochgestellten Anmerkungsziffern*

Gehirnschädigungen: Dauerhafte Bewusstlosigkeit / Schwere Demenz

- 1 Betrifft **schwere Gehirnschädigungen** (z. B. nach Unfall, Schlaganfall oder Sauerstoffmangel im Gehirn), die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen, dem »Sitz« des Bewusstseins, einhergehen. Dies gilt v. a. für direkte Gehirnschädigungen durch **Kopfverletzung**, aber auch für indirekte z. B. nach Wiederbelebung. Besonders bei jüngeren Patient_innen können sich günstige Entwicklungen einstellen, in seltensten Fällen bei **Bewusstseinsverlust** im »Dauerkoma« auch nach Jahren noch. Doch die weit überwiegende Mehrzahl der Patient_innen würde – ohne entsprechende frühere Willensbekundung – ihr Leben lang künstlich ernährt werden, keine Einsichten mehr gewinnen und keine gezielten Bewegungen mehr durchführen können. Lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit bleiben aber meist erhalten sowie möglicherweise auch noch ein Empfindungsvermögen.
- 2 Betrifft nicht rückführbare Gehirnschädigungen infolge eines **Hirnabbauprozesses**, wie sie am häufigsten bei **Demenz** (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im weit fortgeschrittenen »Endstadium« ist der Kranke völlig bettlägerig, kann nahe Angehörige gar nicht mehr erkennen und auch trotz Hilfestellung keine Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise mehr sich zu nehmen. Hiervon zu unterscheiden ist ein **noch nicht so weit fortgeschrittenes Stadium**. In diesem können sehr unterschiedliche Krankheitssymptome auftreten wie Persönlichkeitsstörungen, Angst, starke Desorientierung. Insbesondere wenn die eigenen geistigen Defizite selbst gar nicht mehr wahrgenommen werden, vermag der Betroffene noch durchaus positive Gefühle zu empfinden. Er kann Freude am Leben (in seiner eigenen Welt) haben oder auch am Essen.

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

- 3 Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings **kein Hungergefühl**; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Patienten im Dauerkoma. Das **Durstgefühl** ist bei Schwerkranken zwar länger vorhanden, Beschwerden können aber am besten durch Anfeuchten der Atemluft gelindert und durch fachgerechte Mundbefeuchtung und -pflege beseitigt werden.
Die künstliche Zufuhr insbesondere größerer Flüssigkeitsmengen im Sterben gilt sogar als schädlich, weil sie zu Beschwerden infolge von Wasseransammlung führen (v. a. zu Atemnot). Nicht die Unterlassung,

sondern der Gebrauch einer PEG-Magensonde bei Sterbenden und final Erkrankten bedarf eigentlich einer besonderen medizinischen Indikation und ethischen Rechtfertigung.

Schmerz- und Beschwerdelinderung

- 4 Nur in Extremsituationen darf die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine damit verbundene geringe Lebenszeitverkürzung (als »indirekte« Sterbehilfe) strafrechtlich erlaubt ist. Auch gilt eine beabsichtigte Bewusstseinsausschaltung (als sog. tiefe palliative Sedierung) medizinethisch als zulässig. Zu diesen Maßnahmen bedarf es einer Zustimmung. Es geht dabei um mit herkömmlichen Mitteln nicht mehr beherrschbare Schmerzen, Atemnot, auch um Delir (Angst, Halluzinationen) und sonstige quälende Beschwerden am Lebensende. Die Wirkung von sedierenden Mitteln in der palliativen (= lindernden) Medizin reicht von starker Beruhigung über kurzzeitige Bewusstseinsstrübung bis hin zu längerem künstlichem Tiefschlaf (»Langzeitnarkose«).

Eine fachgerechte lindernde Behandlung – einschließlich der Gabe von Morphin als hochwirksamem Opioid – führt in der Regel jedoch nicht zu solchen Folgen. Meist werden z. B. bei Krebspatienten durch die Beschwerde- und Stressfreiheit vielmehr neue »Lebensgeister« geweckt.

Wiederbelebungsmaßnahmen (»Reanimation«)

- 5 Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden lindern als auch das Leben verlängern. **Maßnahmen zur Wiederbelebung** – nach eingetretenem Herzstillstand – sind nie leidensmindernd, sondern dienen ausschließlich dem Versuch der Lebensrettung. Wiederbelebung absolut zu untersagen, kommt für einen hochbetagten oder sehr schwer kranken Menschen in Frage, der sich auch unter keinen Umständen mehr operieren lassen will. Ansonsten kann es im Rahmen von (noch) geplanten medizinischen Eingriffen gelegentlich zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch **sofortige** Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

Wenn hingegen der Herz-Kreislaufstillstand **länger als 5 Minuten** zurückliegt, muss nach jeder weiteren Minute mit immer schwerwiegenderen Dauerschädigungen des Gehirns gerechnet werden. Diese können zum bleibenden Bewusstseinsverlust (Überleben im Koma) führen. Denn das besonders empfindliche Gehirngewebe ist bei Sauerstoffmangel eher irreparabel geschädigt als andere Organe.

**Diese Erklärungen im Sinne der Hospiz- und Palliativberatung sind weitgehend übernommen aus der Broschüre »Patientenverfügung« vom Bundesministerium der Justiz*



Unsere gemeinnützige Arbeit und unentgeltliche Leistungen

- Gemeinnützig bedeutet nicht kostenfrei, doch leisten wir in vielen Bereichen unentgeltliche Hilfe und Betreuung wie z. B. Sterbebegleitung durch Ehrenamtliche.
- Auf unserer Seite www.patientenverfuegung.de stellen wir kostenfreie Downloads zum Selbstausdrucken zur Verfügung. Jeder kann sich dort auch eine Standard-Patientenverfügung online zusammenstellen und vergünstigt ausfertigen lassen.
- Wir senden allen Interessenten einen kostenfreien pv-newsletter per E-Mail mit aktuellen (Fach-)Informationen zu.
- Wir unterstützen Angehörigen und Bevollmächtigte bei der Durchsetzung des Patientenwillens in der später eingetretenen Situation.
- Wir bieten für unsere regelmäßigen Förderer eine Hinterlegungsmöglichkeit mit Notfallpass und Bereitschaftsdienst auch am Wochenende und an Feiertagen.
- Wir führen Fortbildungsmaßnahmen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen durch.

Bei Fragen rufen Sie uns bitte an

Mo., Di., Do. und Fr. 10–17 Uhr
030 613904-12, -32 oder -11

E-Mail: spv@patientenverfuegung.de



BUNDES
ZENTRALSTELLE
PACIENTEN
VERFÜGUNG

HVD

Humanistischer Verband
Deutschlands



BUNDES
ZENTRALSTELLE
PACIENTEN
VERFÜGUNG

HVD
Humanistischer Verband
Deutschlands



V.I.S.I.T.E.
Ambulantes Hospiz
Palliativberatung

Tel.: 030 613904-11, -12 oder -32, Fax: 030 613904-36 • Wallstr. 65, 10179 Berlin
Bundeszentralstelle Patientenverfügung des HVD (www.patientenverfuegung.de)
in Kooperation mit:
V.I.S.I.T.E. Ambulantes Hospiz & Palliativberatung (www.visite-hospiz.de)

Warum und wann eine Vollmacht

Neben der Patientenverfügung ist das wichtigste Vorsorgeinstrument für den medizinischen Aufgabenkreis die GESUNDHEITSVOLLMACHT (früher auch »Patientenanwaltschaft« genannt). Sie ist zu ergänzen durch eine (Vorsorge-)VOLLMACHT für finanzielle und weitere rechtsgeschäftliche Angelegenheiten (sofern diese nicht bereits durch Generalvollmacht abgedeckt sind).

Was viele Menschen nicht wissen:

Wenn jemand seine Angelegenheiten auch nur vorübergehend selbst nicht mehr zu regeln vermag, könnte niemand – weder Ehegatte noch Kinder – in seinem Namen automatisch Regelungen treffen (d. h. weder eine finanzielle Unterstützung beantragen noch sonst irgendeine Unterschrift leisten.) Vielmehr würde dann durch das Betreuungsgericht ein Betreuer (früher: Vormund oder auch »Gebrechlichkeitspfleger«) bestellt. Dies ist inzwischen bei über 1.250.000 Menschen der Fall – Tendenz steigend. Wenn keine Vollmacht vorliegt, erfolgt die Meldung beim zuständigen Betreuungsgericht etwa durch Klinik, Pflegedienst, Angehörige oder Nachbarn. Der Richter kann unter Umständen auch einen »Berufsbetreuer« bestellen, den Sie gerade nicht gewollt hätten oder den Sie vorher gar nicht kannten.

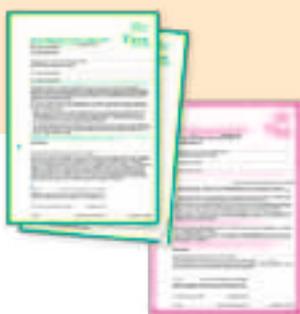
Sie finden in dieser Broschüre zwei Vollmachten-Formulare für die beiden wichtigsten Aufgabenkreise.

Darin können jeweils auch unterschiedliche Personen benannt werden, zu denen Sie selbstverständlich besonderes Vertrauen haben sollten. Die Abfassung einer Vollmacht setzt die – bei jedem Bürger und jeder Bürgerin prinzipiell als selbstverständlich angenommene – Geschäftsfähigkeit voraus: Das heißt, am normalen Rechtsverkehr (z. B. bei Kauf- oder Mietvertrag) wirksam teilnehmen zu können. Ihre Vollmachten gelten bis auf Widerruf – oder bis Sie sie einfach vernichten.

Gesundheitsbevollmächtigter und gerichtlich bestellter Betreuer sind beide gleichermaßen legitimierte Patientenvertreter. Sie sind gesetzlich verpflichtet, den (mutmaßlichen) Willen des Patienten bei Behandlungsentscheidungen zur Geltung zu bringen. Es geht also nicht darum, dass z. B. bevollmächtigte Kinder nach Gutdünken oder eigenen Bedürfnisse entscheiden dürfen. Deshalb ist die Kombination mit einer Patientenverfügung so wichtig. Sonst muss im Rahmen einer Behandlungsplanung oder -entscheidung der mutmaßliche Patientenwillen erkundet werden. Das ist im Nachhinein recht mühsam (dazu gibt es mehrseitige Ermittlungsbögen oder es sind Bezeugungen an Eides Statt beizubringen).

Auch bei Ehepaaren (bzw. bei Mutter und Vater) können die Vorstellungen weit auseinandergehen. Wenn jemand – wie in der Fallgeschichte der Ehemann – alle lebensverlängernden Maßnahmen ausschöpfen möchte, bedarf es dazu keiner gesonderten Patientenverfügung. Dies könnte in einem Satz einfach im Feld »Besonderheiten« auf der GESUNDHEITSVOLLMACHT vermerkt werden. Bei der Ehefrau wäre es hingegen ohne Patientenverfügung sehr schwierig für den Bevollmächtigten, ihre Vorstellungen durchzusetzen.

Es gibt in Deutschland keine »automatische« Vertretung eines Volljährigen. Dieser muss entweder selbst eine Person bevollmächtigt haben oder es wird vom Gericht ein Betreuer eingesetzt.



Fallgeschichte: Ein Ehepaar möchte sich gegenseitig sowie den Sohn – der Arzt ist – für gesundheitliche Angelegenheiten bevollmächtigen. Es wird wiederholt darüber gesprochen und insbesondere diskutiert, was im Fall schwerer Gehirnschädigungen auf die Betroffenen zukommt. Danach berichtet der Sohn, dass für beide Elternteile im Falle einer Erkrankung nötige Entscheidungen höchst unterschiedlich ausfallen müssten: Der Vater sei »kirchentreuer Katholik« und gehöre vielleicht deshalb zu den Menschen, die bei jahrelanger Bewusstlosigkeit unter allen Umständen künstlich ernährt werden und die

Intensivmedizin bis zuletzt ausschöpfen möchten. Die Mutter hingegen wolle – genau umgekehrt – im Fall der Kommunikationsunfähigkeit die sofortige Unterlassung bzw. Einstellung jeglicher lebensverlängernden Maßnahmen. Dem Sohn ist bewusst, dass es nicht um seine eigenen (eher moderaten) Vorstellungen geht, sondern für ihn als Bevollmächtigtem ausschließlich darum, die jeweiligen von Vater und Mutter zur Geltung zu bringen. Dazu bedarf es bei der Mutter einer zusätzlichen Patientenverfügung.



Betreuungsverfügung als Alternative zur Vollmacht

Wenn keine Vollmacht erteilt werden kann, bietet sich unter Umständen ersatzweise eine Betreuungsverfügung an. Hierin kann z. B. dem Gericht gegenüber mitgeteilt werden, wer auf keinen Fall Ihr Patientenvertreter werden soll oder ob ein bestimmter Betreuungsverein damit zu betrauen ist. Auf der Betreuungsverfügung können Sie auch Wünsche äußern und Angaben machen, die dann von einem ggf. fremden Betreuer zu beachten sind. Auf der Rückseite des Formulars zur (Vorsorge-)VOLLMACHT für finanzielle Angelegenheiten finden Sie weitere Hinweise dazu.

Eine Person zur Betreuerin /zum Betreuer zu bestimmen, bietet sich an, wenn für diese eine Kontrollfunktion des Betreuungsgerichtes gewünscht wird. Denn das Gericht hat Betreuer/innen erst einzusetzen und dann auch laufend zu überprüfen, ob sie etwa Vermögen der hilflos gewordenen Person nicht im eigenen Interesse verwenden. Bevollmächtigte stehen hingegen – anders als Betreuer/innen – nicht unter Aufsicht des Betreuungsgerichtes. Bevollmächtigte kommen gar nicht mit einem Richter in Kontakt (es sei denn in Ausnahmefällen, wenn es etwa um freiheitsentziehende Maßnahmen gehen sollte).

Für gesundheitliche Angelegenheiten ist eine unmittelbar gültige GESUNDHEITSVOLLMACHT (d. h. ohne Einschaltung eines Betreuungsrichters) in der Regel vorzuziehen. Aber selbst wenn nahe Angehörige oder enge Freunde vorhanden sind, kann es sein, dass niemand von diesen geeignet ist. Denn als Bevollmächtigte eignet sich später am besten eine Person, welche Sie gut kennt, ohne in der kritischen Situation allzu gefühlsmäßig betroffen und überfordert zu sein.

Prinzipiell ist die Betreuungsverfügung die Alternative zur Vollmacht – Sie sollten nicht beide Formulare für denselben Aufgabenkreis (z. B. Gesundheit) nutzen. Wenn Sie ein Formular »Betreuungsverfügung« wünschen, können Sie dies auch mit dem Gutschein auf der inneren Broschürenrückseite bestellen.

Sowohl Betreuer als auch Bevollmächtigter können meist nicht sofort vor Ort sein, wenn Ärzte die Patientenverfügung für eine rasche Entscheidung benötigen. Deshalb bietet sich ein weiteres Instrument an: Der Notfallpass.

Notfallpass – nur bei Hinterlegung im HVD

Der Humanistische Verband Deutschlands (HVD) unterhält in Berlin die gemeinnützige Bundeszentralstelle Patientenverfügung. Sie können die Hinterlegung Ihrer Patientenverfügung (PV) dort beantragen und erhalten dann auf Wunsch einen individuell angefertigten NOTFALLPASS (in Ausweisform aus dünnem, dabei sehr strapazierfähigem Spezialmaterial). Die einmalige Gebühr dafür beträgt 20 Euro. Es werden allerdings nur Patientenverfügungen zur Hinterlegung angenommen, die bestimmte Qualitätskriterien erfüllen.

Der NOTFALLPASS enthält auf der Vorderseite die Telefon-Nr. Ihrer Bevollmächtigten und des Bereitschaftsdienstes des HVD (oder sonstige Hinweise, an wen man sich zu wenden hat). Auf der Rückseite befinden sich alle wichtigen Angaben Ihrer PV. Es geht um die Direktiven, welche Ihrem Willen gemäß im medizinischen Notfall gelten sollen (zu Reanimation, Schmerzmedikation, Intensivmedizin, künstlicher Ernährung, Organ- oder Gewebeentnahme).

Der NOTFALLPASS

- enthält die Kurzfassung Ihrer individuellen PV
- nennt Bevollmächtigten oder sonstigen Vertreter
- ist im Notfall sofort gültig
- ersetzt einen Organspende-Ausweis



GESUNDHEITSVOLLMACHT

für *medizinische* und *gesundheitliche* Angelegenheiten
(zur Vorlage beim Arzt, in der Klinik u. ä.)

Ich (Vollmachtgeber/in):

Vollmachtgeber/in mit Vor- und Zunamen / Geburtsdatum / Adresse

bevollmächtigte folgende Person(en):

Vor- und Zuname / Adresse / Telefon

Vor- und Zuname / Adresse / Telefon

Vor- und Zuname / Adresse / Telefon

Wenn als Besonderheit unten nicht anders angegeben, sind mehrere Personen jeweils einzeln vertretungsberechtigt.

Die Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte in jedem Fall, meine(n) Bevollmächtigte(n) über meine Erkrankung und meinen Zustand aufzuklären. Ich entbinde die behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Sollte – dauerhaft oder vorübergehend – meine Einwilligung- bzw. Äußerungsfähigkeit in Bezug auf medizinisch / pflegerische Behandlungen eingeschränkt oder verloren sein, umfasst die Vollmacht alle persönlichen Angelegenheiten im Rahmen der Gesundheitsvorsorge. Sie umfasst insbesondere:

- Gemäß § 1904 BGB eine Einwilligung in Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Heilbehandlung sowie in sämtliche ärztliche Eingriffe **zu erteilen, zu widerrufen** oder **abzulehnen**. Dies gilt auch dann, wenn mit dem Durchführen, Abbrechen oder Unterlassen dieser Maßnahme verbunden wäre, dass ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte oder dass ich sterben würde.
- Meinen Aufenthalt (Verbleib zu Hause, Aufnahme in ein Krankenhaus oder Pflegeheim) **zu bestimmen**.
- Gemäß § 1906 BGB (d. h. solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist) über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung bzw. über unterbringungsähnliche und/oder freiheitseinschränkende Maßnahmen wie Bettgitter, Medikamente u. ä. **zu entscheiden**.

Wichtiger Hinweis: Zur Regelung von Mietangelegenheiten, Verträgen mit Pflegediensten, Kliniken usw. ist eine **ergänzende (Vorsorge-)Vollmacht für finanzielle und rechtsgeschäftliche Angelegenheiten** erforderlich.

Besonderheiten/Bestimmungen: (etwa zum Umfang der Vollmacht/zum Behandlungsverzicht)

Wenn dieses Feld nicht benutzt wird, ist es durch einen Strich zu entwerten

Wenn keine näheren Bestimmungen (s.o. oder in separater Patientenverfügung) vorliegen, gelten die allgemeinen ethischen Grundsätze, wie sie etwa von der Deutschen Bundesärztekammer bereits im September 1998 formuliert worden sind: „Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann.“

X

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Folgende Person/Einrichtung bezeugt, dass ich diese Vollmacht im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und aus eigenem Willen abgegeben habe:

Vor- und Zuname / Adresse / Telefon (oder Stempel)

der bezeugenden Person

Ort, Datum

Unterschrift der bezeugenden Person

ggf. Stempel der Einrichtung

(VORSORGE-)VOLLMACHT

für *finanzielle* und *rechtsgeschäftliche* Angelegenheiten
(zum Umgang mit Behörden, Geld, Post, Verträgen u. ä.)

Ich (Vollmachtgeber/in):

Vollmachtgeber/in mit Vor- und Zunamen / Geburtsdatum / Adresse

bevollmächtigte folgende Person(en):

Vor- und Zuname (1)

Adresse

Telefon

Vor- und Zuname (2)

Adresse

Telefon

Vor- und Zuname (3)

Adresse

Telefon

Wenn als Besonderheit unten nicht anders angegeben, sind die Personen **jeweils einzeln vertretungsberechtigt**.

Dieses Dokument gilt als **Vollmacht**. Sie ist **im Außenverhältnis** ohne Vorbedingung (ohne Wirksamkeitsvoraussetzung) gültig. D. h. wenn sie Dritten im Original vorgelegt wird, ist sie **unmittelbar und sofort nutzbar**.

Oder

Dieses Dokument gilt als **Vorsorge-Vollmacht**. Sie ist **nur gültig**, wenn der Bevollmächtigte ein **ärztliches Attest** vorlegt, dass ich meine hier genannten Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann.

In jedem Fall soll(en) die o. g. Person(en) später einmal ohne Kontrolle eines Betreuungsgerichtes Regelungen treffen können. Diese (Vorsorge-)Vollmacht gilt (insbesondere) für den Fall meiner Geschäftsunfähigkeit. Sie gilt bis auf Widerruf und über den Tod hinaus. Sie berechtigt insbesondere dazu (*bitte nicht Erwünschtes streichen*):

- mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern sowie bei Prozesshandlungen aller Art zu vertreten; einen Miet- oder Heimvertrag sowie Verträge mit Pflegediensten, Kliniken o. ä. abzuschließen oder zu kündigen; meinen Haushalt aufzulösen.

Ergänzende Gesundheitsvollmacht notwendig für medizinischen Angelegenheiten einschließlich Aufenthaltsbestimmung!

- die für mich bestimmte **Post** entgegenzunehmen und zu öffnen sowie über den **Fernmeldeverkehr** zu entscheiden (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen).

- meine **Geldangelegenheiten** zu verwalten und Zahlungen vorzunehmen; über **Vermögens- und Wertgegenstände** zu verfügen und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vorzunehmen.

Wichtige Hinweise: Kreditinstitute (Banken, Sparkassen) verlangen eine spezielle Vollmacht i. d. R. auf hausinternen Formularen!
Für Immobiliengeschäfte sowie Handelsgewerbe ist eine **notarielle** Vollmacht erforderlich!

Besonderheiten:

Wenn dieses Feld nicht benutzt wird, ist es durch einen Strich zu entwerfen

Die bevollmächtigte(n) Person(en) soll(en) auch Untervollmachten erteilen dürfen Ja Nein

Sollte das Vormundschaftsgericht im Ausnahmefall trotz dieser Vollmacht (etwa bei Zweifel an der zugrundeliegenden Geschäftsfähigkeit) eine Betreuung anordnen, so ist dafür der/die o. g. Bevollmächtigte vorgesehen.

X

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Folgende Person/Einrichtung bezeugt, dass ich diese Vollmacht im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und aus eigenem Willen abgegeben habe:

Vor- und Zuname / Adresse / Telefon der bezeugenden Person / Einrichtung

Ort, Datum

Unterschrift der bezeugenden Person

ggf. Stempel der Einrichtung

Zur vorsorglichen Regelung von finanziellen und rechtsgeschäftlichen Angelegenheiten

Warum und wann ist eine Vollmacht notwendig?

Viele denken: Wenn ich einmal – bei Unfall, Schlaganfall, psychischer Krise oder hohem Alter – meine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann, wird mich ja jemand vertreten können. Ein naher Angehöriger, mein Ehepartner, mein Kind oder eine andere Vertrauensperson.

Richtig ist jedoch: Dies kann **nicht automatisch** erfolgen. Es bedarf dazu einer Vollmacht. Ohne diese kann niemand für Sie eine Unterschrift leisten, einen Antrag stellen, in Ihrem Namen rechtlich legitimiert handeln. Vielmehr wird ohne Vollmacht vom Amtsgericht ein sogenannter gesetzlicher Betreuer (früher: Vormund, Gebrechlichkeitspfleger) für Sie eingesetzt, ggf. auch nur vorübergehend.

Dies wird zwar i. d. R. ein Angehöriger sein, allerdings kann eine gerichtliche Bestellung und Kontrolle als unerwünschte Fremdeinmischung empfunden werden. Diese entfällt vollständig, wenn der Betroffene rechtzeitig eine (Vorsorge-)Vollmacht ausgefüllt hat – erforderlich sind Datum und eigene Unterschrift. Ein Gericht tritt dann überhaupt nicht in Erscheinung.

Mehrere Bevollmächtigte und Vollmachten?

Sie können in einer (Vorsorge-)Vollmacht festlegen, für welche Aufgabenbereiche sie gilt. Das umseitige Formular dient der **Regelung finanzieller und rechtsgeschäftlicher Angelegenheiten**. Für gesundheitliche und medizinische Entscheidungen ist das ergänzende (grüne) **Formular »Gesundheitsvollmacht«** erforderlich. Es handelt sich um zwei spezielle Vollmachten, die sich gegenseitig zu einer generellen Vorsorge durch Vollmachten ergänzen.

Wenn Sie zwei (oder mehrere) Personen bevollmächtigen, sollten Sie, v. a. wenn eine bestimmte Reihenfolge vorgesehen ist, dies intern, d. h. im Innenverhältnis untereinander klären. Das sollte ggf. auch schriftlich erfolgen, allerdings auf einem separaten Schriftstück. Denn im Außenverhältnis, d. h. in der einem externen Dritten vorgelegten Vollmacht, ist ein interner Auftrag fehl am Platz. Der Grund: Die Bedingung, dass Person A nicht zur Verfügung steht (und deshalb jetzt Person B ersatzweise tätig werden soll), kann kaum stichhaltig nachgewiesen werden. Die Vollmacht würde im Rechtsverkehr für Person B sonst untauglich.

Sie können umseitig unter „Besonderheiten“ auch festlegen, dass Person A und Person B Sie nur gemeinschaftlich vertreten können, z. B. bei Kündigung Ihres Mietvertrages.

Es können beliebig viele Original-Exemplare ausgestellt werden – allerdings kommt es bei zu großzügiger Verteilung zu Problemen bei Widerruf und Änderungsbedarf.

Bei Zweifeln oder Unsicherheiten sollten Sie notariellen Rat suchen oder die (kostenfreie) Hilfe eines staatlich anerkannten Betreuungsvereins in Anspruch nehmen.

Vorsorge-Vollmacht oder sofortige Wirksamkeit?

Manche Menschen erfüllt es mit Unbehagen, dass eine bevollmächtigte Person (vorzeitig) im Eigeninteresse handeln könnte. Missbrauchsgefahr besteht natürlich auch bei einer normalen Bankvollmacht. Eine Vollmacht ist im Außenverhältnis **nur dann uneingeschränkt brauchbar**, wenn sie an **keine Voraussetzung geknüpft** ist.

Wenn es sich jedoch um eine echte *Vorsorge*-Vollmacht handeln soll, können Sie umseitig die Vorlage eines ärztlichen Attestes zur Voraussetzung machen. Wenn Ihr Misstrauen immer noch überwiegt, sollten Sie ggf. von einer Vollmacht völlig absehen und alternativ in einer Betreuungsverfügung die vorgesehene Person benennen. Diese würde dann der Kontrolle des Betreuungsgerichtes unterstehen und könnte deshalb auch eine Immobilie von Ihnen verkaufen.

Wichtige Hinweise

- Eine (Vorsorge-)Vollmacht muss im Zustand der **Geschäftsfähigkeit**, d. h. im Vollbesitz geistiger Kräfte abgefasst werden (sonst kann bei hinreichender Einwilligungsfähigkeit ggf. eine Betreuungsverfügung verwendet werden).
- Mit der/den bevollmächtigten Person(en) sollte ausführlich gesprochen worden sein. **Im Innenverhältnis** kann auch geklärt werden, ob und wie z. B. bestimmte Geldzahlungen erfolgen sollen oder wie mit der Übersiedlung in ein Pflegeheim umgegangen werden soll.
- Erkundigen Sie sich bei Ihrer **Bank- oder Sparkassenfiliale** und benutzen Sie u. U. deren **hauseigene** Vollmachten-Formulare. Insbesondere bei Bankgeschäften, die Depots o. ä. betreffen, können spezielle Vollmachten erforderlich sein.
- Sie können Ihr Dokument am besten von einer Betreuungsbehörde beglaubigen (ca. € 10) oder von einer Arztpraxis bzw. Beratungsstelle bezeugen lassen – wenngleich dies **nicht gesetzlich vorgeschrieben** ist.
- Soll der oder die Bevollmächtigte auch über **Immobilien** verfügen, **Darlehen** aufnehmen oder ein **Handelsge-
werbe** für Sie (weiter)führen dürfen, ist eine **notarielle Beurkundung erforderlich**.
- Eine elektronische Registrierung (nicht Hinterlegung) Ihrer Vorsorge-Regelung kann im Vorsorgeregister der **Bundesnotarkammer** gegen Gebühr erfolgen.
- Die Dokumente können **zu Hause** an einem Ort, der den Bevollmächtigten bekannt ist, **aufbewahrt werden**. Bei Widerruf können Sie sie dann einfach vernichten.
- Zu Ihrer Vertretung muss die Vollmacht **im Original** oder als beglaubigte Kopie vorgelegt werden.

Orte für die letzte Lebensphase – gesellschaftliche Herausforderung

Oft genug stellt sich die Frage: Das Krankenhaus oder Pflegeheim – ein guter Ort für das Lebensende? Zuhause bleiben bis zum Schluss? Kommt ein stationäres Sterbe-Hospiz in Frage? Dazu müssen Sie zumindest etwas über Versorgungsstrukturen und Voraussetzungen wissen.

Zu Hause

Die ernüchternden statistischen Daten zeigen, dass insbesondere in den Großstädten die Zahl der Single-Haushalte immer größer wird – bei zunehmender Gefahr der Vereinsamung. In ländlichen Regionen wiederum stellt sich das Problem des Struktur Mangels.

Wenn man sie fragt, möchten die meisten Menschen entweder schnell (durch plötzlichen Herztod) sterben oder sie bevorzugen ein Lebensende in Geborgenheit und dabei natürlich ohne Schmerzen. Ein psychosoziales »Sich-geborgen-Fühlen« setzt jedoch entweder eine intakte Familie oder eine ganz besondere, ideale Freundes- und Nachbarschaftsstruktur voraus.

Wie Prof. Borasio in seinem Buch »Über das Sterben« deutlich macht, sind und bleiben die niedergelassenen Ärzte die wichtigste Säule der Sterbebegleitung und Versorgung am Lebensende. Dabei garantieren insbesondere die Haus- und Allgemeinärzte prinzipiell eine mögliche Kontinuität über Jahre. Diese und zudem Fachärzte (wie Kardiologen, Neurologen oder Lungenärzte) müssten »nur« hinreichend zur Symptomlinderung aus- oder fortgebildet werden. Dann könnten in einem gut funktionierenden Gesundheitssystem 90 % der Menschen sterben, »ohne jemals einen Palliativmediziner zu Gesicht zu bekommen« (ebenda, S. 40).

Niedergelassene Ärzte und zusätzliche »SAPV«-Teams

SAPV-Teams (bestehend aus Palliativmedizinerinnen, Krankenschwestern und sonstigen Berufsgruppen) sollen niedergelassene Ärzte bei der spezialisierten Betreuung schwer behandelbarer Fälle im häuslichen Bereich unterstützen – nicht etwas ersetzen.

Als wichtigste Reform wurde in Deutschland 2007 ein begrüßenswerter Anspruch aller Versicherten auf sogenannte »Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung« (SAPV) gesetzlich verankert. Während einige dieser Teams schon recht gut funktionieren, steckt prinzipiell hinter dem Kürzel SAPV, wie Prof. Borasio ausführt, »ein kompliziertes Paragraphen-Regelwerk«. Dieses sei »das Resultat eines mühsam ausgehandelten Kompromisses zwischen unterschiedlichen Interessengruppen – ohne allerdings die der Patienten selbst.« Eine große Gefahr bestünde derzeit darin, dass die Krankenkassen versuchten, »die SAPV und die häusliche Versorgung gegeneinander »auszuspielen« ... entweder das eine oder das andere«. Dies entspricht aber gerade nicht der Intention des Gesetzes! Es könne nur »jeder Familie geraten werden, die vor eine solche Wahl gestellt wird«, dies nicht ohne Widerspruch hinzunehmen (ebenda, S. 44).

Besuche durch ehrenamtliche Hospizhelfer/innen

Ein weiterer Baustein bei der Sterbebegleitung zu Hause stellen ambulante Hospizdienste dar. Bestanden diese ursprünglich (seit Mitte /Ende der 1980er Jahre) aus rein spendenfinanzierten Gruppen von Ehrenamtlichen, so zeichnet sich die Bewegung heute i. d. R. durch professionelle Koordination, Auswahl und Schulung der Ehrenamtlichen Helfer/innen aus. Dies ist meist mit der Aufnahme in eine Regelfinanzierung der Krankenkassen verbunden. Die Besuche sind weiterhin kostenfrei. Es wird eine rein altruistische Motivation und besondere Nähe zu Patienten und Angehörigen für sich reklamiert, wobei palliativ-medizinischen Tendenzen zur Professionalisierung der Sterbebegleitung teilweise mit Missfallen begegnet wird.

Außerhalb der eigenen vier Wände

Sterben im Krankenhaus

Im Krankenhaus tritt etwa die Hälfte aller Todesfälle ein (genaue Statistiken gibt es allerdings nicht).

Insbesondere auf der chirurgischen und intensivmedizinischen Station im Krankenhaus wird das Sterben immer noch als unbedingt zu vermeidende »Betriebsstörung« angesehen. Der Tod von Patient(inn)en würde sich dort negativ auf die Qualitätsstatistik erfolgreicher Behandlungen auswirken. Dies gilt für deutsche Krankenhäuser mehr oder weniger allgemein, wenngleich einige inzwischen eine »Kultur des Abschiednehmens« z. B. mit einem Raum der Stille eingeführt haben.

Mit einer Patientenverfügung kann selbstverständlich auch im Krankenhaus heutzutage verbindlich auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden. Nicht selten erhöht sich jedoch der Druck in solchen Fällen: Patient(inn)en sind dann als nur noch »negative Kostenfaktoren« baldmöglichst zu entlassen – die Angehörigen werden gedrängt, eine »Lösung« zur Verlegung zu finden.

Neben dem Wunsch nach Geborgenheit wird am häufigsten der nach Schmerzfreiheit genannt. Diesbezüglich mag das – ansonsten ja eher gefürchtete – Sterben auf einer Intensivstation nicht nur Nachteile haben. Dort ist jedenfalls eine hervorragende Schmerzmedikation und Anästhesie verfügbar. Intensivmediziner haben kaum Scheu vor dem Einsatz von Morphin oder anderen starken Schmerzmitteln (allerdings vor einem Behandlungsabbruch und einem Sterben-Lassen).

Intensivstationen

Palliativstationen

Heute werden eigentlich alle Maßnahmen »palliativ« genannt, die nicht das Ziel der Heilung verfolgen. Linderung, z. B. durch Schmerztherapie, hat vor der Sterbephase eher auch eine »lebensverlängernde Nebenwirkung«.

Ansonsten gibt es in Krankenhäusern zunehmend sogenannte Palliativstationen. Auch diese haben dort nicht primär die Aufgabe der Sterbebetreuung. Palliative Medizin (auch Palliativ-Versorgung oder englisch Palliativ-Care genannt) bedeutet ausschließlich Linderung, wenn keine Genesung mehr möglich ist. Das heißt, Symptome wie schwere Atemnot, starke Blutungen, ständiges Erbrechen, Schmerzen oder Delir (akuter schwerer Verwirrtheitszustand) sollen unter Kontrolle gebracht, aber auch psychosoziale und existenzielle Krisen (Angst, Depression) sollen ursächlich bewältigt werden. In der Palliativmedizin können auch chirurgische Eingriffe (z. B. bei Darmverschluss), Bestrahlung (z. B. zur Tumorverkleinerung) oder palliative Sedierung (Versetzung in »künstlichen Schlaf«) zum Einsatz kommen. Interdisziplinäre Teams unter ständiger ärztlicher Präsenz versuchen auf einer Palliativstation, die Ursachen der akuten Krise zu beheben, so dass wieder eine Entlassung nach Hause erfolgen kann (wobei doch häufig ein Sterben auf der Station geschieht).

Fallgeschichte: Eine 58-jährige Patientin mit unheilbarem Brustkrebs im »Endstadium« hatte seit Tagen Zeichen schwerer Verwirrtheit, begleitet von Halluzinationen und Schreikrämpfen (Delir) gezeigt. Versuche, die Symptomatik mit Medikamenten zu beheben, waren fehlgeschlagen. Das Palliativteam entschied sich

daraufhin – nach notwendiger Einwilligung des Ehemanns, der als Betreuer bestellt war – zu einer »palliativen Sedierung« zunächst für die Dauer von drei Tagen. Als die Patientin aus dem künstlichen Tiefschlaf aufwachte, war das Delir verschwunden. Sie wurde nach Hause entlassen, wo sie wenig später starb.

Aufgabe einer Palliativstation im Krankenhaus im Unterschied zum stationären Hospiz

Die Patienten bleiben im Durchschnitt etwa zwei Wochen auf einer Palliativstation, eine Entlassung kann in seltenen Fällen auch in ein stationäres Hospiz erfolgen.

Stationäre Hospize sind ausschließlich für Sterbende bis zum Tod da, man kann sie am besten beschreiben als sehr kleine Pflegeeinrichtungen (mit höchstens 16 Betten). Sie stehen in aller Regel unter pflegerischer Leitung und unterliegen dem Heimgesetz, wobei die ärztliche Betreuung von niedergelassenen Ärzten (oder auch SAPV-Ärzten) erbracht wird.

Zu »SAPV« siehe → S. 23

Stationäres Hospiz: Sterbeort für Wenige ...

Der Sterbeort Hospiz kommt lediglich für 1–2 % der Bevölkerung in Deutschland in Frage, da er an enge Zugangsvoraussetzungen gebunden ist: in der Regel, d. h. zu 95 % Krebserkrankung bei vollem Bewusstsein mit einer nur noch sehr geringen Lebenserwartung von einigen Wochen.

Die Todkranken dürfen (laut Sozialgesetzbuch V § 39a) nicht mehr weiter in ihrer häuslichen Umgebung (!) versorgt werden können. Sie können entweder über ein Krankenhaus oder direkt von zu Hause in ein Hospiz kommen – aber nicht, wenn sie bereits in einem Pflegeheim wohnen.

Ein Arzt muss die Hospizpflege unter Angabe der Diagnose und weiterer Details zur Begründung verordnet haben. Die Verordnung gilt zunächst für 28 Tage und wird ggf. mehrfach verlängert. Hat sich der Zustand des Hospizpatienten aber so stabilisiert oder gar verbessert, dass eine spezielle Hospizbetreuung nicht mehr angezeigt ist, muss eine Verlegung wieder zurück nach Hause oder in ein »normales« Pflegeheim erwogen werden bzw. erfolgen. Dieser Umstand stößt bei Betroffenen auf Unverständnis, da in der Öffentlichkeit keine Kenntnis darüber verbreitet wird, dass Hospizplätze nicht von Langzeitpflege-Patienten »blockiert« werden dürfen. Dies würde der Regelung im Rahmen der Krankenkassen widersprechen. Auch eine private Zahlung ist nicht möglich. Für die entstehenden Kosten im Hospiz ist seit 2009 keinerlei Eigenanteil von den Patienten mehr zu erbringen. Das Hospiz selbst trägt mindestens 10% des Tagessatzes, der etwa zwischen 220 bis 270 Euro liegt.

... und für diese völlig kostenfrei

Hospiz- und Palliativversorgung eint das Ziel, Lebensqualität und Selbstbestimmung bei Sterbenden bzw. unheilbar Schwerstkranken im ganzheitlichen Sinne zu erhalten. Dabei werden körperliche, psycho-soziale sowie spirituelle Bedürfnisse berücksichtigt und »aktive Formen« der Hilfe zum Sterben (wie die zum Suizid) nachdrücklich abgelehnt.

Info-Tipp

Zu bestellen unter: Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin – Herausgeberkreis c/o Josef Roß, Georgstr. 12, 26121 Oldenburg, Tel. 0441 2291310 (ohne Gewähr).

Einen bundesweiten Wegweiser mit Adress-Suchfunktion und Texten zur Hospizarbeit und Palliativmedizin finden Sie auf der Seite www.wegweiser-hospiz-und-palliativmedizin.de. Erstellung und Herausgabe: Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e.V. (bisherige BAG Hospiz), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP), Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS), eigenes leben – Hilfen für Kinder mit Schmerzen oder lebensverkürzenden Erkrankungen e.V. und Deutsche Krebshilfe e.V.

Pflegeheim als Sterbeort

Bei den Alten- und Pflegeheimen gibt es eine große Spannweite hinsichtlich der Qualität, auch was die Betreuung der letzten Lebens- und Sterbephase betrifft.

Oft bleibt das Pflegeheim für viele der letzte Aufenthalts- und Lebensort. Der statistische Durchschnitt hört sich ziemlich erschreckend an: Innerhalb von etwas mehr als einem Jahr nach Aufnahme wird durchschnittlich im Pflegeheim gestorben (oft noch viel eher, manchmal auch später). In den vergangenen Jahren wurden Programme entwickelt, um den Palliativ- und Hospizgedanken auch in Heimen einzuführen und zu etablieren (»palliative Geriatrie«). Die entsprechende Umsetzung sollte ein Kriterium für die Auswahl des Hauses sein. Mit Hilfe einer entsprechenden Patientenverfügung (bzw. ersatzweise eines sogenannten Notfallbogens) kann dann gewährleistet werden, dass Hochbetagte in der gewohnten Umgebung bis zuletzt bleiben können. Dies dient auch der rechtlichen Absicherung des Pflegepersonals. Sonst erfolgt im medizinischen Notfall oft noch eine Verlegung ins Krankenhaus (und von dort als »Drehtüreffekt« wieder zurück).

Wenn ein Bewohner nicht mehr »will und kann«, siehe →S. 5

Dabei möchten Menschen am Lebensende doch am liebsten in Ruhe gelassen und zumindest von belastenden Behandlungsmaßnahmen oder Verlegungen verschont bleiben. Viele denken, sie hätten das doch vor vielen Jahren schon »durch eine Unterschrift« geregelt – auf einem Formular, welches sich aber oft genug als unzureichend erweist, weil es nicht auf dem heutigen Qualitätsstand ist.

Angaben zum »letzten Ort« in der PV

Wunsch und Wirklichkeit beim Sterbeort können natürlich nicht immer in Einklang gebracht und – anders als beim Behandlungsverbot – nicht verbindlich vorausbestimmt werden. Dennoch ist es sinnvoll, rechtzeitig eigene Vorstellungen dazu zu entwickeln und darüber zu kommunizieren.

Organ- und Gewebeentnahme

Bekanntlich können wir auf die Funktion von Herz und Gehirn nicht vollständig verzichten. Was aber verursacht wirklich den Tod des Gesamtorganismus? Wir wissen heute sicher, dass der Mensch nicht »auf einmal« tot ist, sondern dass es sich um einen Prozess handelt. Dabei schränken je nach Erkrankung oder Verletzung einzelne Organe zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihre Funktion ein.

Deshalb kann die Medizin heute unterscheiden, ob es sich um den primären Herztod handelt oder um den sehr seltenen Fall eines primären Gehirntodes, der durch äußere oder innere Kopfverletzungen bedingt ist (v. a. Schädel-Hirnverletzung oder spontane Hirnblutung).

Was ist der Hirntod Dieser sogenannte Hirntod gilt in Deutschland gesetzlich als Voraussetzung für eine Entnahme noch lebender Organe. Seine Feststellung bedeutet, dass alle (!) Gehirnfunktionen (von Groß-, Stamm- und Kleinhirn) unwiederbringlich erloschen sind – wobei durch intensivmedizinische Apparaturen die Herz- und Atmungsfunktion künstlich aufrechterhalten werden kann. Diese Phänomene wurden erstmalig vor ca. 50 Jahren beschrieben. Seit Menschengedenken galten vorher Totenstarre, -flecken und starke Abkühlung als sichere Todeszeichen.

Todeszeichen seit Menschengedenken

Die Haut des hirntoten Menschen ist hingegen warm und rosig, Puls und Herzschlag gehen regelmäßig, sein Magen mag knurren, Organe und Stoffwechsel sind in voller Funktion – er regt sich aber nicht mehr und öffnet nie mehr die Augen. Das vollständig abgestorbene Gehirngewebe lässt keinen möglichen Weg zurück ins Leben (auch nicht im Dauerkoma) mehr zu.

Ob es sich wirklich um einen Hirntod handelt, wird in einem mehrtägigen Diagnoseprozess mit mehreren Verfahren abgeklärt – dieser ist noch sicherer als eine normale, nicht gerade fehleranfällige Leichenschau. Der primäre Hirntod (d. h. vor einem Herz-/Kreislaufstillstand) kommt nur äußerst selten vor. Denn ca. 99% aller Todesfälle sind durch einen vorherigen Herzstillstand gekennzeichnet, auf den dann kurz darauf, das Absterben des Gehirns (auch des Gewebes anderer Organe) folgt. Auf den primären Hirntod erfolgt umgekehrt dann erst der Herzstillstand. Beim primären Hirntod kann der eigentlich folgende Stillstand des Herzens zwar noch künstlich aufgehalten werden. Nach der Hirntod-Feststellung gilt der Mensch allerdings im medizinisch-wissenschaftlichen Sinne der Bundesärztekammer als tot – und auch offiziell mit diesem Datum auf der Sterbeurkunde.

**Weiterführung
intensivmedizinischer
Maßnahmen**

Wenn für diesen Fall eine Zustimmung zur Organspende vorliegt, müssen auf der Intensivstation künstliche Beatmung und sonstige Maßnahmen bis zur Entnahme der Organe (wie Herz, Leber, Niere, Bauspeicheldrüse, Lunge) noch weitergeführt werden. Denn es gilt für weitere Stunden bis ggf. für einige Tage diese (!) »lebensfrisch«, d. h. funktionsfähig zu erhalten.

Eine persönliche und ethische Entscheidung

Ob einer Organspende zugestimmt wird oder nicht, kann auch Angehörigen mündlich mitgeteilt werden, ohne dass dies in einem Organspende-Ausweis dokumentiert sein muss. Selbstverständlich ist es auch völlig legitim und nachvollziehbar, wenn Sie sich gar nicht festlegen möchten. Zwar gilt nach dem 2012 neu geregelten Transplantationsgesetz die sogenannte Entscheidungslösung. Danach haben private wie gesetzliche Krankenkassen ihre Mitglieder jetzt erstmalig und dann mehrmals im Leben danach zu fragen, ob sie im Fall des Falles einer Entnahme ihrer Organen zustimmen würden, um fremdes Leben damit zu retten. Der Grundsatz der Freiwilligkeit bleibt selbstverständlich erhalten. Das Aufklärungs- bzw. Kampagnenziel ist jedoch eine Erhöhung der Bereitschaft zur Organspende. Denn für die oft tödlich erkrankten Empfänger und ihre Angehörigen ist eine Transplantation eine segensreiche Errungenschaft und erscheint oft wie ein Wunder.

Ihre Entscheidung kann und sollte sich ethisch auch danach richten, ob Sie für sich selbst oder nahe Angehörige ggf. Organe von Unbekannten in Anspruch nehmen würden.

 **Info-Tipp**

Wer sich eingehender mit dem Thema befassen möchte, kann sich die Informationsbroschüre »Antworten und wichtige Fragen – Organpate werden« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zusenden lassen. Darin heißt es: »In der Frage für oder gegen Organ- und Gewebespende gibt es kein »Richtig« oder »Falsch«. Sie können diese Frage nur für sich persönlich beantworten ...« Die Broschüre ist kostenfrei zu bestellen unter: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), 51101 Köln und kann natürlich auch im Internet eingesehen werden. Ein **Infotelefon** ist unter der kostenfreien Rufnummer **0800 9040400** zu erreichen.

Voraussetzung zur Organspende ist der – nur sehr selten vorkommende – primäre Hirntod und das Sterben auf einer Intensivstation. Eine ehrliche, transparente und umfassende Beratung sollte ein mögliches Spannungsverhältnis thematisieren zwischen der Bereitschaft zur Organspende einerseits und dem gewünschten Sterben in gewohnter Umgebung oder im Hospiz andererseits.

Es ist auch »nur« die Bereitschaft zur Spende von Gewebe (wie Augenhornhaut, Gehörknöchelchen, Haut, Herzklappen, Sehnen, Knochen) möglich. Diese setzt den ganz normalen Tod (endgültiger Herzstillstand) voraus, die Entnahme kann bis zu 3 Tagen danach – also am Leichnam und außerhalb einer »Hoch-Technologie-Station« – erfolgen. Deren Verteilung und Aufbereitung erfolgt i. d. R. über sogenannte Gewebebanken. Kaum jemand weiß, dass es so etwas überhaupt (auch unabhängig von der Organspende nach Hirntodfeststellung) gibt. Auf den seit 2008 standardisiert in Umlauf gebrachten Organspendeausweisen wird Organspende mit Gewebeentnahme in eins gesetzt. Die Unterschiede zwischen der Entnahme von Organen (die unmittelbar meist lebensbedrohlich Erkrankten eingepflanzt werden) und von Gewebe sind allerdings erheblich.

NOTFALLPASS siehe → S. 18

Wenn Ihre Entscheidung in einer erweiterten STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG dokumentiert ist, kann dies auch in einem dazugehörigen NOTFALLPASS (Kurzfassung der Patientenverfügung zum Bei-Sich-Tragen) vermerkt werden. Einen zusätzlichen Organspendeausweis brauchen Sie dann nicht.

Wiederbelebung und künstliche Ernährung: Ernüchternde Befunde

Heute unterscheidet man

- den endgültigen biologischen Tod (erkalteter Körper, Todesstarre von zwei bis zu zehn Stunden nach Aussetzung der Atmung) vom
- klinischen Tod (Herz-/Kreislaufstillstand), der sich noch einige Minuten lang durch Wiederbelebung rückgängig machen lässt.

Plötzlicher Herzstillstand, bedingt durch Infarkt oder Herzrhythmusstörungen, ist mit 80 % die häufigste Ursache eines Kreislaufstillstandes. Dieser führt zu Bewusstlosigkeit und Atemversagen – und damit zum Thema der Wiederbelebung (Reanimation).

Gerade bei der persönlichen Einstellung, ob Menschen eine Wiederbelebung wünschen würden oder nicht, erweist sich der Einfluss von sorgfältiger medizinischer Aufklärung. Eine amerikanische Studie mit fast 300 älteren Patienten hat gezeigt, wie deren Zustimmungsrate zur Wiederbelebung um die Hälfte auf etwa nur noch 22 % gefallen ist: Vorher hatten die Befragten nämlich erfahren, wie schlecht dabei die statistische Überlebenschance ist (im unteren einstelligen Prozentbereich) und wie groß demgegenüber das Risiko von Dauerschädigungen. Entscheidend sind – neben Alter und Vorerkrankung des Betroffenen – vor allem die Zeitdauer in Minuten bis zur Einleitung der Wiederbelebungsmaßnahmen. Nach 5 Minuten ist die Wahrscheinlichkeit, allenfalls mit schwersten Gehirnschädigungen zu überleben, enorm angewachsen. Die Wiederbelebung ist zudem niemals eine lindernde Maßnahme, sondern oft eine »brachiale«, mit Rippenbrüchen verbundene Maßnahme. Dennoch kann diese kaum je als Körperverletzung gelten, bzw. als Zuwiderhandeln gegen einen verbindlichen Willen.

Dennoch ist in der Kürze der gebotenen Zeit meist vorher nicht zu ermitteln. Deshalb sollte deutlich in einer Krankenakte (etwa im Pflegeheim oder zu Hause) vermerkt sein, dass bei Herzstillstand gar nicht erst ein Notarzt zu rufen ist.

Grundlage hat in jedem Fall der Patientenwille zu sein. Da dieser in kritischen Situationen oft eingeschränkt oder gar nicht mehr ermittelbar ist, spielen Patientenverfügungen eine immer größere Rolle. Eine häufige Kontroverse bei Schwerstpflegebedürftigen betrifft die Frage der künstlichen Ernährung. Wenn im Endstadium einer Alzheimer'schen Erkrankung bettlägerige Patienten auch mit Hilfestellung keine Nahrung mehr zu sich nehmen können, ist das Legen einer PEG-Magensonde zur künstlichen Ernährung »eigentlich« nur noch sehr selten indiziert. Vielmehr müsste umgekehrt das Einleiten oder Weiterführen dieser Maßnahme besonders begründet werden. Dennoch stellt für Ärzte die Entscheidung gegen lebensverlängernde Maßnahmen ohne möglichen Rückgriff auf den Patientenwillen ein hochemotionales und rechtlich-ethisches Problem dar. Ein Verzicht auf künstliche Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr ist zudem geprägt durch Vorstellungen von Unterernährung in Entwicklungsländern oder von Wassermangel bei prinzipiell Gesunden in der Wüste. So hält sich der moderne Mythos, man würde Sterbende ohne technischen Einsatz verhungern und verdursten lassen und ihnen Qualen zufügen. Dabei ist das Gegenteil der Fall.

Die Versorgung durch eine PEG-Magensonde könnte bei Menschen mit dementieller Erkrankung zwar mit Verbesserung des Ernährungsstatus, Vermeiden des Verschluckens, Beschleunigung der Wundheilung begründet werden. Diese erstrebenswerten Behandlungsziele werden jedoch nur rein theoretisch erreicht, wie bereits 2004 empirisch nachgewiesen und seitdem in vielen weiteren Studien bestätigt wurde. Dennoch werden pro Jahr in Deutschland über 100.000 PEGs neu gelegt – die meisten bei dementen Pflegeheimbewohner(inne)n.

In Pflegeheimen gelten Wiederbelebung sowie Verlegung ins Krankenhaus von nicht einwilligungsfähigen Bewohner(inne)n als Standard. Das Sterben findet dann gar nicht so selten in der Hektik des Notfallwagens oder der Rettungsstelle statt.

Wenn kein Notarzt zur Wiederbelebung mehr zu rufen ist

Was ist eine »PEG«? siehe →S. 4

Zum schonenden Sterbeverlauf statt »Zwangsernährung« siehe →S. 4

Ausfüllhilfe für eine Standard-Patientenverfügung

Sie haben den herausnehmbaren Bogen zur Erstellung einer STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG (SPV) in der Hand? Gern gehen wir die einzelnen Teile mit Ihnen und/oder mit Personen durch, die Ihnen zur Seite stehen. Das können ggf. auch »Fachleute« sein, d. h. Berater/innen aus Einrichtungen, Praxen oder Vereinen, Ärzte oder Ärztinnen.

Allgemeines zu den Teilen **A** und **B**

Der Kernbereich besteht aus den Teilen A (»Standard«-Situationen) und B (Festlegungen, die dann gelten) auf den ersten beiden Seiten. Diese können Sie unmittelbar nutzen. Zu Krankheitsbildern und Behandlungsmaßnahmen werden unter »Medizinische Erklärungen« im SPV-Bogen kurze Erklärungen ausgeführt. Sie beziehen sich auf die mit einer hochgestellten Ziffer versehenen Stellen. Zugrunde liegt die Broschüre »Patientenverfügung« des Bundesministeriums der Justiz (BMJ). In den Teilen A und B ist vorgegeben, was wir bei ca. 95 % unserer Patientenverfügungs-Klienten in einem jahrelangen empirischen Verlauf festgestellt haben. Wir haben deshalb darauf verzichtet, dass die entsprechenden Hauptausagen eigens angekreuzt werden müssen.

Wann muss etwas durchgestrichen werden?

Sollte eine anzukreuzende Option (Kästchen) für Sie nicht in Frage kommen, streichen Sie diese bitte durch. Das ist allerdings nicht erforderlich, wenn Sie eine ausgearbeitete Standard-Patientenverfügung (gegen Gebühr) wünschen. Denn in diesem Fall werden Ihre Angaben von kompetenten Patientenberater(inne)n überprüft und in ein unterschriftsreifes Textdokument übertragen. Dabei bleiben nicht angekreuzte Optionen (ebenso wie Streichungen von Optionen) unerwähnt.

Wahlmöglichkeiten vor Teil **A**

Die drei zur Wahl stehenden Aussagen geben Ihre Grundtendenz (heute) wieder, wenn (morgen) ein Notfall einträte. Sie können diese auch überspringen, wenn Ihnen die Wahl schwerfällt – dann gleich weiter zu →Teil **A**.

Ganz zu Anfang wird unabhängig von den in A genannten zukünftigen Situationen gefragt: Möchten Sie, dass zur Wahrung Ihres gegenwärtigen (!) Allgemeinzustandes etwa bei einem plötzlichen Notfall alle »sinnvolle Mittel zur Lebenserhaltung« auszuschöpfen sind? Das scheint Ihnen vielleicht selbstverständlich. Aber es mag auch Verfügende geben, die bereits so alt oder krank sind, dass sie zumindest intensivmedizinische Maßnahmen schon heute keinesfalls mehr wünschen.

Entsprechend kann diese Option entweder angekreuzt oder durchgestrichen werden. Dasselbe gilt für die entgegengesetzte Option ein paar Zeilen später »Versuche zur Wiederbelebung lehne ich in jedem Fall heute schon ab.« Dabei ist eine verbindliche Befolgung nicht überall gewährleistet, insbesondere nicht an einem Unfallort. Allerdings sollte dann in jeder Krankenakte und Pflegedokumentation vermerkt sein, dass der Patient bei erlittenem Herzstillstand sterben will.

Die mittlere Option ist für diejenigen gedacht, die nach Herz-/Kreislaufstillstand eine Wiederbelebung nur im Rahmen eines bestimmten Zeitfensters in Anspruch nehmen wollen. Der Hintergrund dabei:

Die meisten der Patienten, die später als innerhalb von 3 bis 5 Minuten wiederbelebt werden, tragen dadurch dauerhaft schwere Gehirnschädigungen davon. (Ursache dafür ist, dass die Nervenzellen des Gehirns am empfindlichsten auf Sauerstoffmangel reagieren.) Die Berücksichtigung dieser Zeitangabe kann in der außerklinischen Praxis natürlich nicht verlässlich gewährleistet werden. Dies allein deswegen, weil ein Atemstillstand bei einem Bewusstlosen etwa zu Hause oder auf der Straße nicht auf die Minute genau feststellbar sein dürfte. Dennoch macht auch diese Grundorientierung in der mittleren Option Sinn. In der Broschüre des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) wird dabei von folgender Konstellation ausgegangen: Jemand lehnt wegen des großen Risikos von Folgeschäden oder aus anderen Gründen eine Wiederbelebung zwar prinzipiell ab. Er schließt diese aber dann nicht aus, wenn der Herz- oder Atemstillstand »im Rahmen ärztlicher Maßnahmen« (BMJ, a.a.O., S. 24) eintritt, denen er selbst zugestimmt hat oder zustimmen würde. Das gilt insbesondere für eine Operation, die von Ärzten ohne erlaubten Wiederbelebungsversuch (bei Komplikationen) auch verweigert werden könnte.

Teil A: Die exemplarischen Situationen

Teil A: Die drei Hauptaussagen: Teil A besteht aus drei Hauptaussagen, bei denen von einem Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen aller Art auszugehen ist. Im »unmittelbaren Sterbeprozess« (1. Hauptaussage) sind diese eigentlich auch ohne Patientenverfügung nicht mehr indiziert. Im Hospiz- und Palliativbereich gibt es die sprichwörtlichen »letzten 48 Stunden« (diese sollen den Übergang von einem terminalen »Endstadium« in ein finales Sterbestadium bezeichnen). Doch sind auch diese nur im Rückblick exakt bestimmbar.

Was den »unwiederbringlichen Bewusstseinsverlust« (2. Hauptaussage) betrifft, so handelt es sich hier um ein »Dauerkoma«, welches allerdings auch nur mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit als solches diagnostizierbar ist. Sichere Prognosen sind in der Medizin prinzipiell ausgeschlossen. (Es kann sich auch um einen äußerlich gleichen Zustand handeln, jedoch mit noch minimalen gelegentlichen Bewußtseinsfunktionen.)

Schließlich ist bei »fortgeschrittenem Hirnabbau« (3. Hauptaussage) zu beachten: Hier ist nur ein solches Spätstadium gemeint, in dessen Folge (!) der demenziell Erkrankte weder essen noch schlucken kann – nicht etwa infolge einer Komplikation, die durch eine zusätzliche Erkrankung hinzutritt.

Drei Unteraussagen in Teil A Die drei im Teil A eingerückten Unteraussagen (-optionen) sind weitergehend und »auch wenn« zum Ankreuzen müssen – anders als die Hauptaussagen – eigens in einem Kästchen angekreuzt werden. Sie sind alle mit einem »auch wenn« eingeleitet und die darin beschriebenen Situationen können nicht als (wahrscheinlich) völlig aussichtslos gelten. Dabei

1. Unteroption

sind bestimmte Unschärfen unvermeidbar und auch sinnvoll. So wird das »Endstadium« etwa einer Krebserkrankung in der palliativ-medizinischen Fachliteratur meist mit Tagen bis zu wenigen Wochen angegeben, wogegen es umgangssprachlich auch die Bedeutung von »nicht mehr heilbar« hat (was ja viel früher einsetzen würde). Zu bedenken und zu beachten ist, dass hier jedenfalls eine (nicht nur sehr kurz dauernde) Nicht-Einwilligungsfähigkeit hinzukommen muss.

2. Unteroption

Bei der Unteroption zu einer Situation, in der eine Kontaktaufnahme zu anderen Menschen durch Sprachvermögen absehbar nicht mehr erfolgen kann, ist nicht der Zustand der Bewusstlosigkeit (»Dauerkoma«) gemeint. Es handelt sich vielmehr um Formen schwerer Gehirnschädigung, wo eine Nahrungsaufnahme durch Schlucken, eigenständige Bewegungen oder Reaktionen (wie Augen-Öffnen) bei Ansprache noch möglich sind. Hier geht es um einen eingetretenen Zustand von Bewusstseinsstörung, der zudem durch starke Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit gekennzeichnet sein muss. Aber: Ein Empfindungsvermögen ist (anders als bei völligem Verlust des Bewusstseins im Koma) noch vorhanden.

3. Unteroption

Bei der Unteroption zu einer etwa nur mittelschweren (»weniger fortgeschrittenen«) Demenz wird daran die Zusatzbedingung geknüpft, dass eine körperlich bedingte lebensbedrohliche Erkrankung hinzugetreten ist (welche etwa eine Herz-Operation oder Beinamputation erforderlich machen würde).

Teil B: Die medizinischen Festlegungen

Teil B enthält fünf Hauptaussagen (Punkte), in denen gewünschte und abgelehnte Behandlungen (für die in Teil A genannten Situationen) festgelegt werden.

Ziehe dazu auch → S. 27 Die Unteroption bei Punkt 2 dient dazu, Angehörige und Pflegepersonal vor dem Vorwurf der »unterlassenen Hilfeleistung« zu bewahren bzw. zu entlasten. Die Anmerkungsnummern 4 und 5 betreffen nähere Erklärungen zu künstlicher Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit sowie zur Schmerz- und Beschwerdelinderung (»Symptomkontrolle«). Bei Punkt 5 gibt es die Besonderheit zu lebensverlängernden bzw. bisher eingenommenen Medikamenten, die auch ambulant zu verabreichen sind. Angekreuzt werden kann hier auch, ob sie ggf. weiter gewünscht werden – zumindest dann, insofern sie zur Linderung dienen. Dabei ist davon auszugehen, dass sich lebensverlängernde und lindernde Wirkungen in der

Zu Palliativmedizin siehe → S. 3 u. 24

Zu Ermessensspielraum für

Bevollmächtigte siehe

→ Teil C, S. 31

Palliativmedizin nicht klar von einander abgrenzen lassen. Alternativ bietet sich ein Ermessensspielraum im Teil C an, insbesondere in den vielen möglichen Zweifelsfällen bei Demenzerkrankungen oder plötzlichen Gehirnschädigungen mit Einwilligungsunfähigkeit.

Zusatzbereich: Teil C

**Auch dieser Punkt kann Über-
sprungen werden. Dann gleich
weiter zu → Punkt 7**

Punkt 6 Dieser Bereich enthält eine Reihe wichtiger Erweiterungsmöglichkeiten. Er beginnt mit der Fragestellung aus Teil A (2. Unteroption »in Folge einer schweren Gehirnschädigung«) und bietet die mögliche Präzisierung durch zeitliche Behandlungsbegrenzung. Denn eine ärztliche Feststellung (wie sie dort vorausgesetzt wird), dass »absehbar keine wesentliche Besserung« mehr erfolgt, wird nur schwer zu erhalten sein. Der hier vorliegende Zustand von Einsichtsunfähigkeit ist zudem durch eine stark eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeit gekennzeichnet, (ohne dass es sich um Bewusstlosigkeit handelt bzw. handeln muss). Bei solchen Schwerstkranken (v. a. nach Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall) können oft bereits während der intensiven Krankenhausbehandlung erste Versuche einer Frührehabilitation (»Phase B«) stattfinden. Dazu gehört das Trainieren von verlorengegangenen Fähigkeiten wie Essen (Kauen und Schlucken) und einfache Bewegungen z. B. der Hand, noch bevor die Betroffenen zu kooperativer Mitwirkung in der Lage sind. Einer Anschlussheilbehandlung (»REHA«) von zunächst drei Wochen wird stattgegeben, sofern Aussicht besteht zumindest auf kleine oder auch sehr langsame Fortschritte einer Rehabilitation. Ziele sind Wiedererlangung von (auch eingeschränktem) Sprech- und Kommunikationsvermögen, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit. Ob und inwiefern diese Bemühungen nach Wochen oder auch Monaten Erfolg haben, kann nicht vorhergesagt werden. »Phase F« bezeichnet dauerhafte (Pflege-)Maßnahmen für Patienten mit zum Teil schweren, bleibenden Funktionsstörungen (hier: im geistigen Bereich). Der jeweilige Verlauf ist von vielen Einflüssen und Umständen abhängig: Vor allem vom Schweregrad und genauen Ort der Schädigung im Gehirn (z. B. Großhirnrinde, Kleinhirn oder Hirnstamm), auch von Therapiemaßnahmen, Dauer eines (ggf. vorangegangenen) Komas, Unterstützung des familiären Umfeldes sowie Alter, Motivation, Geduld und Lebensenergie der Patient(inn)en.

Erfolge oder auch nur kleine Fortschritte einer REHA sind unvorausehbar

Ein vom Patienten selbst vorgegebenes Zeitfenster kann einen sinnvollen und wichtigen Hinweis auf seine Grundgesundheit bedeuten. Werden etwa nur wenige Tage angegeben, kann davon ausgegangen werden, dass der Betroffene entweder schon sehr krank, alt und »lebensatt« ist oder auch jede Behinderung ausschließen will.

Der betroffene Schwerstpflegebedürftige würde durchaus Empfindungen haben und auf Reize (positive wie negative) reagieren. Wenn sein Name gerufen wird würde er ggf. Augen oder Gesicht dorthin wenden, vielleicht sogar ein paar einfache Worte hervorbringen können. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die genannte Situation jedenfalls ohne Lebenswert oder ohne Hoffnung wäre. Das sollten Sie bedenken, wenn Sie eine persönliche Bewertung mit darauf beruhender Zeitangabe vornehmen möchten. Diese kann aus einem unbestimmten Zahlwort bestehen (wie »wenige«, »einige«, »mehrere«). Oder Sie geben eine Ziffer ein (wobei der Zusatz »ca.« auch durch »max.« ersetzt werden kann).

Diese Frage wird kaum befriedigend oder gar einfach zu beantworten sein (noch Ihre Angabe dazu exakt zu befolgen sein) und ist dennoch von großem Wert.

In der Regel wird hier eine (ungefähre) Frist angegeben von Wochen oder Monaten (aber auch z. B. 12 oder 36 Monate für den Zeitraum von 1–3 Jahren wären möglich). Dazu werden die meisten von Ihnen ärztliche Beratung in Anspruch nehmen wollen. Viele Menschen wollen sich ausschließlich auf »objektive« medizinische Daten verlassen. Doch gibt es für unterschiedliche Bewertungen auch lebensphilosophische, religiöse, weltanschauliche, soziale oder kulturelle Gründe. Schließlich sollte die Bedeutung von subjektiver Empfindung und Intuition der Betroffenen nicht gering geschätzt werden. Letztendlich kommt es (auch) darauf an, wie lange Sie selbst auf mögliche Besserung hoffen möchten – dies ist in der Regel bei jungen Menschen ausgeprägter als bei älteren. Es mag die Aussicht, nach einigen Wochen oder Monaten der Rehabilitation in ein Pflegeheim zu kommen, ein Kriterium für Sie sein oder auch das Wissen um ein für Sie sorgendes Umfeld.

Es machen zwar die wenigsten – aber hilfreich wäre es, wenn Sie Ihre Vorstellungen von Lebensqualität, Abwägungen zwischen Chancen und Risiken oder weitere persönliche Angaben ergänzen würden – egal ob sie völlig gesund oder sehr krank sind. Insbesondere bei nicht so schweren Gehirnschädigungen sind meist Differenzierungen erforderlich, die aber in diesem Standard-Modell auf einem Zusatzblatt selbst vorgenommen werden müssen.

In Ausnahmefällen: Manche Ärzte schlagen den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen bereits nach 48–72 Stunden tiefer Bewusstlosigkeit vor – allerdings nur, sofern dann gar keine Pupillenreaktion, Schmerz- und Lidschlussreflexe feststellbar sind. Diese gelten als Anzeichen für eine »zerebrale« (d. h. das Gehirn betreffende) noch mögliche Erholung. Eine solche Option müssten Sie allerdings selbst in das offene Feld eintragen. Dasselbe gilt für weiterreichende Situationen wie *prinzipielle* Einwilligungsunfähigkeit (also auch wenn Sie dabei noch sprechen, essen, laufen usw. können) oder auch bei frühen Stadien eines Gehirnabbauprozesses (wenn Sie etwa eine »Alzheimer-Diagnose« erhalten hätten). Dafür bedürfte es aus medizin-ethischer Sicht Ihrerseits zusätzlich einer Beschreibung, die erkennen lassen sollte, welche subjektiven Gründe dafür zugrunde liegen und wie ernsthaft Sie sich damit auseinandergesetzt haben.

Geben Sie keine weiteren Situationen in eigenen Worten ein, wenn Sie sich nicht völlig sicher sind. Denn für diese würden alle Festlegungen eines Behandlungsverzichts aus Teil B gelten. Streichen Sie dann das offene Eingabefeld lieber durch. Stattdessen können Sie individuelle Abwägungen auf einem Zusatzblatt frei formulieren – z. B. auf der Rückseite der hier vorfindlichen Gesundheitsvollmacht.

Je weiter die Situationen in Ihrer STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG nicht mehr nur auf lebensbedrohliche oder völlig »aussichtslose« Situationen zutreffen, um so mehr gilt: Es ist in Ihrem späteren Interesse, einen Ermessensbereich für andere einzuräumen. Unter Punkt 7 wird Ihnen vorgeschlagen, hierfür bei Einwilligungsunfähigkeit entweder ausschließlich Ihre Gesundheitsbevollmächtigten vorzusehen oder alle später Beteiligten im möglichst breiten Konsens. (Mit der Ermittlung eines noch zum Ausdruck gebrachten vitalen Lebenswillens ist hier nicht (!) gemeint, dass Sie diesen durch nonverbale Zeichen bei noch klarem Verstand zur Kenntnis geben – wenn Sie bei voller Einsichtsfähigkeit nach einem Schlaganfall etwa nur nicht mehr sprechen könnten).

Wenn Sie betonen möchten, dass insbesondere Ärzte sich verbindlich an Ihre Patientenverfügung zu halten haben, können Sie die mittlere Option zusätzlich wählen.

Punkt 8 Fast rhetorisch mag der Punkt 8 zum gewünschten »Aufenthaltsort am Lebensende« erscheinen. Denn wer würde hier nicht sein zu Hause nennen wollen? Doch ist dies nach aktuellen Zahlen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) nur einem guten Viertel aller Menschen in Deutschland »vergönnt«. Die meisten sterben Schätzungen zufolge im Krankenhaus (knapp 50 %), gefolgt vom Pflegeheim (ca. 25 % mit zunehmender Tendenz) – nur 1–2 % sterben im Hospiz.

Hintergründe zu »Sterbe-Orten« zu Hause oder außerhalb der eigenen vier Wände → S. 23–24

In den allermeisten Fällen könnte ein absehbares Lebensende (etwa bei Krebsleiden) zu Hause ermöglicht werden: Durch geschulte Hausärzte, ggf. assistiert durch sogenannte SAPV-Teams (d. h. »Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung«) oder auch ehrenamtliche Hospizhelferinnen. Doch seien wir realistisch: In der Großstadt mangelt es dazu oft am nötigen familiären Umfeld, im ländlichen Raum an den Versorgungsstrukturen. Nichtsdestotrotz ist es empfehlenswert, sich bei Zeiten nach erwünschtem und verfügbarem Beistand zu erkundigen. Dies gilt auch für die Unterstützung von Angehörigen, die meist hilflos sind und für die nach dem Tod ggf. auch eine weitere Unterstützung sinnvoll sein kann.

Zu SAPV-Teams → S. 23

Zusatzbereich: Teil D

Zu Hirntod und Unterschied zwischen Gewebeentnahme und Organspende siehe → S. 25f.

Zur Frage der Organspende (und auch zur Erlaubnis von Gewebeentnahme) finden Sie hier differenzierte Angaben in einem eigenen Kapitel.

Zur Organspende können Sie nur eine Alternative wählen: »Ja« (stimme zu), »Nein« (lehne ab) oder »Unentschieden« (bzw. kommt z. B. krankheitsbedingt nicht mehr in Frage). Die letzte Option würde nicht in Ihre Patientenverfügung aufgenommen, sondern die Frage der Organspende darin dann ausgelassen.



Was bedeutet das 2009 in Kraft getretene Gesetz?

Seit dem 1.9.2009 ist eine zivilrechtliche Regelung im Betreuungsrecht – als Teil des BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) – zur Patientenverfügung in Kraft.

Allerdings gibt es eine strikte Voraussetzung dafür, dass dem in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachten Willen später auch Geltung verschafft werden muss und kann: Vorher ist zu prüfen, »ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen.« (§ 1901a, Absatz 1 BGB). Ist dies der Fall, sind sowohl die Ärzte als auch die legitimierten Patientenvertreter (Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r) daran gebunden. Die Rolle des Arztes besteht vorwiegend darin zu prüfen, »welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist« (§1901b, Absatz 1 BGB). Er hat jedoch eben so wenig eigene Entscheidungsmacht wie dazu nicht legitimierte nahe Angehörige.

Rolle des Arztes, siehe dazu auch →S. 5

Viele auch »offizielle« PV-Vorlagen enthalten missverständliche Einschränkungen, siehe →S. 3

Ist hingegen der Text in einer Patientenverfügung zu weit und allgemein formuliert oder umgekehrt zu eng eingeschränkt (nur auf bestimmte Situationen bezogen, die dann gar nicht eingetreten sind) ist so zu verfahren, als wenn gar keine Patientenverfügung vorliegt: In diesen Fällen haben die legitimierten Vertreter (Bevollmächtigte oder Betreuer) im Einvernehmen mit den Ärzten eine Entscheidung für eine anstehende Behandlung auf der Grundlage des mutmaßlichen Patientenwillens zu treffen. (Nur) wenn dies – vor allem bei folgenschweren Entscheidungen – nicht möglich erscheint, muss ein Betreuungsgericht angerufen bzw. eingeschaltet werden (siehe § 1904 Absatz 1–4 BGB). Wann soll etwa eine lebensverlängernde Dialysebehandlung unterlassen werden? Beispiel für eine enge Beschränkung in einer PV: »wenn damit nur noch der Todeseintritt verzögert und ein leidvolles Sterben unnötig verlängert wird.«

Das Bundesministerium der Justiz (BMJ) hat folgende Ausführungsempfehlungen herausgegeben (Broschüre Patientenverfügung des BMJ):

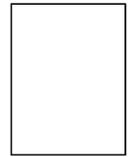
»Das Gesetz definiert die Patientenverfügung als schriftliche Festlegung einer volljährigen Person, ob sie »in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt« (§ 1901a Absatz 1 BGB). ... Die Ärztin oder der Arzt muss eine derart verbindliche Patientenverfügung beachten. Die Missachtung des Patientenwillens kann als Körperverletzung strafbar sein ... Am besten lassen Sie sich von einer ärztlichen oder anderen fachkundigen Person oder Organisation beraten ... «

Diese sollte dann sinnvoller Weise auch bezeugen, dass die Patientenverfügung frei verantwortlich und ggf. nach medizinischer Aufklärung abgefasst wurde. Allenfalls wenn die verfügende Person statt zu einer Namensunterschrift nur zu einem »Handzeichen« in der Lage ist, wäre dies von einer Notarin oder einem Notar zu beglaubigen. Zur Frage, »Wo und wie verwahre ich meine Patientenverfügung«? führt die BMJ-Broschüre schließlich aus:

»Eine Patientenverfügung sollte so verwahrt werden, dass insbesondere Ihre Ärztinnen und Ärzte, Bevollmächtigte, Betreuerin oder Ihr Betreuer, aber gegebenenfalls auch das Betreuungsgericht, möglichst schnell und unkompliziert Kenntnis von der Existenz und vom Hinterlegungsort einer Patientenverfügung erlangen können. Dazu kann es sinnvoll sein, einen Hinweis bei sich zu tragen ...«

Ich bestelle kostenlos und unverbindlich

- die **Unterlagen-Mappe zur qualifizierten Abfassung einer OPTIMALEN PATIENTENVERFÜGUNG**
- eine **Betreuungsverfügung (Alternative zur Vollmacht)**



Absender:

Name:

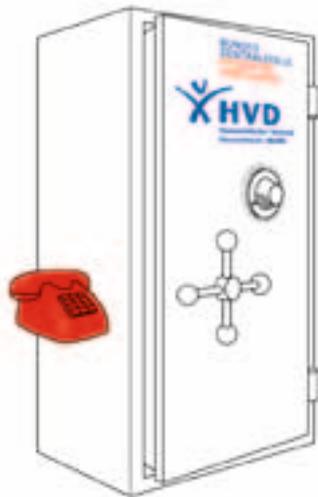
Straße:

PLZ, Ort:

Oder im Internet ausdrucken unter: www.patientenverfuegung.de

Humanistischer Verband Deutschlands
**Bundeszentralstelle
Patientenverfügung**

Wallstraße 65
10179 Berlin



Hinterlegung in der **BUNDESZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG** des HVD

Praktiker und Medizin-Ethiker empfehlen eine Aktualisierung der PV etwa alle zwei Jahre. Auch das Bundesjustizministerium (a.a.O.) rät:

»...So kann man im Interesse der eigenen Sicherheit regelmäßig überprüfen, ob Behandlungswünsche ... eventuell konkretisiert oder abgeändert werden sollten.«

Wenn Sie Ihre Dokumente in der Bundeszentralstelle Patientenverfügung des HVD hinterlegen, wird für die laufende Anpassung Sorge getragen. Sie erhalten bei Abfassung (egal ob STANDARD-PV oder OPTIMALE PV) stets 2 Originale, ein Auftragsformular zur Hinterlegung liegt bei. Wenn Sie diese wünschen, werden Ihnen automatisch alle zwei Jahre Aktualisierungsmarken zugesandt, auch für das bei Ihnen zu Hause verwahrte Original.



Zur Hinterlegung:

- sichere Verwahrung mit laufender Anpassung
- Bereitschaftsdienst und fachkundige Unterstützung
- Gebühren: 12–36 € (Förderer/Nicht-Förderer) für jeweils 2 Jahre
- incl. kostenfreie Zusendung von Aktualisierungsmarken
- Ein **NOTFALLPASS** (siehe S.18) kann dann beantragt werden.

Ansonsten wird Ihnen hier kostenfrei ein Hinweiskärtchen zur Verfügung gestellt.



Im Notfall bitte folgende Person(en) benachrichtigen. Diese wissen über die von mir getroffenen Vorsorgemaßnahmen Bescheid.

Sonstiges (Hausarzt o.a.)

1.

Name

Anschrift

Telefon

2.

Name

Anschrift

Telefon

OPTIMALE PATIENTENVERFÜGUNG. WIRKUNGSSTARK.



OPTIMALE PATIENTENVERFÜGUNG
Bearbeitungsgebühr 90–120€
Bestellen Sie mit dieser Karte
kostenfrei die Unterlagen-Mappe
für eine qualifizierte Abfassung.



- Mehr als Standard
- passend zur Person
 - präzisiert
 - unmittelbar wirksam

www.patientenverfuegung.de Tel. 030 613904-11 und -12
Sprechzeiten: Mo., Di., Do. und Fr. 10 – 17 Uhr Wir behandeln Ihre Daten streng vertraulich!

HINWEISKARTE FÜR DEN NOTFALL

Ich habe eine

Patientenverfügung (mit Gesundheits-Vollmacht)

(Vorsorge)Vollmacht für finanzielle und rechtsgeschäftliche Angelegenheiten oder eine

Betreuungsverfügung verfasst.
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

HINWEISKARTE FÜR DEN NOTFALL

Inhaber/in

Straße

PLZ

Ort