

Problem Patientenverfügung

RUB

M. Zenz

ehem. Klinik für
Anaesthesiologie,
Intensiv-, Palliativ- und
Schmerzmedizin

Zenz

Schlechte Karten ohne Patientenverfügung

WE Wirtschaft und Finanzen, 07.03.2010, Mandy Kunstmann



Berlin. Die Passantin wird vom Auto überfahren und verliert das Bewusstsein. Der Jogger stürzt und schlägt sich den Kopf auf. So ein Unglück kann jedem passieren. Plötzlich sind die Betroffenen nicht mehr Herr ihrer selbst - nicht nur im medizinischen Sinne. Eine Patientenverfügung kann helfen.

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

**Empfehlungen der Bundesärztekammer und der
Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer**

Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 110 | Heft 33–34 | 19. August 2013

Jede medizinische Maßnahme setzt in der Regel die Einwilligung des Patienten nach angemessener Aufklärung voraus (§ 630 d Abs. 1 S. 1 Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]).

Veriv

Vorsorgevollmacht, mit der der Patient eine Vertrauensperson zu seinem Vertreter (Bevollmächtigten) in Gesundheitsangelegenheiten bestellt

Kein Notar notwendig!

venv

Der **Bevollmächtigte** schließt den Behandlungsvertrag und verschafft der Patientenverfügung des aktuell nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten Ausdruck und Geltung oder entscheidet an dessen Stelle nach Maßgabe der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens des Patienten über die Einwilligung in die ärztliche Behandlung oder deren Ablehnung.

Betreuungsverfügung, mit der der Patient das Betreuungsgericht bittet, die von ihm vorgeschlagene Vertrauensperson zu seinem Vertreter (Betreuer) in Gesundheitsangelegenheiten zu bestellen.

3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes

1. September 2009

gerichtliche Genehmigung für die Entscheidung des Vertreters nach § 1904 BGB nur erforderlich, wenn

- der Arzt und der Vertreter sich nicht über den Patientenwillen einig sind und
- der Patient aufgrund der geplanten ärztlichen Maßnahme oder aufgrund der Weigerung des Vertreters, der vom Arzt vorgeschlagenen Maßnahme zuzustimmen, in die Gefahr des Todes oder eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens gerät.

Es ist sinnvoll, eine Vorsorgevollmacht mit der Festlegung von Behandlungswünschen oder mit einer Patientenverfügung zu kombinieren.

venv

Bevollmächtigter

Spricht ohne gerichtl. Bestätigung für den Patienten

Betreuer

Muss vom Gericht bestätigt werden

zeniv

Patientenverfügung

- a. Mitteilung von Überzeugungen, Wertvorstellungen
- b. Behandlungswünsche
- c. Patientenverfügung

venv

Behandlungswünsche

Ärztlicherseits besteht keine Verpflichtung, den Behandlungswünschen Folge zu leisten, wenn keine Indikation für eine Behandlung (mehr) besteht oder die geäußerten Wünsche den gesetzlichen Rahmen überschreiten, z. B. ein vom Patienten geäußertes Verlangen nach aktiver Sterbehilfe.

VerM

Patientenverfügung

Die Bundesärztekammer und die ZEKO sind – wie das Bundesministerium der Justiz – daher der Auffassung, dass eine eindeutige Patientenverfügung den Arzt direkt bindet.

venv

Entscheidungen am Lebensende

6 Länder (A, B, CH, DK, I, NL, S)

Italien, Schweden

>50% der Entscheidungen ohne Diskussion
mit Patient oder Familie

Entscheidungen am Lebensende

6 Länder (A, B, CH, DK, I, NL, S)

Patientenverfügungen

< 5%

NL 13%

venv

PERSÖNLICHE PATIENTENVERFÜGUNG VON

Vor- und Nachname _____, geb. am _____,
Straße _____, PLZ _____, Ort _____,
Tel., Fax _____, E-Mail _____

Ich bitte um ärztliche und pflegerische Behandlung und Hilfe unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Heilung oder Linderung meiner Beschwerden, solange wie Aussicht auf Heilung oder Linderung besteht.

Ich bitte die mich behandelnden Ärzte, mich über alle medizinischen Maßnahmen zu informieren und jeweils meine Zustimmung dazu einzuholen. Sollte ich jedoch wegen meiner Krankheit oder wegen Komplikationen bei der Behandlung zeitweise oder länger nicht zustimmen oder ablehnen können, dann bevollmächtige ich hiermit

Vor- und Nachname _____, geb. am _____,
Straße _____, PLZ _____, Ort _____,
Tel., Fax _____, E-Mail _____

stellvertretend für mich und in Orientierung an meinen persönlichen Werten und Wünschen für mich zu sprechen, Behandlungen zuzustimmen oder abzulehnen. Insofern entbinde ich die Ärzte und das Pflegepersonal auch von der Schweigepflicht gegenüber dieser(n) Person(en).

sönlichen Auswahl als Ausdruck meines Patientenwillens orientieren und danke ihnen dafür.

Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen und werde das auch tun, wenn sich meine Werte und Wünsche geändert haben sollten oder wenn ich eine andere Vertrauensperson benennen möchte.

Unterschrift

Datum

Sofern Sie weiteres Informationsmaterial über Patienteninformationen wünschen, finden Sie dieses in der Broschüre der Professoren Rita Kielstein und Hans-Martin Sass „Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch“, Lit-Verlag Münster, die über den Buchhandel oder beim Zentrum für medizinische Ethik, Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstr. 150, 44780 Bochum, bezogen werden kann.

PERSÖNLICHE PATIENTENVERFÜGUNG VON

Vor- und Nachname _____, geb. am _____,
Straße _____, PLZ _____, Ort _____,
Tel., Fax _____, E-Mail _____

Ich bitte um ärztliche und pflegerische Behandlung und Hilfe unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Heilung oder Linderung meiner Beschwerden, solange wie Aussicht auf Heilung oder Linderung besteht.

Ich bitte die mich behandelnden Ärzte, mich über alle medizinischen Maßnahmen zu informieren und jeweils meine Zustimmung dazu einzuholen. Sollte ich jedoch wegen meiner Krankheit oder wegen Komplikationen bei der Behandlung zeitweise oder länger nicht zustimmen oder ablehnen können, dann bevollmächtige ich hiermit

Ersatzweise benenne ich als Bevollmächtigte in Gesundheitsangelegenheiten:

Vorname, Nachname, Telefon-Nr. _____

Ich bitte, auch im Ausnahmefall,

Vorname, Nachname _____

nicht mit solchen stellvertretenden Informationen und Verantwortungen zu belasten.

natürlicher Krankheitsgeschehen gelesen. Diese drücken mehr als andere meine Werte, Wünsche und Hoffnungen aus.

Ich bitte dringend, dass sich alle, die für mich Entscheidungen fallen müssen, an dieser sehr persönlichen Auswahl als Ausdruck meines Patientenwillens orientieren und danke ihnen dafür.

Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen und werde das auch tun, wenn sich meine Werte und Wünsche geändert haben sollten oder wenn ich eine andere Vertrauensperson benennen möchte.

Unterschrift

Datum

Sofern Sie weiteres Informationsmaterial über Patienteninformationen wünschen, finden Sie dieses in der Broschüre der Professoren Rita Kielstein und Hans-Martin Sass „Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch“, Lit-Verlag Münster, die über den Buchhandel oder beim Zentrum für medizinische Ethik, Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstr. 150, 44780 Bochum, bezogen werden kann.

PERSÖNLICHE PATIENTENVERFÜGUNG VON

Vor- und Nachname _____, geb. am _____,
Straße _____, PLZ _____, Ort _____,
Tel., Fax _____, E-Mail _____

Ich bitte um ärztliche und pflegerische Behandlung und Hilfe unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Heilung oder Linderung meiner Beschwerden, solange wie Aussicht auf Heilung oder Linderung besteht.

Ich bitte die mich behandelnden Ärzte, mich über alle medizinischen Maßnahmen zu informieren und jeweils meine Zustimmung dazu einzuholen. Sollte ich jedoch wegen meiner Krankheit oder wegen Komplikationen bei der Behandlung zeitweise oder länger nicht zustimmen oder ablehnen können,

Ich habe die auf der nächsten Seite aufgeführten Bausteine für die Formulierung einer individuellen Einstellung zu Werten und Wünschen von Gesundheit, Krankheit, Behandlung und Akzeptanz natürlicher Krankheitsgeschehen gelesen. Diese drücken mehr als andere meine Werte, Wünsche und Hoffnungen aus.

Ich bitte dringend, dass sich alle, die für mich Entscheidungen fällen müssen, an dieser sehr persönlichen Auswahl als Ausdruck meines Patientenwillens orientieren und danke ihnen dafür.

Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen und werde das auch tun, wenn sich meine Werte und Wünsche geändert haben sollten oder wenn ich eine andere Vertrauensperson benennen möchte.

Siehe: Formblätter 1-5

Ich bitte dringend, dass sich alle, die für mich Entscheidungen fällen müssen, an dieser sehr persönlichen Auswahl als Ausdruck meines Patientenwillens orientieren und danke ihnen dafür.

Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen und werde das auch tun, wenn sich meine Werte und Wünsche geändert haben sollten oder wenn ich eine andere Vertrauensperson benennen möchte.

Unterschrift

Datum

Sofern Sie weiteres Informationsmaterial über Patienteninformationen wünschen, finden Sie dieses in der Broschüre der Professoren Rita Kielstein und Hans-Martin Sass „Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch“, Lit-Verlag Münster, die über den Buchhandel oder beim Zentrum für medizinische Ethik, Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstr. 150, 44780 Bochum, bezogen werden kann.

Bitte kreuzen Sie die Werte und Wünsche an, die für Sie eine besondere Bedeutung haben:

- ☐ Ich möchte solange leben wie möglich; auch Leiden und Beschwerden ertrage ich, solange ich nur leben kann.
- ☐ Ein langes Leben wünsche ich mir nur bei guter Lebensqualität; Leiden und Beschwerden ertrage ich nicht gern; ich bin auch nicht gern von anderen abhängig.
- ☐ Gute Lebensqualität bedeutet für mich: _____

densprozess zu verlängern; in jedem Fall wünsche ich aber eine sehr gute und wirksame Schmerztherapie.

- ☐ Wenn bei meiner Krankheit keine Besserung in Sicht ist und ich krankheitsbedingt so stark verwirrt bin, dass ich Familie und Freunde nicht mehr erkenne oder mich nicht mehr äußern kann, dann bitte ich nur noch um eine Behandlung von Schmerzen und anderen Leiden sowie um eine gute menschliche und pflegerische Betreuung.
- ☐ Ich möchte immer genau wissen, wie es um mich steht; auch sehr schlechte Nachrichten sind mir lieber als die Ungewissheit.
- ☐ Ich bitte, auf meine Ängste und Schwächen Rücksicht zu nehmen und mich nicht über alles Negative oder über die Unheilbarkeit der Krankheit aufzuklären, wohl aber den Personen meines Vertrauens alles genau und wahrheitsgemäß zu sagen und mit ihnen zu beraten.
- ☐ Wenn ich unheilbar krank bin und keinen Hunger und Durst habe, dann möchte ich auch nicht lebensverlängernd künstlich ernährt oder mit Flüssigkeit versorgt werden; dann soll man der Krankheit ihren Lauf lassen und nur Schmerzen und Leiden behandeln.
- ☐ Ich stehe der Organspende positiv gegenüber.
- ☐ Ich bitte, alle Maßnahmen mit der Person meines Vertrauens zu beraten.
- ☐ Neben den vorgenannten Werten und Wünschen ist mir folgendes wichtig: _____

Wenn ein Punkt auf keinen Fall für Sie zutrifft, dann streichen Sie diesen Punkt bitte durch.

Hinweis:

Unabhängig von Ihren nachfolgend angekreuzten Werten und Wünschen ist in jedem Fall gewährleistet, dass Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommt. Die Ärzte und Pflegenden des Hauses werden Ihre Entscheidungen respektieren, auch wenn sie für sich selbst anders entscheiden würden.

Bitte kreuzen Sie die Werte und Wünsche an, die für Sie eine besondere Bedeutung haben:

- ☐ Ich möchte solange leben wie möglich; auch Leiden und Beschwerden ertrage ich, solange ich nur leben kann.
- ☐ Ein langes Leben wünsche ich mir nur bei guter Lebensqualität; Leiden und Beschwerden ertrage ich nicht gern; ich bin auch nicht gern von anderen abhängig.

- ☐ Ich wünsche auf alle Fälle, dass man mir meine Schmerzen nimmt und darüber hinaus auch Unruhe, Angst, Atemnot und Unwohlsein optimal behandelt.
- ☐ Bei starken Schmerzen und anderen Leiden (z. B. Angst, Unwohlsein, Übelkeit, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Verstopfung) bitte ich um wirksame Behandlung, auch wenn sich dadurch mein Bewusstsein trübt und eventuell auch mein Allgemeinzustand verschlechtern sollte.
- ☐ Wenn ich an einer unheilbaren und sehr belastenden Krankheit leide, dann wünsche ich, dass man den natürlichen Verlauf der Krankheit respektiert und nicht alles noch Mögliche tut, den Leidensprozess zu verlängern; in jedem Fall wünsche ich aber eine sehr gute und wirksame Schmerztherapie.

Bitte teilen Sie mit, wie Sie sich wünschen, dass man mit Ihnen umgeht, wenn Sie sich nicht mehr selbst versorgen können. Bitte geben Sie an, wie Sie sich wünschen, dass man mit Ihnen umgeht, wenn Sie sich nicht mehr selbst versorgen können. Bitte geben Sie an, wie Sie sich wünschen, dass man mit Ihnen umgeht, wenn Sie sich nicht mehr selbst versorgen können.

- ☐ Wenn ich unheilbar krank bin und keinen Hunger und Durst habe, dann möchte ich auch nicht lebensverlängernd künstlich ernährt oder mit Flüssigkeit versorgt werden; dann soll man der Krankheit ihren Lauf lassen und nur Schmerzen und Leiden behandeln.
- ☐ Ich stehe der Organspende positiv gegenüber.
- ☐ Ich bitte, alle Maßnahmen mit der Person meines Vertrauens zu beraten.
- ☐ Neben den vorgenannten Werten und Wünschen ist mir folgendes wichtig:

Wenn ein Punkt auf keinen Fall für Sie zutrifft, dann streichen Sie diesen Punkt bitte durch.

Hinweis:

Unabhängig von Ihren nachfolgend angekreuzten Werten und Wünschen ist in jedem Fall gewährleistet, dass Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommt. Die Ärzte und Pflegenden des Hauses werden Ihre Entscheidungen respektieren, auch wenn sie für sich selbst anders entscheiden würden.

Bitte kreuzen Sie die Werte und Wünsche an, die für Sie eine besondere Bedeutung haben:

- ☐ Ich möchte solange leben wie möglich; auch Leiden und Beschwerden ertrage ich, solange ich nur leben kann.
- ☐ Ein langes Leben wünsche ich mir nur bei guter Lebensqualität; Leiden und Beschwerden ertrage ich nicht gern; ich bin auch nicht gern von anderen abhängig.
- ☐ Wenn bei meiner Krankheit keine Besserung in Sicht ist und ich krankheitsbedingt so stark verwirrt bin, dass ich Familie und Freunde nicht mehr erkenne oder mich nicht mehr äußern kann, dann bitte ich nur noch um eine Behandlung von Schmerzen und anderen Leiden sowie um eine gute menschliche und pflegerische Betreuung.
- ☐ Ich möchte immer genau wissen, wie es um mich steht; auch sehr schlechte Nachrichten sind mir lieber als die Ungewissheit.
- ☐ Ich bitte, auf meine Ängste und Schwächen Rücksicht zu nehmen und mich nicht über alles Negative oder über die Unheilbarkeit der Krankheit aufzuklären, wohl aber den Personen meines Vertrauens alles genau und wahrheitsgemäß zu sagen und mit ihnen zu beraten.

Vertrauens alles genau und wahrheitsgemäß zu sagen und mit ihnen zu beraten.

- ☐ Wenn ich unheilbar krank bin und keinen Hunger und Durst habe, dann möchte ich auch nicht lebensverlängernd künstlich ernährt oder mit Flüssigkeit versorgt werden; dann soll man der Krankheit ihren Lauf lassen und nur Schmerzen und Leiden behandeln.
- ☐ Ich stehe der Organspende positiv gegenüber.
- ☐ Ich bitte, alle Maßnahmen mit der Person meines Vertrauens zu beraten.
- ☐ Neben den vorgenannten Werten und Wünschen ist mir folgendes wichtig: _____

Wenn ein Punkt auf keinen Fall für Sie zutrifft, dann streichen Sie diesen Punkt bitte durch.

Hinweis:

Unabhängig von Ihren nachfolgend angekreuzten Werten und Wünschen ist in jedem Fall gewährleistet, dass Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommt. Die Ärzte und Pflegenden des Hauses werden Ihre Entscheidungen respektieren, auch wenn sie für sich selbst anders entscheiden würden.

Bitte kreuzen Sie die Werte und Wünsche an, die für Sie eine besondere Bedeutung haben:

- ☐ Wenn ich unheilbar krank bin und keinen Hunger und Durst habe, dann möchte ich auch nicht lebensverlängernd künstlich ernährt oder mit Flüssigkeit versorgt werden; dann soll man der Krankheit ihren Lauf lassen und nur Schmerzen und Leiden behandeln.
- ☐ Ich stehe der Organspende positiv gegenüber.
- ☐ Ich bitte, alle Maßnahmen mit der Person meines Vertrauens zu beraten.
- ☐ Neben den vorgenannten Werten und Wünschen ist mir folgendes wichtig: _____

Wenn ein Punkt auf keinen Fall für Sie zutrifft, dann streichen Sie diesen Punkt bitte durch.

Krankheit ihren Lauf lassen und nur Schmerzen und Leiden behandeln.

- ☐ Ich stehe der Organspende positiv gegenüber.
- ☐ Ich bitte, alle Maßnahmen mit der Person meines Vertrauens zu beraten.
- ☐ Neben den vorgenannten Werten und Wünschen ist mir folgendes wichtig: _____

Wenn ein Punkt auf keinen Fall für Sie zutrifft, dann streichen Sie diesen Punkt bitte durch.