

Welcher Wille zählt?

RUE

M. Zenz

7. Int. Sylter Palliativtage



Bundesministerium
für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend



Betreuungsrecht

Mit ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht

Welcher Wille zählt?

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

Irrtümer

1. Vorsorgevollmacht deckt Gesundheitssorge ab
2. Ehepartner ist gesetzlicher Vertreter
3. Vorsorgevollmacht + Betreuungsverfügung
4. Notarielle Beglaubigung notwendig

Welcher Wille zählt?

Vorsorgevollmacht

Mit der Vorsorgevollmacht legt man den „Bevollmächtigten“ fest, der mit Unterschrift unter die Vollmacht „**volle Macht**“ für den Vollmachtgeber erhält.

Ab Unterschrift rechtsverbindlich.

Kein Notar notwendig!

Welcher Wille zählt?

Der **Bevollmächtigte** schließt den Behandlungsvertrag und verschafft der Patientenverfügung des nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten Ausdruck und Geltung.

7. Int. Synter Palliativtage

Welcher Wille zählt?

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

7. Int. Syllabus Palliativtade

Welcher Wille zählt?

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.

Welcher Wille zählt?

Warum sollte eine Vorsorgevollmacht mit einer Patientenverfügung zusammen vorliegen?

7. Int. Synter-Palliativtage

Welcher Wille zählt?

Bevollmächtigter

Spricht ohne gerichtl. Bestätigung für den Patienten

7. Int. Sylter Palliativtage

Welcher Wille zählt?

Betreuer

Muss vom Gericht bestätigt werden

7. Int. Sylter Palliativtage

Welcher Wille zählt?

Patientenverfügung

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

7. Int. Syllter Palliativtage

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).

Somit wählen Sie die oben genannte Person 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

Sie finden 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 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.

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.

Unterzeichnen lassen

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.

Hinweis:

Unabhängig von Ihren nachfolgend angekreuzten Werten und Wünschen ist in jedem Fall gewährleistet, dass Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommt. Die Ärzte und Pflegenden

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: _____

denzprozess 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 geben Sie mir auch die Namen der Personen an, die Sie in der Zukunft als Vertrauensperson bezeichnen möchten, mit der Sie 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.
- ☐ 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.

☒ Vor allem 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 und bin zur Vorbereitung der Organentnahme mit einer Intensivbehandlung einverstanden
- ☐ 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.

- ☐ 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.

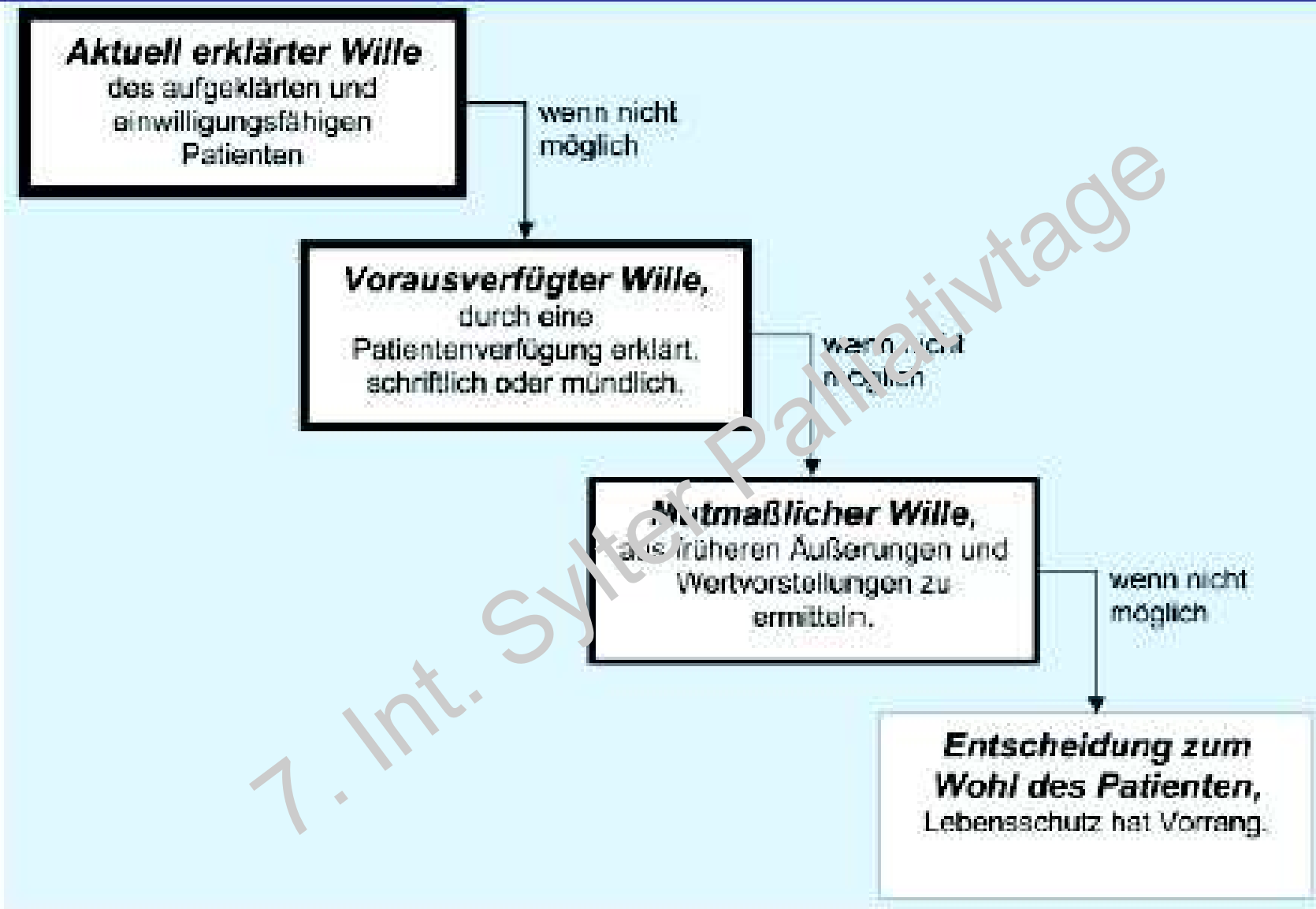


Abb. 2 ▲ Flussdiagramm zur Bestimmung des Patientenwillens. (Mod. nach dem Arbeitsbeitskreis Patientenverfügungen am Klinikum der Universität München [2])

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).

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.

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 Krankheitsgeschichten 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.

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.

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.
- ☐ Gute Lebensqualität bedeutet für mich: _____

- ☐ 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, das Leben zu verlängern; in jedem Fall wünsche ich aber eine sehr gute und wirksame Symptomlinderung und 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 und bin zur Vorbereitung der Organentnahme mit einer Intensivbehandlung einverstanden
- ☐ 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.