

Gesundheitsuni „Patientenverfügung“  
Göttingen, 13. Juli 2011

---

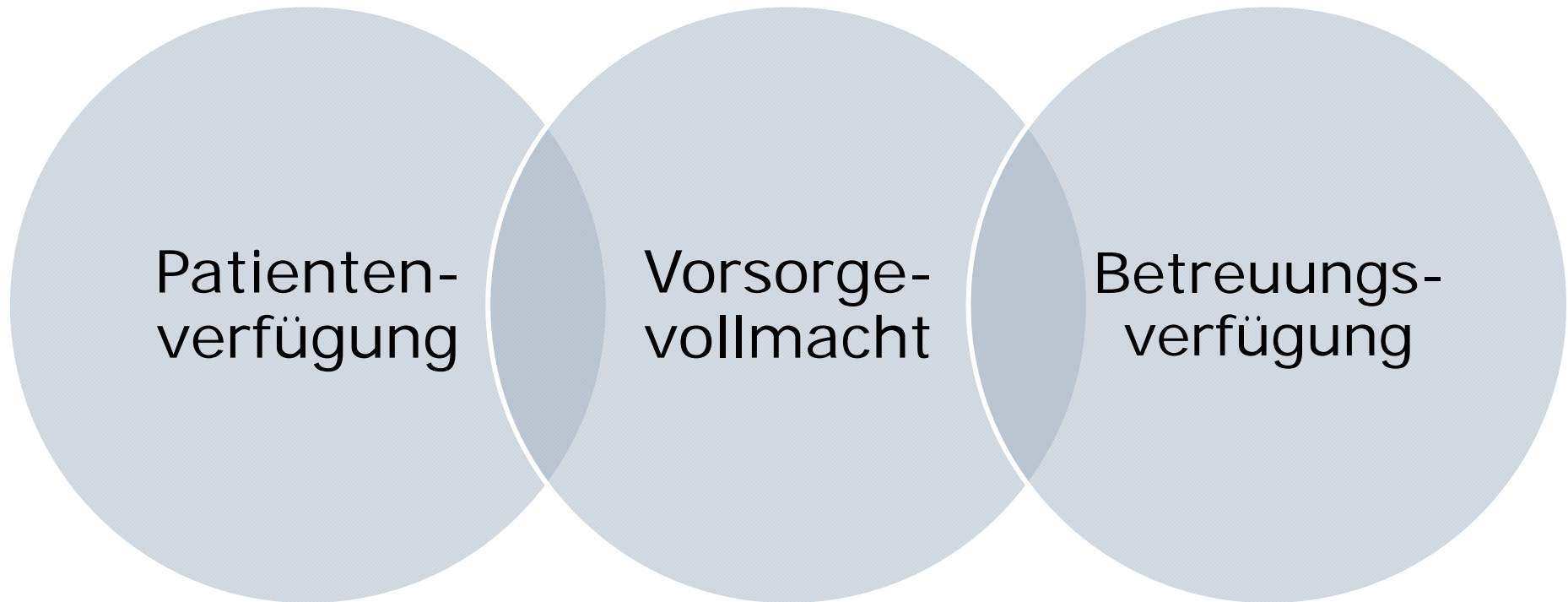
Welche Patientenverfügung  
passt zu mir und meinen  
Wünschen?

PD Dr. Alfred Simon

Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees  
der Universitätsmedizin Göttingen

# Möglichkeiten der Vorsorge

---



---

A. Simon: Welche Patientenverfügung passt zu mir und meinen Wünschen?

# Patientenverfügung

---

Definition (vgl. § 1901a BGB)

Schriftliche Willensbekundung eines einwilligungsfähigen Volljährigen mit Entscheidungen über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte, noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahmen

# Patientenverfügung

---

## Wirksamkeitsvoraussetzungen

- Substantiell: Schriftform, Einwilligungsfähigkeit und Volljährigkeit bei Abfassung
- Inhaltlich: konkret und situationsbezogen
  
- Keine Aktualisierungspflicht
  - gilt, bis sie vom Patienten widerrufen wird
  - Widerruf jederzeit formlos möglich
- Keine notarielle Beurkundung erforderlich
- Ärztliche Aufklärung nicht vorgeschrieben, aber sinnvoll!

# Vorsorgevollmacht

---

## Definition

Schriftliches Dokument, in dem eine Vertrauensperson ermächtigt wird, Entscheidungen in persönlichen Angelegenheiten zu treffen, wenn man selbst dazu nicht (mehr) in der Lage ist.

- Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit\*
- Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten
- Vertretung bei Behörden, Banken, Post etc.
- Vermögenssorge

\*Maßnahmen müssen konkret beschrieben sein

# Betreuungsverfügung

---

## Definition

Schriftliches Dokument, in dem Vorschläge hinsichtlich der Person des Betreuers sowie der Art und Weise der Betreuung gemacht werden.

- Kann *ergänzend* oder *alternativ* zur Vorsorgevollmacht erstellt werden

# Patientenverfügung

---

## Patientenverfügungsformulare

- Über 250 verschiedene Formulare
- Unterschiedliche Typen
  - Einfache Textvorlagen
  - Ankreuzformulare
  - Textbausteine



# CHRISTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG

MIT VORSORGEVOLLMACHT  
UND BETREUUNGSVERFÜGUNG

## Formular

der Deutschen Bischofskonferenz  
und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland  
in Verbindung mit den weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der  
Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland

## I. Patientenverfügung

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

An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn nach bestem ärztlichem Wissen und Gewissen festgestellt wird, dass jede lebenserhaltende Maßnahme ohne Aussicht auf Besserung ist und mein Sterben nur verlängern würde.

Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Beschwerden, wie z. B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit, gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerztherapie eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.

Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit meinen Angehörigen und nahe stehenden Personen und in meiner vertrauten Umgebung.

Ich bitte um seelsorgerlichen Beistand.

Meine Konfession ist .....

**Raum für ergänzende Verfügungen:**

» Siehe dazu in den Erläuterungen die Abschnitte S. 21 bis 23.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Für weitere Ergänzungen bitte gesondertes Blatt beilegen*



# Christliche Patientenvorsorge

durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung,  
Behandlungswünsche und Patientenverfügung

## Handreichung und Formular

der Deutschen Bischofskonferenz  
und des Rates der Evangelischen Kirche  
in Deutschland in Verbindung mit  
weiteren Mitglieds- und Gastkirchen  
der Arbeitsgemeinschaft Christlicher  
Kirchen in Deutschland

## Teil B: Bestimmungen für meine medizinische Behandlung

### I. Behandlungswünsche und Patientenverfügung

1. Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann und ich mich entweder aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess oder im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, verfüge ich durch Ankreuzen Folgendes:

- Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Beschwerden, wie z. B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit, gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendigen Maßnahmen eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.
- Es soll keine künstliche Ernährung durch ärztliche Eingriffe (z. B. weder über eine Sonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, noch über die Venen) erfolgen. Hunger soll auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.
- Künstliche Flüssigkeitszufuhr soll nach ärztlichem Ermessen reduziert werden. Durstgefühl soll auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Flüssigkeitsaufnahme und Befeuchtung der Mundschleimhäute.
- Wiederbelebungsmaßnahmen sollen unterlassen werden.
- Auf künstliche Beatmung soll verzichtet werden, aber Medikamente zur Linderung der Atemnot sollen verabreicht werden. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- Es soll keine Dialyse durchgeführt werden bzw. eine schon eingeleitete Dialyse soll eingestellt werden.
- Es sollen keine Antibiotika mehr verabreicht werden.
- Auf die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen soll verzichtet werden.
- Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und ambulant zu Hause nicht durchgeführt werden können.
- Wenn möglich, möchte ich zu Hause bleiben können und hier die notwendige Pflege erhalten.
- Wenn ich nicht zu Hause bleiben kann, möchte ich in folgende/s Krankenhaus / Hospiz / Pflegeeinrichtung eingeliefert werden:

---

---



# Vorsorge für UNFALL KRANKHEIT ALTER

durch  
Vollmacht  
Betreuungsverfügung  
Patientenverfügung



## PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich, \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,  
bestimme ich Folgendes:

Zureffendendes  
habe ich hier angekreuzt  
bzw. unten beigefügt

### 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

\_\_\_\_\_  
Vergleichbar, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

### 2. In allen unter Nummer 1 beschrieben und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

### 3. In den unter Nummer 1 beschrieben und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todessintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen

# Patientenverfügung

Bundesministerium der Justiz



**Leiden – Krankheit – Sterben**

Wie bestimme ich, was **medizinisch** unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin?



## Die Textbausteine für eine schriftliche Patientenverfügung

### 2.1. Eingangsformel

Ich... (Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in) bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann...

### 2.2. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

- ich mich allerWahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde...
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist...
- ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) allerWahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit z.u Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist<sup>1</sup>.

# Inhalt einer Patientenverfügung

---

Behandlungs-  
situationen



Behandlungs-  
wünsche

# Inhalt einer Patientenverfügung

---



Behandlungssituationen

- Sterbeprozess
- Endstadium einer zum Tode führenden Erkrankung
- Dauerhafter Verlust des Bewusstseins
- Fortgeschrittene Demenzerkrankung
- ...

# Inhalt einer Patientenverfügung

---

- Schmerzbehandlung
- Lebensverlängernde Maßnahmen
  - Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr
  - Reanimation
  - Künstliche Beatmung
  - Dialyse
  - Antibiotika
  - ...



Behandlungswünsche

# Empfehlungen

---

- Sehen Sie sich mehrere Formulare an
- Sprechen Sie mit Ihrer Familie
- Sprechen Sie mit einem Arzt Ihres Vertrauens
- Kombinieren Sie die Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung
- Überprüfen Sie in regelmäßigen die Aktualität Ihres verfügten Willens und bestätigen Sie diese durch erneute Unterschrift



Suchen >>

Zurück | Home » Medizinische Versorgung » Klinisches Ethikkomitee » Medizinethische Themen

Notfall

Für Patienten

Für Besucher

Für Ärzte

Kliniken

Serviceeinrichtu

Pflegedienst

Klinisches Ethikkomitee

Mitglieder

Veranstaltungen

Medizinethische Themen

## Medizinethische Themen

www.kek.med.uni-goettingen.de

- **Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis**  
Die Empfehlungen geben Patienten und Ärzten eine Hilfestellung bei Fragen im Zusammenhang mit dem Lebensende und dem Wunsch nach einem menschenwürdigen Sterben.
- **Betreuungsrecht**  
Informationsbroschüre des Bundesministeriums der Justiz zum Betreuungsrecht mit Informationen und Vordrucken zu Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.
- **Patientenverfügung**  
Informationsbroschüre des Bundesministeriums der Justiz mit Textbausteinen zum Erstellen einer individuellen Patientenverfügung.
- **Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter**  
Broschüre des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz mit Informationen und Vordrucken zur Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung.
- **Christliche Patientenvorsorge**  
Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland

Hinweis: Eine Liste aller in Deutschland veröffentlichten Vordrucke für Patientenverfügungen finden Sie im Internet unter [ETHIKZENTRUM.de](http://ETHIKZENTRUM.de)



# Kontaktadresse

---

PD Dr. Alfred Simon

Geschäftsstelle des Klinischen Ethikkomitees  
der Universitätsmedizin Göttingen

Humboldtallee 36  
37073 Göttingen

Tel. 0551 / 39-9680

E-Mail: [kek@med.uni-goettingen.de](mailto:kek@med.uni-goettingen.de)

Internet: [www.kek.med.uni-goettingen.de](http://www.kek.med.uni-goettingen.de)