

DIAKO PATIENT



Patientenverfügung



DIAKO

Evangelisch-Lutherische Diakonissenanstalt
zu Flensburg

Von guten Mächten wunderbar geborgen,
erwarten wir getrost,
was kommen mag.
Gott ist bei uns am Abend
und am Morgen,
und ganz gewiss an jedem neuen Tag.

Dietrich Bonhoeffer



Impressum

Herausgeber: Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg

Text und Gestaltung: Ethikreferat

Foto: Ole Michel

Druck: Druckhaus Leupelt, 4. Auflage

Die in den Texten verwendete männliche Wortform schließt immer die weibliche Form mit ein.
Schutzgebühr: 3,- Euro.

Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers.
Im Internet zum Herunterladen: www.diako.de

Der Titel zeigt fünf der 54 Motivtafeln des Werkes „Ein Weltbild“ von Hans-Ruprecht Leiß, 2009 (Vorraum der DIAKO-Kirche).

Das Foto oben zeigt die Skulptur „Ein Menschenpaar“ von Siegbert Amler (Warteraum der OP-Intensivstation der DIAKO).

VORWORT

Die fortschreitende Ausweitung der medizinischen Möglichkeiten wirft Fragen auf, ob die Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Lebenserhaltung in jeder Lebensphase gleichermaßen geboten ist.

Mit einer Patientenverfügung haben Sie die Möglichkeit, die Anwendung medizinischer Verfahren in Ihrer letzten Lebensphase mitzubestimmen. Sie können dafür Sorge tragen, in dieser Phase des Lebens Ihren Vorstellungen gemäß behandelt zu werden.

Falls Sie in eine Situation geraten, in der Sie nicht in der Lage sind, selbst über medizinische Maßnahmen zu entscheiden, ist diese von Ihnen verfasste Patientenverfügung für jeden, der an Ihrer Behandlung teilnimmt (z.B. Arzt, Pflegefachkraft), verbindlich, sofern Sie nicht rechtlich Verbotenes (z.B. aktive Sterbehilfe) fordern. Dieser Vorschlag einer Patientenverfügung der DIAKO möchte Ihnen helfen, einen Weg zwischen unzumutbarer Lebensverlängerung und nicht verantwortbarer Lebensverkürzung zu gehen.

Diese Patientenverfügung soll als Entscheidungshilfe dienen, sowohl für Ihre eigene Urteilsbildung, als auch für jeden, der einmal für Sie entscheiden muss. Dies kann eine von Ihnen bevollmächtigte Vertrauensperson (**Bevollmächtigter**) sein oder ein vom Gericht bestellter **Betreuer**, der in Ihrem Sinne tätig werden soll. Jede medizi-

nische Behandlung erfolgt unter Achtung Ihrer Persönlichkeit, Ihres Willens und Ihrer Rechte, insbesondere Ihres Selbstbestimmungsrechtes.

Sollten Sie aktuell an einer lebensverkürzenden Krankheit leiden wie z.B. Krebs, Herzschwäche oder an einer neurologischen Erkrankung (ALS, MS), raten wir Ihnen, sich über den möglichen Verlauf dieser Erkrankung zu informieren und diese Patientenverfügung (siehe Seite 3 der Patientenverfügung: eigene Beschreibung der Anwendungssituation) unter dem Gesichtspunkt Ihrer persönlichen Situation auszufüllen. Informieren Sie sich über Behandlungsmöglichkeiten und deren Konsequenzen. Nutzen Sie den Raum für persönliche Anmerkungen!

Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Aufgrund der unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten empfehlen wir ein Beratungsgespräch mit Ihrem Haus- bzw. Facharzt.

Flensburg, 2019
Ethikreferat der DIAKO Flensburg

Name, Vorname:

Geboren am:

Wohnhaft in:

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Wohnort)

Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen

Bevor Sie Ihre Patientenverfügung verfassen, nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um über Ihre Wertvorstellungen nachzudenken. Wenn Sie persönliche Wertvorstellungen, Einstellungen zum eigenen Leben und Sterben und religiöse Anschauungen schriftlich niederlegen, können diese als Ergänzung und Auslegungshilfe Ihrer Patientenverfügung dienen. Dies gilt insbesondere, wenn eine Patientenverfügung noch „in gesunden Tagen“ erstellt wird.

Als Anregung können folgende Fragen helfen:

- Welche Bedeutung hat für mich die Länge meines Lebens und was bin ich bereit, dafür in Kauf zu nehmen?
- Wie empfinde ich mein Leben, wenn ich viele Einschränkungen und Beschwerden hinnehmen muss und vielleicht von Anderen abhängig bin?
- Was ist meine schlimmste Vorstellung?
- Wovor habe ich Angst im Hinblick auf mein Sterben?
- Was bedeutet mir mein Glaube/meine Spiritualität angesichts von Leid und Sterben?
- Was kommt für mich nach dem Tod?

Ihre persönlichen Anmerkungen:

Damit Ihr Wille deutlich wird, bitten wir Sie, den entsprechenden Kasten anzukreuzen.

JA NEIN JA NEIN
 oder

Selbstverständlich können Sie im Text Ergänzungen oder Streichungen vornehmen.

1. Diese Patientenverfügung gilt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden und/oder verständlich äußern kann. Dieses gilt für folgende Situationen:

Wenn ich mich nach ärztlicher Prognose aller Wahrscheinlichkeit nach im unabwendbaren unmittelbaren **Sterbeprozess** befinde.

JA NEIN

Wenn ich mich im **Endstadium** einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

JA NEIN

Wenn zwei auf diesem Gebiet erfahrene Fachärzte unabhängig voneinander zu der Auffassung gelangen, dass aufgrund einer schweren **Gehirnschädigung** meine grundlegenden menschlichen Fähigkeiten aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind. Die genannten **menschlichen Fähigkeiten** betreffen die Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Dies gilt sowohl für direkte Gehirnschäden (z.B. durch Unfall mit Schädel-Hirn-Verletzung, Schlaganfall, Hirnblutung, Entzündung) als auch für eine indirekte Gehirnschädigung (z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen).

JA NEIN

Dabei ist mir bewusst, dass in solchen Situationen

- die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann,
- ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, wenn auch äußerst unwahrscheinlich ist,
- der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenz-Erkrankung, oder wenn meine bewusste Wahrnehmungsfähigkeit erheblich eingeschränkt ist) auch mit andauernder Hilfestellung nicht in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

JA NEIN

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

.....
.....

Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.

2. Festlegung zur Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen. Für alle unter Punkt 1 genannten Situationen lege ich folgendes fest:

A. Ich wünsche, dass alles medizinisch Notwendige getan wird, um mich am Leben zu erhalten, einschließlich der Versuche der Wiederbelebung.

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hierzu gehören alle technischen Hilfen wie:

Beatmung

eigene Erläuterung des Umfangs:

.....

.....

.....

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herz-Kreislauf-Unterstützung

eigene Erläuterung des Umfangs:

.....

.....

.....

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nierenersatzverfahren (Dialyse)

eigene Erläuterung des Umfangs:

.....

.....

.....

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr (Magensonde, PEG oder intravenös), eigene Erläuterung des Umfangs:

.....

.....

.....

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Ich wünsche auf die Einleitung (z.B. Versuche der Wiederbelebung) oder Aufrechterhaltung ärztlicher Maßnahmen, die allein der Lebensverlängerung dienen, zu verzichten und sterben zu dürfen, auch wenn der Tod noch nicht absehbar ist.

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für den Fall, dass in der von mir beschriebenen Lebens- und Behandlungssituation eine der vorgenannten Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein sollte, widerrufe ich meine Einwilligung in die Aufrechterhaltung dieser Maßnahmen und verlange deren Einstellung. Dies gilt ausdrücklich auch für alle Maßnahmen, die bereits vor der aktuellen Erkrankung begonnen wurden.

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mir ist bewusst, dass dieselben medizinischen Maßnahmen sowohl unter einem heilenden (kurativen) als auch unter einem symptomlindernden (palliativen) Gesichtspunkt durchgeführt werden können. Daher bitte ich, weiterhin all die medizinischen Maßnahmen durchzuführen, die nach dem aktuellen Stand der palliativmedizinischen Forschung sinnvoll erscheinen, um mein Leiden zu lindern. Dies gilt, selbst wenn die Möglichkeit bestehen sollte, mein Leben hierdurch zu verkürzen.

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn nach einem angemessenen Zeitraum, spätestens aber nach zwei Wochen, das angestrebte Therapieziel nicht erreicht ist und auch nach Einschätzung von zwei erfahrenen Fachärzten kaum noch eine Chance besteht, dass sich mein Zustand relevant bessert, soll eine **Änderung des Therapieziels** mit Verlagerung des Schwerpunktes vom kurativ-heilenden auf den palliativ-beschwerdelindernden Schwerpunkt erfolgen.

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dann sind alle auch schon evtl. vor der akuten Erkrankung eingeleiteten lebensverlängernden Maßnahmen zu beenden.

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Zweifel bitte ich um die Einberufung einer klinischen Ethikberatung (ethisches Konsil).

Raum für Ihre persönlichen Anmerkungen:

3. Individuelle medizinische Entscheidungssituationen

Wenn Sie Träger eines ICD (Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator) sind, können Sie hier festlegen, ob dieser ausgestellt werden soll, wenn die Entscheidung für eine palliative Therapie getroffen wurde.

Mir ist bewusst, dass diese Entscheidung mein Leben verkürzen kann.

Ich möchte, dass der ICD ausgeschaltet wird.

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie an einer lebensverkürzenden Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium leiden und der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist, sollten Sie hier ausführen, wie Sie in einer lebensbedrohlichen Situation behandelt werden möchten.

.....

.....

.....

Ich verzichte auf lebensverlängernde und wiederbelebende Maßnahmen.

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Organspende

Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt.

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich stehe der Organspende positiv gegenüber.

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja:

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung als Organspender in Betracht und es müssen Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe,

- dann geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor, was bedeutet, dass auch intensivmedizinische Maßnahmen durchgeführt werden dürfen.
- dann gehen die Bestimmungen in dieser Patientenverfügung vor, auch wenn ich dann als Organspender nicht mehr in Betracht komme.

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Begleitung und Beistand

Ich wünsche eine Begleitung durch
(Bitte ankreuzen)

- meine Familie/Angehörigen:
- einen Seelsorger:
- einen Hospizdienst:
-

6. Entbindung der Schweigepflicht

Ärzte sind an die Schweigepflicht gebunden und dürfen ohne Ihr Einverständnis Dritten gegenüber – auch gegenüber Familienangehörigen – nicht über Ihre Krankheit und die Behandlung sprechen. Benennen Sie bitte die Personen, denen Auskunft gegeben werden darf:

Name, Vorname:	Name, Vorname:
Anschrift:	Anschrift:
Telefon/Mobil:	Telefon/Mobil:

7. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine Vertretung – z.B. Bevollmächtigte/Betreuer – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

JA

Sollte ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertretung (z.B. Bevollmächtigte/Betreuer) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

JA

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

meiner/m Bevollmächtigten meiner Betreuerin/meinem Betreuer

dem behandelnden Arzt

andere Person:

A. Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation (siehe Seite 2, Punkt 1 dieser Patientenverfügung) eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

JA

oder

B. Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. **Wenn aber** der Arzt, das Behandlungsteam, mein Bevollmächtigter oder mein Betreuer aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht be-

handelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

JA

Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- meiner/m Bevollmächtigten meiner Betreuerin/meinem Betreuer
 dem behandelnden Arzt
 andere Person:

8. Benennung von Vertrauenspersonen

Damit im Anwendungsfall Ihr beschriebener Wille auch umgesetzt werden kann, ist es ratsam, dass Sie von einer Person Ihres Vertrauens vertreten werden können. Daher sollten Sie eine Vorsorgevollmacht erstellen.

Sie sollten den Inhalt Ihrer Patientenverfügung mit der benannten Person/den benannten Personen Ihres Vertrauens besprechen.

Erklärung:

Ich habe zusätzlich zu dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

Bevollmächtigte(r) Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon/E-Mail:

Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon/E-Mail:

9. Erklärung zu meiner Patientenverfügung

Ich gebe diese Erklärung nach **sorgfältiger Überlegung** und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab. Die Bedeutung und Tragweite meiner Erklärung sind mir bewusst. Insbesondere ist mir bekannt, dass diese Verfügung meine Ärzte, Betreuer oder Bevollmächtigte bindet.

Mir ist auch klar, dass meine Entscheidung, in einer der oben genannten Lebens- und Behandlungssituationen die benannten ärztlichen Maßnahmen abzulehnen, dazu führen kann, dass sich meine **Lebenszeit verkürzt**.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. jährlich) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt, z.B. Veränderungen der Gesundheit.

Ort	Datum	Unterschrift

Zur Festlegung meines hier geäußerten Willens habe ich mich beraten lassen von (freiwillig):

Raum für Ihre persönlichen Anmerkungen:

Diese Klappkärtchen zum Ausschneiden sind für Ihre Briefftasche gedacht.



<p style="text-align: right;">Anschrift</p> <p style="text-align: right;">Name 2</p> <p style="text-align: right;">Anschrift</p> <p style="text-align: right;">Name 1</p> <p style="text-align: center;">Diese Patientenverfügung liegt bei:</p> <p>Hier knicken</p> <p>Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus – Flensburg </p> <p>Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich,</p> <p>....., geb.</p> <p>wohnhaft</p> <p>vorsorglich eine Patientenverfügung* Betreuungsverfügung* Vorsorgevollmacht* erstellt.</p> <p><small>* Bitte Nichtzutreffendes streichen</small></p>	<p style="text-align: right;">Anschrift</p> <p style="text-align: right;">Name 2</p> <p style="text-align: right;">Anschrift</p> <p style="text-align: right;">Name 1</p> <p style="text-align: center;">Diese Patientenverfügung liegt bei:</p> <p>Hier knicken</p> <p>Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus – Flensburg </p> <p>Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich,</p> <p>....., geb.</p> <p>wohnhaft</p> <p>vorsorglich eine Patientenverfügung* Betreuungsverfügung* Vorsorgevollmacht* erstellt.</p> <p><small>* Bitte Nichtzutreffendes streichen</small></p>
<p style="text-align: right;">Anschrift</p> <p style="text-align: right;">Name 2</p> <p style="text-align: right;">Anschrift</p> <p style="text-align: right;">Name 1</p> <p style="text-align: center;">Diese Patientenverfügung liegt bei:</p> <p>Hier knicken</p> <p>Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus – Flensburg </p> <p>Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich,</p> <p>....., geb.</p> <p>wohnhaft</p> <p>vorsorglich eine Patientenverfügung* Betreuungsverfügung* Vorsorgevollmacht* erstellt.</p> <p><small>* Bitte Nichtzutreffendes streichen</small></p>	<p style="text-align: right;">Anschrift</p> <p style="text-align: right;">Name 2</p> <p style="text-align: right;">Anschrift</p> <p style="text-align: right;">Name 1</p> <p style="text-align: center;">Diese Patientenverfügung liegt bei:</p> <p>Hier knicken</p> <p>Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus – Flensburg </p> <p>Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich,</p> <p>....., geb.</p> <p>wohnhaft</p> <p>vorsorglich eine Patientenverfügung* Betreuungsverfügung* Vorsorgevollmacht* erstellt.</p> <p><small>* Bitte Nichtzutreffendes streichen</small></p> 

Diese Klappkärtchen zum Ausschneiden sind für Ihre Brieftasche gedacht.



Tritt dieser Fall ein, bitte ich darum, zunächst

- alles medizinisch Sinnvolle zu tun.
- nur medizinische Maßnahmen zur Beschwerdelinderung durchzuführen.

In jedem Fall bitte ich, umgehend Kontakt aufzunehmen mit der von mir unten benannten **Vertrauensperson/bevollmächtigten Person.**

Name

Telefon

Anschrift

Tritt dieser Fall ein, bitte ich darum, zunächst

- alles medizinisch Sinnvolle zu tun.
- nur medizinische Maßnahmen zur Beschwerdelinderung durchzuführen.

In jedem Fall bitte ich, umgehend Kontakt aufzunehmen mit der von mir unten benannten **Vertrauensperson/bevollmächtigten Person.**

Name

Telefon

Anschrift

Tritt dieser Fall ein, bitte ich darum, zunächst

- alles medizinisch Sinnvolle zu tun.
- nur medizinische Maßnahmen zur Beschwerdelinderung durchzuführen.

In jedem Fall bitte ich, umgehend Kontakt aufzunehmen mit der von mir unten benannten **Vertrauensperson/bevollmächtigten Person.**

Name

Telefon

Anschrift

Tritt dieser Fall ein, bitte ich darum, zunächst

- alles medizinisch Sinnvolle zu tun.
- nur medizinische Maßnahmen zur Beschwerdelinderung durchzuführen.

In jedem Fall bitte ich, umgehend Kontakt aufzunehmen mit der von mir unten benannten **Vertrauensperson/bevollmächtigten Person.**

Name

Telefon

Anschrift



Vater unser im Himmel.
Geheiligt werde Dein Name.
Dein Reich komme.
Dein Wille geschehe,
wie im Himmel, so auf Erden.

Unser tägliches Brot gib uns heute.
Und vergib uns unsere Schuld,
wie auch wir vergeben unseren Schuldigern.
Und führe uns nicht in Versuchung,
sondern erlöse uns von dem Bösen.

Denn Dein ist das Reich
und die Kraft
und die Herrlichkeit
in Ewigkeit.
Amen



In guten Händen.



Ev.-Luth. Diakonissenanstalt Flensburg

Knuthstraße 1 · 24939 Flensburg

Telefon 0461 812-0

Internet www.diako.de

DIAKO 