

Palliativnetz Witten e.V.
Wiesenstr. 14
D-58452 Witten, 19.02.2014
☎ 02302 / 57093
✉ 02302 / 276724
eMail: thoens@sapv.de
www.Palliativnetz-Witten.de

Palliativnetz Witten e.V. • Wiesenstr. 14 • D-58452 Witten



Vorsorgeplanung

Die Vorsorgeplanung sollte immer **Patientenverfügung** und **Vorsorgevollmacht** umfassen. Dies stellen wir aus Sicht der Palliativmedizin zur Verfügung. Kein anderer Arzt hat soviel mit Sterbenden zu tun, wie Palliativmediziner, keiner ist so nah dran an den Wünschen, um die es bei der Vorsorgeplanung konkret geht. Wir stellen hier eine Vorsorgeplanung zur Verfügung, die grob das Folgende berücksichtigt:

Die meisten Menschen wollen

- leben, insbesondere auch bei Krankheiten, wenn es Aussicht auf Besserung des Zustandes gibt – auch mit den Möglichkeiten moderner Medizin.
- nicht leiden und umfassend die Möglichkeiten der Leidenlinderung (Schmerztherapie etc.) haben.
- die letzte Lebenszeit daheim verbringen, wenn dies geht
- dass ihre nächsten Angehörigen oder eine Vertrauensperson informiert und befragt wird.
- wenn es keine Aussicht auf Besserung gibt und der Geisteszustand dauerhaft und unwiederkehrbar schwerst gestört ist nicht den Möglichkeiten moderner Medizin ausgesetzt werden.
- Organe spenden

Wenn dies auch Ihre Meinung ist, dann sollten Sie auf Seite 2 oben Ihren Namen eintragen und auf Seite 6 den Namen Ihrer Vertrauensperson (bei mehreren Reihenfolge angeben) sowie unten Ihre Unterschrift. Sie können dieses Formular, welches die relevanten Textbausteine aus den Empfehlungen des Bundesjustizministeriums verwendet, gerne weitergeben und verbreiten. Das Palliativnetz Witten e.V. würde sich über eine kleine Spende bei Nutzung der Formulare freuen.

Informieren Sie Ihren Vorsorgebevollmächtigten über Ihre Einstellungen und wo sich das Formular befindet.

Gerne können Sie Kritik oder Lob senden an thoens@palliativnetz-witten.de.

Palliativnetz Witten e.V., Spendenkonto: IBAN: DE56452500350000692889, BIC: WELADED1WTN (Nr. 692889, Stadtsparkasse Witten, BLZ 45250035)

schriftliche Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Die folgende Verfügung gilt nicht für Unfallereignisse oder plötzliche Erkrankungen. Hier wünsche ich die zum jeweiligen Zeitpunkt mögliche Maximaltherapie. Folgezustände akuter Ereignisse sollen frühestens 6 Monate nach dieser Verfügung beurteilt werden.

1. Eingangsformel

Ich bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann nachfolgendes:

2. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit 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 in dieser Beurteilung erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (davon mind. ein Facharzt für Neurologie) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. **Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung [Zustandsbeurteilung als dauerhaft erst nach 1 Jahr, bis dahin Maximaltherapie]** ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen [Zustandsbeurteilung als dauerhaft erst nach ½ Jahr, bis dahin Maximaltherapie]. 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 unwahrscheinlich ist¹.
- ich infolge eines 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 nehmen². **Dabei ist mein Willen stets zu beachten – verweigere ich die Nahrungsaufnahme so ist dies als Willensäußerung zu akzeptieren.**

¹ Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkomapatienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein weitgehend eigenständiges Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

² Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

Palliativnetz Witten e.V., Spendenkonto: IBAN: DE56452500350000692889, BIC: WELADED1WTN (Nr. 692889, Stadtsparkasse Witten, BLZ 45250035)

3. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

Lebenserhaltende Maßnahmen

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Schmerz- und Symptombehandlung³

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.
- die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Künstliche Ernährung⁴

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

-dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt. Dies gilt nicht, wenn objektive Zeichen von Hunger /Durst entstehen und sich durch probeweise künstliche Ernährung bessern.

Künstliche Flüssigkeitszufuhr⁵

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr. Dies gilt nicht, wenn objektive Zeichen von Hunger /Durst entstehen und sich durch probeweise künstliche Ernährung bessern.

Wiederbelebung⁶

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.
- dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

³ Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in Extremsituationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. Indirekte Sterbehilfe).

⁴ 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 Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten.

⁵ Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u.a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann.

⁶ Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

Palliativnetz Witten e.V., Spendenkonto: IBAN: DE56452500350000692889, BIC: WELADED1WTN (Nr. 692889, Stadtparkasse Witten, BLZ 45250035)

Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf. Eine bereits laufende Beatmung soll in Vollnarkose abgeschaltet werden.

Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Weitere medizinische Verfahren

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eventuell in Zukunft mögliche weitere medizinische Verfahren, die nicht der Leidenslinderung dienen lehne ich ab. Dies betrifft in besonderer Weise Maßnahmen, die der intensivmedizinischen Versorgung zugeordnet werden.

Organspende:

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann **geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. Organentnahme nur in Vollnarkose.**

4. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen bzw. Personengruppen:
Meine gesamte Familie als auch Freunde, die mich noch einmal sehen möchten.

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

Palliativnetz Witten e.V., Spendenkonto: IBAN: DE56452500350000692889, BIC: WELADED1WTN (Nr. 692889, Stadtsparkasse Witten, BLZ 45250035)

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine Vertreterin soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder 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 Vertreterin erwarte ich, dass sie die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- 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.

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. **Für die Unterstellung eines Willenswechsels müssen objektive Zeichen vorhanden sein, die alle Beteiligten anerkennen.**

6. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen:

Diese Patientenverfügung umfasst auch eine Vorsorgevollmacht.

7. Schlussformel

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine ärztliche Aufklärung.

8. Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck gelesen, verstanden, anerkannt und unterschrieben.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

09. Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Palliativnetz Witten e.V., Spendenkonto: IBAN: DE56452500350000692889, BIC: WELADED1WTN (Nr. 692889, Stadtsparkasse Witten, BLZ 45250035)

10. Bevollmächtigung in Gesundheitsangelegenheiten:

Als Bevollmächtigten gem. § 1896 Abs. 2 BGB, der im Falle meiner Einwilligungsunfähigkeit ausdrücklich auch über lebenserhaltene medizinische Maßnahmen und meinen Aufenthaltsort entscheiden darf, bestimme ich:

Datum _____ Unterschrift _____

Palliativnetz Witten e.V., Spendenkonto: IBAN: DE56452500350000692889, BIC: WELADED1WTN (Nr. 692889, Stadtparkasse Witten, BLZ 45250035)