

DIAKO PATIENT

Patientenverfügung



DIAKO 

DIAKO

Ev.-Luth. Diakonissenanstalt
zu Flensburg



Impressum

Herausgeber:

Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg

Texte:

Ethikreferat:
Pastor Wolfgang Boten
Pastorin Susanne Dinse
Stephanie Wulff MAE
Dr. med. Friedrich von Velsen-Zerweck M.Sc.

Fotos:

Ole Michel

Gestaltung:

Peter J. Thomas

Druck:

Flensburg Avis Offset
3. Auflage

Anmerkungen: Die in den Texten verwendete männliche Wortform schließt immer die weibliche Form mit ein.

Die Schutzgebühr beträgt 2,- Euro.
Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Im Internet zum Herunterladen: www.diako.de

Die Abbildungen (Seite I) zeigen fünf der 54 Motivtafeln des Werkes "Ein Weltbild" von Hans-Ruprecht Leiß, 2009 (Vorraum der DIAKO-Kirche).

Seite III
zeigt die Skulptur "Ein Menschenpaar" von Siegbert Amler (Warteraum der OP-Intensivstation der DIAKO).



*“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



VORWORT

Viele Menschen wünschen sich - insbesondere für ihren letzten Lebensabschnitt - in Würde leben zu können. Dies bedeutet für sie, möglichst die Gemeinschaft mit lieben Menschen zu erfahren, bei belastenden Beschwerden gut versorgt zu werden und seelsorgerlichen Beistand zu erfahren. Als Einrichtung in christlicher Trägerschaft achten wir das Leben und die einzigartige Würde des Menschen als Gottes unantastbare Gabe, die auch im Sterben zu respektieren ist.

Zum verantwortlichen Leben gehört auch das Annehmen der eigenen Sterblichkeit. Wenn wir über unser Sterben nachdenken, kann uns das helfen, uns zu Gott hin zu öffnen, denn er hält unser Leben und Sterben in seinen guten Händen. Der christliche Glaube weiß sich von der Auferstehungshoffnung getragen.

Mit den Möglichkeiten der modernen Medizin kann der herannahende Tod eines Menschen aufgeschoben werden. Doch kommen ärztliche Maßnahmen irgendwann an eine Grenze, insbesondere dann, wenn erkannt werden muss, dass ein Mensch sich in einem unabwendbaren Sterbeprozess befindet. Aus dem Bemühen um Lebensverlängerung kann Leidens-Verlängerung werden. Hinzu kommen verschiedene Wertvorstellungen der Menschen. Daher ist es sinnvoll, sich **vorsorglich** für den Fall des Verlustes der Einwilligungsfähigkeit zu den dann (noch) gewünschten Behandlungsmöglichkeiten zu erklären.

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 entscheiden zu können, ist diese von Ihnen verfasste Patientenverfügung für jeden, der an Ihrer Behandlung teilnimmt (z. B. Arzt, Pflegefachkraft), verbindlich; soweit 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 medizinische Behandlung erfolgt unter Achtung Ihrer Persönlichkeit, Ihres Willens und Ihrer Rechte, insbesondere Ihres Selbstbestimmungsrechtes. Dabei ist für uns selbstverständlich, dass wir bei **jeder** Krankheit und in jedem Stadium dieser Erkrankung die für Sie belastenden Begleitsymptome wie Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Unruhe und Angst behandeln.

Sollten Sie aktuell an einer lebensverkürzenden Krankheit leiden wie z.B. Krebs, Herzschwäche oder neurologischen Erkrankung (ALS, MS), raten wir Ihnen, sich über den möglichen Verlauf dieser Erkrankung zu informieren und diese Patientenverfügung (siehe Seite 2 der Patientenverfügung: eigene Beschreibung der Anwendungssituation) unter dem Gesichtspunkt ihrer persönlichen Situation auszufüllen. Informieren sie sich über mögliche Behandlungsoptionen und daraus resultierende Konsequenzen. Nutzen sie den Raum für persönliche Anmerkungen!

Wir hoffen, dass die folgenden Seiten Ihnen helfen, Ihre Patientenverfügung zu formulieren. Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Aufgrund der Mannigfaltigkeit von Therapiemöglichkeiten raten wir zu einem Beratungsgespräch mit einem kundigen Arzt.

*Flensburg, Januar 2017
Ethikreferat der DIAKO Flensburg*

Name, Vorname:

Geboren am:

Wohnhaft in:

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Wohnort)

Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen

Bevor Sie Ihre Patientenverfügung verfassen, möchten wir Sie bitten inne zu halten, um sich zu fragen, welche Wertevorstellungen Sie in Ihrem Leben leiten. Dies unterstützt Ihre Entscheidungen, die sich aus Ihrer Patientenverfügung ergeben, besonders im Hinblick auf Ihren mutmaßlichen Willen.

Sie haben hier die Möglichkeit persönliche Anmerkungen zu Ihren Erfahrungen, Ihren Wünschen und Werten einzutragen, die für Sie eine besondere Bedeutung haben.

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 wäre die 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	oder	JA	NEIN
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

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

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

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 Schädelhirnverletzung, Schlaganfall, Hirnblutung, Entzündung) als auch für eine indirekte Gehirnschädigung (z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen).

Dabei ist mir bewusst, dass in solchen Situationen

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

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

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

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:

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

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"/>

Ich wünsche auf die Einleitung (z.B. Versuche der Wiederbelebung) oder Aufrechterhaltung ärztlicher Maßnahmen, die allein der Lebensverlängerung oder -erhaltung 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 2 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, so soll eine **Änderung des Therapieziels** mit Verlagerung des Schwerpunktes vom kurativ-heilenden auf den palliativ-beschwerdelindernden Schwerpunkt erfolgen. Dann sind alle, auch schon evtl. vor der akuten Erkrankung eingeleiteten lebensverlängernden Maßnahmen zu beenden.

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

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

Raum für Ihre persönlichen Anmerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Individuelle medizinische Entscheidungssituationen

Wenn Sie Träger eines Herzschrittmachers oder 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 Herzschrittmacher oder ICD ausgeschaltet wird.

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

Falls Sie an einer lebensverkürzenden Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium leiden (z.B. Krebs, Herzschwäche) und der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist, sollten Sie ausführen, wie Sie in einer Notfallsituation 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, es dürfen auch intensivmedizinische Maßnahmen durchgeführt werden.

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

- 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"/>

5. Aufenthalt

Ich wünsche bei akuter Verschlechterung meines Gesundheitszustandes:
(Bitte ankreuzen)

- in ein Krankenhaus verlegt zu werden
- zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung zu bleiben

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

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. Benennung einer Vertrauensperson

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 zumindest für Gesundheitsangelegenheiten erstellen. Empfehlenswert ist die Ausweitung der Vollmacht, auch auf Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten.

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

Ein Exemplar einer Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung ist dieser Patientenverfügung beigelegt.

Die Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung ist auch ohne eine Patientenverfügung gültig.

8. 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

Diese Klappkärtchen sind für Ihre Brieftasche gedacht.
Bitte an den Perforationen ausbrechen.

_____ Anschrift: Anschri

_____ Name: 2

_____ Anschrift:

_____ Name: 1

Diese Patientenverfügung liegt bei: hier knicken

Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus - Flensburg


Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich,

_____, geb. _____

wohnhaft _____
vorsorglich eine _____

Patientenverfügung* / Betreuungsverfügung*
Vorsorgevollmacht*

erstellt.

*Bitte Nichtzutreffendes streichen

_____ Anschrift: Anschri

_____ Name: 2

_____ Anschrift:

_____ Name: 1

Diese Patientenverfügung liegt bei: hier knicken

Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus - Flensburg


Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich,

_____, geb. _____

wohnhaft _____
vorsorglich eine _____

Patientenverfügung* / Betreuungsverfügung*
Vorsorgevollmacht*

erstellt.

*Bitte Nichtzutreffendes streichen


_____ Anschrift: Anschri

_____ Name: 2

_____ Anschrift:

_____ Name: 1

Diese Patientenverfügung liegt bei: hier knicken

Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus - Flensburg


Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich,

_____, geb. _____

wohnhaft _____
vorsorglich eine _____

Patientenverfügung* / Betreuungsverfügung*
Vorsorgevollmacht*

erstellt.

*Bitte Nichtzutreffendes streichen

_____ Anschrift: Anschri

_____ Name: 2

_____ Anschrift:

_____ Name: 1

Diese Patientenverfügung liegt bei: hier knicken

Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus - Flensburg


Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich,

_____, geb. _____

wohnhaft _____
vorsorglich eine _____

Patientenverfügung* / Betreuungsverfügung*
Vorsorgevollmacht*

erstellt.

*Bitte Nichtzutreffendes streichen

*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 