

Empfehlungen zur Patientenverfügung

Ärztékammer Nordrhein bietet Handreichungen für Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten

von Christina Hirthammer *

Wegen der zunehmenden Nachfrage von Ärztinnen und Ärzten sowie der Öffentlichkeit nach Hinweisen zu sogenannten Patiententestamenten, zur Bevollmächtigung von Personen für eine Patientenvertretung sowie zur vorsorglichen Abgabe von Betreuungswünschen hat der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein eine Handreichung verfasst, die der Ärzteschaft und bei Nachfrage auch Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung gestellt werden soll.

Die nachfolgend abgedruckten Dokumente dienen der Ärzteschaft als Muster zur Vorlage für Patientinnen und Patienten, die den Wunsch äußern, eine Verfügung zu verfassen, in der sie vorsorglich über ihre medizinische Versorgung und Behandlung, über eine Bevollmächtigung oder Betreuung Bestimmungen treffen können, wenn eine Situation eintreten sollte, in der sie selbst nicht mehr in der Lage sind, diese Bestimmungen zu treffen.

Entwickelt wurden Muster für eine sog. Patientenverfügung (*Muster 1*), für eine Bevollmächtigung in medizinischen Fragen (*Muster 2*) sowie für eine Betreuungsverfügung zur Vorlage beim Vormundschaftsgericht (*Muster 3*).

Mit der sogenannten Patientenverfügung bringt die Patientin oder der Patient ihren bzw. seinen Willen für den Fall zum Ausdruck, dass sie oder er nicht mehr in der Lage sein sollte, auf Grund unwiderruflichen Verlustes seiner Urteils- und Entscheidungsfähigkeit eine Bestimmung bezüglich der medizinischen

Versorgung und Behandlung selbst zu treffen.

Das nachfolgende Muster einer Patientenverfügung soll Anregungen zur Verfassung einer individuellen Willensbekundung geben.

Der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein empfiehlt, eine sogenannte Patientenverfügung (*Muster 1*) nur in Verbindung mit einem vorangegangenen ausführlichen ärztlichen Gespräch auf Wunsch des Patienten zu verfassen.

Die rechtliche Einordnung einer Patientenverfügung steht generell noch offen. Ihre Bewertung kann nur im Zusammenhang mit der Individualität des konkreten Falles vorgenommen werden. Wichtig für die rechtliche Zuordnung ist, dass die Verfügung zeitnah zum Krankheitsfall erstellt wurde und dass im konkreten Fall keine Umstände erkennbar sind, die einen anderslautenden Willen der Patientin oder der Patienten bekunden.

Sinnvoll ist es daher, im Hinblick auf den geäußerten oder mutmaßlichen Willen der Patientin bzw. des Patienten deren oder dessen persönliches Umfeld (Angehörige, Pflegepersonal, etc.) hinzuzuziehen. Letztendlich trifft aber die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die von ihr oder ihm zu verantwortende Entscheidung. Die Ärztin oder der Arzt sollten daher im individuellen Fall die Wünsche und Vorstellungen des Patienten berücksichtigen.

Patientenverfügungen bedürfen keiner besonderen Form. Es ist jedoch ratsam, sie schriftlich (auch handschriftlich) abzufassen und

persönlich zu unterschreiben. Das Dokument kann beispielsweise in der Krankenkartei der Hausärztin oder des Hausarztes aufbewahrt werden. Empfehlenswert ist außerdem, die Verfügungen in regelmäßigen Abständen erneut zu bestätigen, gegebenenfalls abzuändern oder zu ergänzen.

Die medizinische Patientenvertretung

Patientinnen und Patienten können sich in medizinischen Fragen auch vertreten lassen und eine Person ihres Vertrauens mit ihrer Interessenwahrnehmung bevollmächtigen (*Muster 2*). Die schriftliche Verfassung einer derartigen Bevollmächtigung dient dazu, sicherzustellen, dass die Wünsche und Wertvorstellungen der Patientinnen und Patienten bei der medizinischen Behandlung beachtet werden, wenn sie nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu äußern. Die Patientenvertretung kann beispielsweise durch die Ehe- oder Lebenspartnerin bzw. Ehe- oder Lebenspartner, Verwandte, Freundinnen und Freunde, aber auch durch die Hausärztin oder den Hausarzt oder einen Seelsorger erfolgen.

Die Betreuungsverfügung

Mit einer Erklärung nach *Muster 3* können die Patientinnen oder die Patienten – im Vorgriff auf eine mögliche Entscheidung durch das Vormundschaftsgericht – eine Person ihres Vertrauens benennen, die für den Fall der gerichtlichen Bestellung der gesetzlichen Betreuung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch die Belange der Patientin oder des Patienten in allen gerichtlichen und außergerichtlichen Fragen vertreten soll.

Soweit schriftliche Betreuungswünsche einer Patientin oder eines Patienten vorhanden sind, sind diese gemäß § 1901 a BGB bei Kenntnis von der Einleitung eines Verfahrens über die Bestellung eines Betreuers dem Vormundschaftsgericht zu übergeben. Manche Vormundschaftsgerichte sind auch bereit, eine Betreuungsverfügung zur Aufbewahrung anzunehmen.

Die Formulare für die Muster können bei der Ärztekammer Nordrhein (Rechtsabteilung, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf) angefordert werden. Sie sind auch im Internet unter www.aekno.de verfügbar. RhÄ

* Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu ist Justitiarin der Ärztekammer Nordrhein.



Muster 1

– Patientenverfügung –

„Mit dieser Verfügung bringe ich, _____
meinen Willen zum Ausdruck, für den Fall, dass ich in einen Lebenszustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Wünsche bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern.

Ich habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert und erkläre hiermit:

- Falls ich in einen Zustand dauernder Bewußtlosigkeit durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktion gerate oder wenn sonst lebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer ausfallen und ein eigenständiges Leben ohne 'Apparatemedizin' nicht mehr möglich ist, so bin ich mit einer Intensivtherapie oder Reanimation nicht einverstanden.
- Sollte sich nach einer Diagnose und Prognose von mindestens zwei Fachärzten ergeben, dass meine Krankheit zum Tode führen und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen bereiten wird, so wünsche ich keine weiteren diagnostischen Eingriffe und verzichte auf Maßnahmen mit Mitteln der Intensivtherapie, die nur noch eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten würden.
- Sollten meine normalen geistigen Funktionen so schwerwiegend und irreparabel geschädigt worden sein, dass für mich künftig kein selbstbestimmtes und kommunikationsfähiges Leben möglich ist, so lehne ich es ab, dass meine Lebensfunktionen mit allen zur Verfügung stehenden medizinischen Mitteln aufrecht erhalten werden.

Ich möchte in Würde sterben.

Wenn ich die Ärztinnen/Ärzte bitte, das Recht auf einen mir gemäßen Tod zu achten, so heißt dies nicht, dass ich damit die ärztliche Hilfe und Behandlung in der Form ausreichender Behandlung, Medikation und Betreuung zur Leidensminderung ablehne. Vielmehr setze ich mein Vertrauen in eine von der Ärztin oder dem Arzt anzuordnende Schmerzlinderung, auch wenn diese zur Bewusstseinsausschaltung oder zu nicht beabsichtigten Nebenwirkungen führt.

Ich wünsche mir, dass die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt bei der erforderlichen medizinischen Behandlung die von mir benannte Vertrauensperson zur Beratung hinzuzieht.

Name: _____ Adresse: _____

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.“

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____



ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Muster 2

- Bevollmächtigung in medizinischen Fragen (Patientenvertretung) - gemäß § 1896 II S. 2 BGB

„Sollte ich, _____
auf Grund einer Krankheit oder eines Unfalls meine Wünsche bezüglich der medizinischen Behandlung meiner Person nicht mehr selbst äußern können, so bevollmächtige ich folgende Person, mich in allen medizinischen Fragen zu vertreten.
In diesem Zusammenhang entbinde ich die Ärztin bzw. den Arzt von der Schweigepflicht der/dem Bevollmächtigten gegenüber.“

Bevollmächtigte/r (Name): _____

Adresse/Tel.: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Für den Fall, dass die von mir benannte Person in der konkreten Situation nicht in der Lage sein sollte, diese Aufgabe zu übernehmen, so benenne ich folgende Person ersatzweise zu meinem Patientenvertreter/in.

Ersatzbevollmächtigte/r (Name): _____

Adresse/Tel.: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Mit seiner Unterschrift bestätigt die/der Bevollmächtigte bzw. die/der ersatzweise Bevollmächtigte, dass sie/er von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen hat. Sie/Er sichert mir damit zu, sich dafür einzusetzen, dass im Falle meiner Entscheidungsunfähigkeit meine Wünsche und Wertvorstellungen respektiert werden.“

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.“

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____

Ärztekammer Nordrhein, Rechtsabteilung, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf,
Tel.: 0211-4302-255, Fax: 0211/4302-406



ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Muster 3

- Betreuungsverfügung zur Vorlage beim Vormundschaftsgericht -

„Sollte ich, _____
nicht mehr in der Lage sein, durch körperliche oder geistige Erkrankung meine Geschäftsfähigkeit vorübergehend oder dauerhaft aufrechtzuerhalten, so möchte ich, dass die/der von mir benannte (Betreuer/in) meine Wünsche und Belange vertritt.

Ich verfüge hiermit, dass im Falle der Notwendigkeit der Betreuung gemäß § 1897 IV Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) die/der folgende Bevollmächtigte zu meiner/m gesetzlichen Betreuer/in bestellt werden soll:

Name: _____

Adresse/Tel.: _____

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____

Sollte die/der Bevollmächtigte in der konkreten Situation außer Stande sein, diese Aufgabe wahrzunehmen, so benenne ich folgende Person ersatzweise zur/zum bevollmächtigten Betreuer/in:

Ersatzbevollmächtigte/r: _____

Adresse/ Tel.: _____

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____

Mit seiner Unterschrift bestätigt die/der Bevollmächtigte bzw. die/der Ersatzbevollmächtigte, dass sie/er meine Wünsche und Wertvorstellungen kennt und demgemäß in allen gerichtlichen und außergerichtlichen Angelegenheiten für mich sprechen wird.

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.“

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____

Ärztekammer Nordrhein, Rechtsabteilung, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf,
Tel.: 0211-4302-255, Fax: 0211/4302-406