

Institut für Ethik in der Praxis e.V.

VOLLMACHT IN GESUNDHEITSANGELEGENHEITEN FÜR DIE MEDIZINISCHE UND PFLGERISCHE BETREUUNG

Es gehört zur ethischen Tradition des ärztlichen Berufes, sich für den ganzen Menschen und nicht nur für die Symptome von Krankheiten verantwortlich zu wissen. Ärzte sind aus diesem Grunde arztrechtlich verpflichtet, Patienten über geplante Diagnosen und Behandlungen aufzuklären und die Zustimmung einzuholen. Eine Orientierung am Patientenwillen ist jedoch schwierig oder unmöglich, wenn Sie zeitweise oder längere Zeit, bedingt durch Krankheit oder Nebenwirkungen, nicht in der Lage sind, Informationen zu verstehen und Behandlungen zuzustimmen oder abzulehnen. In Sonderfällen, die Sie vermeiden sollten, werden Ärzte sich an das Gericht wenden mit der Bitte, einen Betreuer für Sie einzusetzen, der dann stellvertretend für Sie entscheidet.

Es ist deshalb in Ihrem Interesse, dass Sie selbst einen Bevollmächtigten benennen, der Sie gut kennt und für Sie sprechen kann. Der beiliegende Vordruck einer Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten gibt Ihnen die Möglichkeit, diese Person Ihres Vertrauens zu bestimmen und gleichzeitig Bevollmächtigte und Ärzte über Ihre Werte und Wünsche zu informieren. Ärzte und Bevollmächtigte sind rechtlich verpflichtet, sich bei medizinischen und pflegerischen Entscheidungen an Ihren Festlegungen zu orientieren.

Überlegen Sie genau, wen Sie beauftragen, auch ob und wie Sie sich inhaltlich festlegen. Lassen Sie sich Zeit und wählen Sie aus den Textbausteinen diejenigen aus, die Ihrem Wunsch- und Wertbild besonders entsprechen. Beschäftigen Sie sich auch mit der Frageliste zu Ihren heutigen und künftigen Wünschen und Erwartungen. Sprechen Sie in der Familie und mit Freunden über Ihre Selbsteinschätzung und Ihre persönliche Gesundheitsvollmacht.

Zusätzliches Vorbereitungsmaterial finden Sie in der Broschüre "*Die persönliche Patientenverfügung*"¹, weitere Formularentwürfe im "*Ratgeber Patientenverfügung*"²; beide Publikationen sind im Lit-Verlag, Münster, erschienen und können über den Buchhandel bezogen werden.

Bitte versäumen Sie auch nicht, mit einem Arzt Ihres Vertrauens über Ihre persönliche Gesundheitsvollmacht zu sprechen und sich beraten zu lassen. Übereilen Sie nichts, aber verschieben Sie diese für Sie wichtigen Gespräche und Entscheidungen auf keinen Fall.

Prof. Dr. med. Rita Kielstein
Prof. Dr. phil. Hans-Martin Sass

¹ Kielstein, Rita; Sass, Hans-Martin: *Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch zur Vorbereitung*. Fünfte, überarbeitete und erweiterte Auflage. Münster: Lit-Verlag 2005

² Jacobi, Thorsten; May, Arnd; Kielstein, Rita; Bienwald, Werner: *Ratgeber Patientenverfügung. Vorgedacht oder selbstverfasst?* Fünfte, aktualisierte Auflage. Münster: Lit-Verlag 2005

Institut für Ethik in der Praxis e.V.
Hohenzollernstr. 76, 45659 Recklinghausen
Telefon: +49 (0) 700 / 24638445 | Telefax: +49 (0) 2361 / 17121
Konto-Nr.: 90211004 | BLZ: 426 501 50
E-Mail: vorstand@ethik-in-der-praxis.de | Internet: <http://www.ethik-in-der-praxis.de>

MEINE PERSÖNLICHE EINSTELLUNG ZU GRENZSITUATIONEN IM LEBEN

Fragen für heute (aktuelle Selbstbewertung) und für später (künftige Selbstbestimmung)

Wir alle wissen, dass sich unser Wert- und Weltbild ändern kann, vor allem auch unter dem Einfluss künftiger Erfahrungen und Erlebnisse. Einige von uns möchten sich deshalb nicht genau festlegen; andere wiederum sind sich der wichtigsten Werte und Wünsche sehr sicher und wollen, dass diese Werte und Wünsche handlungsleitend und bindend für andere sind. Die folgenden Fragen sollen Ihnen helfen, sich über Ihre Werte und Wünsche klar zu werden, die im Falle von Unfähigkeit zur eigenen Entscheidung handlungsleitend sein könnten.

Streichen Sie die von Ihnen gewünschte Bewertung an, zuerst nach der jetzigen Wichtigkeit (Zahlen 1 bis 5) und danach nach der künftigen Verbindlichkeit (Buchstaben A bis E). Wägen Sie sorgfältig ab und diskutieren Sie auch diese Abwägungen mit einem Arzt Ihres Vertrauens. Aktuell wichtig: 1 = sehr wichtig; 2 = wichtig; 3 = je nach Situation; 4 = kann ich nicht entscheiden; 5 = nein. Verbindlich für die Zukunft: A = unbedingt wichtig; B = wichtig; C = je nach Situation; D = kann ich nicht entscheiden; E = nein.

	aktuell wichtig	zukünftig wichtig
1. Ich möchte solange leben wie möglich,	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
solange ich einigermaßen gesund bin	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
solange eine Aussicht auf Besserung besteht	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn ich für immer bewusstlos bin	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn ich geistig unzurechnungsfähig bin	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn ich dem Tode nahe bin	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn ich ständig die Hilfe anderer benötige	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
2. Ich möchte ohne Leiden und Schmerzen sein	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn die Behandlung die Klarheit des Denkens beeinträchtigt	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn die Behandlung mich müde und schläfrig macht	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn die Behandlung unbeabsichtigt meine Lebensspanne verkürzt	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
3. Ich wünsche menschlichen und medizinischen Beistand im Sterben	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn die Medikamente mich müde und schläfrig machen	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn die Medikamente meine Lebensspanne verkürzen	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
auch wenn die Medikamente direkt ¹ meinen Tod herbeiführen	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
4. Bei unheilbarer Krankheit und Erwartung stark eingeschränkter Lebensqualität		
wünsche ich umfassende Aufklärung	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
sollen meine Betreuer/Bevollmächtigter umfassend aufgeklärt werden	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
soll meine Familie umfassend informiert werden	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
5. Wenn meine letzte Stunde gekommen ist, möchte ich		
in vertrauter Umgebung sein	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
im Kreis meiner Lieben sein	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
dort sein, wo medizinische und menschliche Betreuung gesichert ist	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E
6. Man soll sich an meinen Bewertungen und Wünschen orientieren	1,2,3,4,5	A,B,C,D,E

¹ Die Verabreichung von Medikamenten mit dem Ziel der Tötung (aktive Euthanasie) ist in der Bundesrepublik Deutschland verboten.

PERSÖNLICHE GESUNDHEITSVOLLMACHT VON

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift)

Ich bitte um ärztliche und pflegerische Behandlung und Hilfe unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Heilung von Krankheit und Linderung von Beschwerden. Ich bitte meine Ärzte, mir alle medizinischen Maßnahmen zu erklären und jeweils meine Zustimmung einzuholen.

Sollte ich wegen meiner Krankheit oder wegen Komplikationen bei der Behandlung zeitweise oder länger nicht zustimmen oder ablehnen können, dann bevollmächtige¹ ich hiermit gemäß § 1896 II BGB:

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax, Email)

stellvertretend für mich entsprechend meinen persönlichen Werten und Wünschen mit meinen Ärzten und allen, die für mich verantwortlich sind, zu sprechen und medizinischen und pflegerischen Behandlungen zuzustimmen oder abzulehnen; ich entbinde insofern meine Ärzte von der Schweigepflicht. Sollte der/die von mir benannte Bevollmächtigte in Gesundheitsangelegenheiten die Vertretung nicht wahrnehmen wollen oder können, so bevollmächtige ich ersatzweise nacheinander in folgender Reihenfolge:

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax, Email)

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax, Email)

Ich bitte darum, folgende Personen nicht mit stellvertretenden Entscheidungen zu belasten:

Ich habe die auf der Rückseite abgedruckten Festlegungen zur Formulierung einer persönlichen Einstellung zu Werten und Wünschen für Gesundheit und Krankheit und für medizinische und pflegerische Behandlung gelesen. Insbesondere die folgenden Festlegungen sind geeignet, meine Werte, Wünsche und Hoffnungen auszudrücken, an denen sich alle, die für mich entscheiden, orientieren sollen:

_____ (tragen Sie hier die Nummern der Ihnen zusagenden Bausteine ein).

Ich bitte alle, die für mich Verantwortung tragen, sich an dieser sehr persönlichen Auswahl als Ausdruck meines Patientenwillens zu orientieren. Ich kann diese Vollmacht und die Auswahl der Bausteine jederzeit widerrufen und werde das auch tun, wenn sich meine Wünsche und Werte geändert haben oder wenn ich eine andere Vertrauensperson bevollmächtigen möchte.

(Ort, Datum, Unterschrift des Verfassers)

¹ In § 1896 II der Bürgerlichen Gesetzbuches wird die Erteilung einer Vollmacht für stellvertretende Entscheidungen geregelt. Eine Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten ist rechtsverbindlich und kann bei Missachtung gerichtlich durchgesetzt werden; vgl. BGB § 1896 II 2; BGB § 1904 Abs I BGB; Bundesgerichtshof XII.ZB.2/03. Dieses Formular eignet sich zur Bevollmächtigung einer Person des Vertrauens für den Fall, dass man zeitweise oder länger nicht selbst entscheiden kann. Wenn keine Vollmacht erteilt ist, muss das Amtsgericht notfalls einen Betreuer einsetzen. - Bitte besprechen Sie Ihre Auswahl unter den Textbausteinen mit einem Arzt Ihres Vertrauens und mit der(n) von Ihnen bevollmächtigten Person(en). Wenn Sie keine Textauswahl treffen, wird die Person Ihres Vertrauens nach Beratung mit dem Arzt in Ihrem besten Interesse ohne die Hilfe von einem oder mehreren dieser Formulierungsbausteine entscheiden müssen. Auf der Rückseite ist auch Platz für eigene Formulierungen.

FESTLEGUNGEN ZUR BERÜCKSICHTIGUNG MEINES PATIENTENWILLENS

1. Ich möchte solange leben wie möglich; auch Leiden und Beschwerden ertrage ich, solange ich nur leben kann.
2. Ein langes Leben wünsche ich mir nur bei guter Lebensqualität; Leiden und Beschwerden ertrage ich nicht gern; ich bin auch nicht gern von anderen abhängig.
3. Ich wünsche auf alle Fälle, dass man mir meine Schmerzen nimmt, auch Unruhe, Angst, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen und Schlaflosigkeit wirksam behandelt.
4. Bei starken Schmerzen und anderen Leiden (zum Beispiel Angst, Übelkeit, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Verstopfung) bitte ich um wirksame Behandlung, auch wenn sich dadurch mein Bewusstsein trüben oder meine Lebensdauer eventuell verkürzen sollte.
5. Wenn ich an einer unheilbaren Krankheit oder für mich sehr belastenden Beschwerden leide, dann wünsche ich, dass man den natürlichen Verlauf der Krankheit respektiert und nicht alles medizinisch noch Mögliche tut, den Leidensprozess zu verlängern; in jedem Fall wünsche ich eine wirksame Schmerztherapie.
6. Wenn ich wegen meiner Krankheit stark verwirrt bin, Familie und Freunde nicht mehr erkenne oder mich nicht mehr äußern kann und keine Besserung in Sicht ist, dann bitte nur noch um eine Behandlung von Schmerzen und anderen Leiden sowie um eine gute menschliche und pflegerische Betreuung.
7. Ich möchte immer genau wissen, wie es um mich steht; auch sehr schlechte Nachrichten sind mir lieber als die Ungewissheit.
8. Ich bitte, auf meine Ängste und Schwächen Rücksicht zu nehmen und mich nicht über alles Negative oder über die Unheilbarkeit einer bald zum Tode führenden Krankheit aufzuklären, wohl aber den Personen meines Vertrauens alles genau und wahrheitsgemäß zu sagen und mit ihnen zu beraten.
9. Wenn ich unheilbar krank bin und keinen Hunger und Durst habe, dann will ich auch nicht künstlich ernährt oder mit Flüssigkeit versorgt werden; dann soll man der Krankheit ihren Lauf lassen und nur Schmerzen, Beschwerden und Leiden behandeln.
10. (Wenn Sie wollen, sollten Sie hier besondere Wünsche und Hinweise an Ihren Bevollmächtigten und Ihre Ärzte selbst formulieren):
