

PATIENTEN-TESTAMENT mit VORSORGEVOLLMACHT

(in Anlehnung an den verfassten Text von Prof. Dr. Wilhelm Uhlenbruck)

6 Seiten nummeriert gesamt, 3 Seiten Patiententestament, 3 Seiten Vorsorgevollmacht!!

Präambel

Es gibt eine **Entscheidung des BGH** in Zivilsachen zur Patientenverfügung (Beschluss vom 17. März 2003 - XII ZB 2/03). In seinem Beschluss hat der BGH die Bedeutung der Patientenverfügung unterstrichen.

*"Sei ein Patient einwilligungsunfähig und habe sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so müssten lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor - etwa in Form einer sog. **Patientenverfügung** - geäußerten Willen entspreche. Dies folge aus der Würde des Menschen, die es gebiete, sein in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage sei. Nur wenn ein solcher erklärter Wille des Patienten nicht festgestellt werden könne, beurteile sich die Zulässigkeit solcher Maßnahmen nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten, der dann individuell - also aus dessen Lebensentscheidungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen - zu ermitteln sei."*

*"Ist jedoch für den Patienten ein **Betreuer** bestellt, so habe dieser dem Patientenwillen gegenüber Arzt und Pflegepersonal in eigener rechtlicher Verantwortung Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Seine Einwilligung in eine ärztlicherseits angebotene lebenserhaltende oder -verlängernde Behandlung könne der **Betreuer jedoch nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts** wirksam verweigern. Für eine Einwilligung des Betreuers und eine Zustimmung des Vormundschaftsgerichts sei allerdings kein Raum, wenn ärztlicherseits eine solche Behandlung oder Weiterbehandlung nicht angeboten werde - sei es dass sie von vornherein medizinisch nicht indiziert, nicht mehr sinnvoll oder aus sonstigen Gründen nicht möglich sei. Die Entscheidungszuständigkeit der **Vormundschaftsgerichte** folge aber aus einer Gesamtschau des Betreuungsrechts und dem unabweisbaren Bedürfnis, mit den Instrumenten dieses Rechts auch auf Fragen im Grenzbereich menschlichen Lebens und Sterbens für alle Beteiligten rechtlich verantwortbare Antworten zu finden."*

I. Personalien

Vor- und Zuname

Geb.Datum

Straße/Hausnr.

Telefon

PLZ/Wohnort

Wichtige Vorerkrankungen:

II. Vorinformation

Nachfolgende Erklärungen gebe ich nicht nur im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und bei voller Entscheidungsfähigkeit ab, sondern nach sorgfältiger Information zugleich in voller Kenntnis von Inhalt und Tragweite meines hier geäußerten Willens. Auf Grund meiner beruflichen und persönlichen Erfahrung, insbesondere mit „Wach-Koma“, habe ich mir ein eindeutiges Bild über **Lebenmüssen** und **Sterbendürfen** gemacht:

Mein Leben und meine Gesundheit sind mir sehr wichtig und ich halte es daher für selbstverständlich, dass sich die Ärzte mit allen Mitteln der medizinischen Kunst um deren Erhaltung bemühen. Es gibt aber Situationen, in denen das Leben nur noch ein Martyrium bzw. eine Folter darstellt und der Tod die ersehnte Erlösung von einem für mich unerträglichen Leiden bedeuten würde. In einem solchen Fall möchte ich **selbst entscheiden** dürfen, ob mein Leben mit den Mitteln der modernen Apparatedizin künstlich aufrechterhalten und mein Leiden verlängert wird oder ob dem Krankheits- bzw. Sterbevorgang sein natürlicher Verlauf gelassen wird.

Über **Lebenmüssen** und **Sterbendürfen** entscheiden meine **eigenen Wertvorstellungen**, nicht dagegen die der Ärzte, Angehörigen oder sonstiger Personen. Auch ein etwa von mir Bevollmächtigter hat sich bei seinen Entscheidungen, die er für mich in Gesundheitsangelegenheiten trifft, an meinen Wertvorstellungen zu orientieren und nicht daran, was medizinisch und technisch machbar ist.

Ärzte, Pflegepersonal und **Angehörige** sowie sonstige mir **nahestehende Personen** sollen sich nicht danach richten, was sie selbst oder andere Menschen in einer solchen Situation wünschen würden, sondern sich ausschließlich an meinen in diesem Patienten-Testament niedergelegten Willen halten, gleichgültig, ob sie diesen vernünftig und medizinisch vertretbar finden oder nicht.

Ich bitte **natürlichen Vorgängen eines Sterbeprozesses** und unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankungen absoluten Vorrang einzuräumen gegenüber den technischen Möglichkeiten einer zeitlich begrenzten Lebensverlängerung. Ich schätze die **Lebensqualität** in jedem Fall höher ein als die **Lebensquantität**, zumal wenn letztere mit Schmerzen, Qualen oder dauernder Bewusstlosigkeit verbunden ist. Ich möchte nach Möglichkeit meine letzten Wochen, Tage oder Stunden in einer mir vertrauten Umgebung verbringen.

Von lebensverlängernden und lebenserhaltenden Maßnahmen bitte ich nicht nur im Endstadium einer tödlich verlaufenden Erkrankung Abstand zu nehmen, sondern auch dann, wenn ich geistig so verwirrt sein sollte, dass ich meine Umgebung nicht mehr erkenne, wenn ich **längere Zeit ohne Bewusstsein** bin oder an **unerträglichen Schmerzen** leiden sollte, die auch mit den Mitteln moderner Schmerztherapie nicht beseitigt werden können.

Ich bin mir bewusst, dass ich bei **Einstellung der künstlichen Ernährung** oder der **Flüssigkeitszufuhr** verhungere oder verdurste. Diese Folge nehme ich für den Fall längerer Bewusstlosigkeit bzw. "Wachkoma" ausdrücklich in Kauf.

III. Anweisung an meine Ärzte

1. Ich weiß, dass ich weder meinen Ärzten noch dem Pflegepersonal eine strafbare aktive Tötung zumuten kann, wenn mein Zustand nach allgemeiner Erfahrung die Wiederkehr der zwischenmenschlichen Kommunikation und das Wiedererstarken des Lebenswillens nicht erwarten lässt.

Hat mein Leiden oder haben meine Verletzungen mit infauster (hoffnungsloser) Prognose aber einen **irreversiblen Verlauf** genommen oder ist mein Zustand derart, dass ich kein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung mehr führen kann, wie z.B. bei schweren Hirnschäden oder bei länger andauerndem Wach-Koma, so **verlange ich den Verzicht auf weitere ärztliche Behandlung, Eingriffe und lebenserhaltende Maßnahmen**. Sollten solche Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein, **bestehe ich auf dem Abbruch dieser Maßnahmen**. Mit einer **Intensivtherapie** bin ich nur einverstanden, wenn diese der **Leidensminderung** dient. **Maßnahmen der Wiederbelebung** verweigere ich auch dann, wenn im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit, bei dauernder Verwirrung oder Desorientiertheit sowie bei voraussichtlich dauerhafter Schädigung des Gehirns mit der Folge einer Hilflosigkeit und Kommunikationsunfähigkeit bei mir ein Herzstillstand oder Bewusstseinsverlust eintritt.

2. Meine behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal bitte ich, ihre Bemühungen auf die **Hilfe beim Sterben**, also auf eine **Linderung von Beschwerden** bei gleichzeitigem **Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen** zu beschränken. Hierunter verstehe ich nicht nur eine meinen menschlichen Grundbedürfnissen entsprechende ärztliche Betreuung, Unterbringung und Pflege, sondern auch die optimale Behandlung von Schmerz, Atemnot, Depression, Übelkeit und Erbrechen, Angst und Unruhe.

Ich bin mir dabei bewusst, dass bei manchen zum Tode führenden Erkrankungen die notwendige Leidensminderung so stark im Vordergrund stehen kann, dass zugleich die **Möglichkeit einer Lebensverkürzung** als ungewollte Nebenwirkung eintritt. Auch diese rechtlich wie theologisch zulässige "indirekte Sterbehilfe" wird von mir in Kauf genommen und soll für Ärzte und Pflegepersonal keine rechtlichen Folgen haben.

3. Ich bin mir darüber im klaren, dass auch bei einer **Bewusstlosigkeit ("Wach-Koma")**, die länger als 6 Monate andauert, die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass ich irgendwann - mit oder ohne zerebrale Dauerschäden - aufwache. Ich möchte aber - nicht zuletzt auch angesichts meines Alters - trotzdem nicht künstlich am Leben gehalten werden, wie z. B. durch eine Magen-fistel, Nasensonde oder parenterale Ernährung über die Vene. Ich erwarte, dass meine **Ärzte** in einem solchen Fall auf die **Anwendung**

lebenserhaltender Maßnahmen verzichten, wie z. B. auf die Anwendung von Antibiotika. Dabei bin ich mir bewusst, dass zu den lebenserhaltenden Maßnahmen insbesondere die künstliche Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse gehören. Diese Maßnahmen sollen nur zulässig sein, wenn es zur Leidensminderung, vor allem Schmerzlinderung, unbedingt notwendig ist.

4. Die **Prognose**, ob mein Zustand oder meine Krankheit zum Tode führen und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen oder Qualen bereiten wird, sollte von **zwei Ärzten** getroffen werden.

5. Zur eigenen Absicherung sei meinen Ärzten empfohlen, dieses Patiententestament **zu den Krankenunterlagen zu nehmen** und im Krankenblatt zu vermerken, dass eine Intensivtherapie, ein Eingriff, eine Behandlung oder Reanimation angesichts des Befundes nur noch einer sinnlosen Sterbensverlängerung gedient hätte. Ärzte, die vorstehenden Anordnungen Folge leisten, handeln im Sinne des geltenden Rechts.

6. Für den Fall des Hirntodes bin ich mit der **Entnahme von Organen** - nicht - einverstanden.

(Falls von der nachstehenden Vorsorgevollmacht kein Gebrauch gemacht wird, bitte hier unterschreiben.)

Ort Datum Unterschrift

Diese Willenserklärung wurde zur Bekräftigung erneut bestätigt:

Ort Datum Unterschrift

Ort Datum Unterschrift

Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass irgendwelche rechtlichen Bedenken hinsichtlich der Verbindlichkeit des Patienten-Testaments bestehen, ordne ich folgendes an: Sollte ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können (fehlende Geschäftsfähigkeit) oder in meinen natürlichen Einsichts- und Steuerungsfähigkeiten derart beeinträchtigt sein, dass ich nicht mehr imstande bin, die Tragweite ärztlicher Maßnahmen, Diagnose, Dringlichkeit, Heilungschancen und Risiken einzuschätzen und mein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheits- und Vermögensangelegenheiten wirksam auszuüben, **bevollmächtigte** ich

Frau/Herrn

Geb.

Datum

wohnhaft

Telefon

mich in allen **Vermögens- und persönlichen Angelegenheiten zu vertreten** und **Entscheidungen** über die Durchführung oder Ablehnung ärztlicher Behandlungen und Eingriffe **für mich und an meiner Stelle zu treffen**. Durch diese Vollmacht soll die Anordnung einer Betreuung durch das Vormundschaftsgericht vermieden werden.

Sollte die von mir vorstehend bezeichnete Person an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein oder eine derartige Verantwortung nicht übernehmen können, so bestimme ich an deren Stelle zum **Ersatzbevollmächtigten**

Frau/Herrn

Geb.

Datum

wohnhaft

Telefon

Die Vollmacht wird mit der Unterzeichnung durch mich wirksam. Der Bevollmächtigte ist aber nur zu meiner Vertretung berechtigt, wenn ich geschäftsunfähig geworden bzw. außerstande bin, mein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten auszuüben. Gegenüber Ärzten und dem Pflegepersonal genügt es, wenn diese meine Entscheidungsunfähigkeit bejahen. Für die **Vertretung in Vermögensangelegenheiten** muss die Geschäftsunfähigkeit von einem Arzt **schriftlich bestätigt** werden.

Der Bevollmächtigte unterliegt nicht den gesetzlichen Beschränkungen eines vom Gericht eingesetzten Betreuers. Eventuelle gerichtliche Genehmigungsvorbehalte sollen für ihn nicht gelten. Sind einzelne Rechtsgeschäfte oder Rechtshandlungen bzw. Erklärungen von dieser Vollmacht nicht erfasst, bleibt die Vollmacht im übrigen bestehen, selbst wenn für die nicht durch Vollmacht gedeckten Handlungen oder Erklärungen ein Betreuer bestellt wird.

Diese **Vollmacht** umfasst insbesondere **folgende Maßnahmen:**

1. Bereich der gesundheitlichen Fürsorge und des Selbstbestimmungsrechts

(soweit einzelne Maßnahmen nicht gewünscht werden, bitte streichen!)

- Die **Aufenthaltsbestimmung**, vor allem die Entscheidung über die Unterbringung in einem Pflegeheim oder Hospiz, in einer geschlossenen Anstalt, die Aufnahme in ein Krankenhaus oder eine ähnliche Einrichtung;
- die Entscheidung über **freiheitsentziehende oder unterbringungsähnliche Maßnahmen** wie z.B. das Anbringen von Bettgittern, das Fixieren mit einem Gurt oder anderen mechanischen Vorrichtungen sowie die Verabreichung sedierender oder betäubender Medikamente;
- die Entscheidung über die **Verabreichung von Medikamenten**, wie z.B. Zytostatika, die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen und Folgen haben oder haben können;
- die **Zustimmung oder Ablehnung von ärztlichen Untersuchungen, Behandlungen oder Eingriffen**, gleichgültig, ob es sich um lebensgefährliche Maßnahmen handelt oder nicht. Dies gilt auch für Maßnahmen der Intensivtherapie;
- die Entscheidung darüber, ob bei einem voraussichtlich länger andauernden **Zustand der Bewusstlosigkeit** ("Wach-Koma") eine **künstliche Ernährung** oder **Flüssigkeitszufuhr** eingeleitet oder abgebrochen wird;
- die Entscheidung über einen **Behandlungsabbruch** oder die **Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen**, wenn das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat oder ich mich in einem Zustand befinde, in dem ein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung nicht mehr möglich ist. Zu den lebenserhaltenden Maßnahmen gehören insbesondere künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse;
- die Entscheidung darüber, ob nach meinem Tode zu **Transplantationszwecken Organe entnommen** werden dürfen;
- die Kontrolle darüber, ob die Klinik, die Ärzte und das Pflegepersonal mir trotz meiner Bewusstlosigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit eine **angemessene ärztliche und pflegerische Betreuung** zukommen lassen, die zugleich auch eine menschenwürdige Unterbringung umfasst. Die Kontrolle bezieht sich auch auf die **Sterbebegleitung** und die **Leidhilfe**, die Ärzte und Pflegepersonal verpflichtet, Schmerz, Atemnot, unstillbaren Brechreiz, Erstickungsangst oder vergleichbaren schweren Angstzuständen entgegenzuwirken, selbst wenn mit diesen palliativen Maßnahmen das **Risiko einer Lebensverkürzung** nicht ausgeschlossen werden kann.

2. Maßnahmen in Vermögensangelegenheiten:

(soweit einzelne Maßnahmen nicht gewünscht werden, bitte streichen!)

- Das Recht, über mir gehörende **Vermögensgegenstände** zu verfügen;
- die Befugnis, von den auf meinen Namen lautenden Konten bei Banken und Sparkassen **Geldbeträge abzuheben**, um einen Krankenhausaufenthalt oder Aufenthalt in einem Pflegeheim einschließlich der Arztkosten zu bezahlen. Ich weise meine Bank/Sparkasse an, nicht auf einer beglaubigten Vollmacht zu bestehen;
- die Befugnis, **Verträge** oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Alten- oder Pflegeheimen abzuschließen;
- Zahlungen für mich entgegenzunehmen, zu quittieren oder Zahlungen vorzunehmen;
- in meinem Namen **Verbindlichkeiten** einzugehen;
- die Befugnis, für den Fall einer dauernden Unterbringung meine **Wohnung aufzulösen**, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern. Soweit testamentarisch bestimmte Gegenstände meinen Erben vermacht worden sind, sind diese Gegenstände zurückzubehalten, zu verwahren und nach meinem Tode den Erben auszuhändigen;
- mich gegenüber Behörden, Gerichten, Privatkassen und Krankenkassen sowie sonstigen öffentlichen Einrichtungen und gegenüber Privatpersonen **außergerichtlich und gerichtlich zu vertreten** sowie alle Prozesshandlungen für mich vorzunehmen.
- der Bevollmächtigte ist berechtigt, in Vermögensangelegenheiten **Untervollmacht** zu erteilen. Von den Beschränkungen des § 181 BGB ist er befreit. Diese Vollmacht bleibt auch über den Tod hinaus wirksam, bis sie von den Erben widerrufen wird.

3. Rechte des Bevollmächtigten

Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, meinen Vertreter (Bevollmächtigten) über die Art meiner Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose **aufzuklären**, um die Entscheidung über die Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde hiermit durch meine Unterschrift die zuständigen Ärzte ausdrücklich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Die Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten, meine **Krankenunterlagen einzusehen**.

4. Unübertragbarkeit der Vollmacht

Die Vollmacht hinsichtlich der gesundheitlichen Fürsorge und des Selbstbestimmungsrechts ist nicht auf Dritte übertragbar. Auch kann eine Untervollmacht nicht erteilt werden.

Ort

Datum

Unterschrift

Diese Erklärung wurde zur Bekräftigung erneut bestätigt:

Ort

Datum

Unterschrift

Ort

Datum

Unterschrift