

Wichtige Informationen des BwKrhs Berlin

Patientenverfügung



Bundeswehrkrankenhaus
BERLIN

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Inhalt

- 04 Vorwort
- 06 Patientenverfügung
- 09 Vorsorgevollmacht
- 12 Betreuungsverfügung
- 15 Hinweiskarte auf eine Patientenverfügung oder
Vorsorgevollmacht

Herausgeber:

Ethikkomitee
BwKrhs Berlin
Scharnhorststraße 13
10115 Berlin
Telefon: +49(0)30/2841-29650
Email: BwKrhsBerlinEthikkomitee@bundeswehr.org

5. Überarbeitung September 2022

Liebe Leserin, lieber Leser,

Wir freuen uns sehr, dass Sie sich mit dem Thema Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuung beschäftigen. Dies bedeutet, dass Sie sich mit Ihren Wünschen und Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit, Lebensqualität und sogar mit Fragen zum Sterben auseinandersetzen. In Ihren Gedanken, Sorgen und Überlegungen möchten wir Sie gerne unterstützen und Ihnen unsere Vorschläge zur schriftlichen Niederlegung an die Hand geben. Im Gesundheitswesen werden täglich viele, auch schwerwiegende und weitreichende Entscheidungen getroffen. Umso wichtiger ist es für uns zu wissen, welche therapeutischen Maßnahmen in welcher Situation für Sie persönlich sinnvoll und akzeptabel sind. Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, die Patientenautonomie zu achten, Ihre Lebensziele zu erfragen und entsprechend darauf zu achten, ob und wie Sie diese Ziele erreichen können. Durch langjährige Erfahrung im Umgang mit verschiedenen Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen wissen wir, dass Lebensqualität ein sehr subjektiver Begriff ist.

Seit dem Jahre 2009 wurden in Deutschland die Rechte der Patientinnen und Patienten gestärkt und juristisch verankert. Es wird allgemein empfohlen, den eigenen Willen schriftlich in einer Patientenverfügung zu verankern und mit der eigenen Unterschrift zu versehen. Hierbei ist es wichtig, dass Sie selbst das Dokument von Zeit zu Zeit aktualisieren. Genauso wichtig ist es aber auch, mit Ihren Vertrauten über diese Festlegungen zu sprechen. Diese sind es, die ggf. als Ihr Vorsorgebevollmächtigter / Ihre Vorsorgebevollmächtigte oder Betreuer / Betreuerin Ihre Wünsche und Ziele gegenüber Dritten auf die aktuell vorliegende Situation übertragen muss. Bei Unsicherheiten über medizinische Therapien oder Fragen bezüglich deren Anwendung empfiehlt es sich, eine Beratung, z.B. bei Ihrem Hausarzt / Ihrer Hausärztin in Anspruch zu nehmen.

Wir hoffen, Ihnen mit diesem Dokument hilfreich zur Seite zu stehen und wünschen Ihnen alles Gute, Gesundheit und Schaffenskraft!

Patientenverfügung

Damit Ihre Patientenverfügung zur Geltung kommt, wenn Sie nicht bei Bewusstsein oder aus anderen Gründen nicht ansprechbar sind, müssen Sie im Voraus eine oder zwei Personen bestimmen, die dann für Sie tätig werden. Diese Person Ihres Vertrauens braucht entweder eine **Vorsorgevollmacht** oder eine **Betreuungsverfügung**.

Der / die von Ihnen benannte Bevollmächtigte / BetreuerIn ist verpflichtet zu überprüfen, ob Ihre Patientenverfügung auf ihre aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin muss seine / ihre Maßnahmen mit dem bevollmächtigten Betreuer / der bevollmächtigten Betreuerin absprechen und prüfen, ob sie Ihrem in der Patientenverfügung niedergelegten Willen entsprechen. Zwischen Arzt / Ärztin und bevollmächtigtem Betreuenden sollte ein Einverständnis erzielt werden.

Vorsorgevollmacht

Die **Vorsorgevollmacht** bezieht sich erst einmal nur auf Ihre **Patientenverfügung**. Sie muss schriftlich abgefasst sein und von Ihnen und mindestens einem Zeugen / einer Zeugin unterschrieben werden. Als Zeugen bitte nicht den Empfänger / die Empfängerin der Vollmacht wählen! Die Person, die eine **Vorsorgevollmacht** von Ihnen hat, kann im Fall einer Entscheidungsunfähigkeit Ihrerseits sofort handeln. Sie muss nicht vom Vormundschaftsgericht eingesetzt werden. Sie können auch eine **Generalvollmacht** für eine Person Ihres Vertrauens ausstellen. Der / die Generalbevollmächtigte kann Sie dann in den Bereichen ihres Lebens, die Sie auf dem angehängten Formular bestimmen (Gesundheitsfürsorge, Finanzen (zusätzliche Vollmacht der Bank nötig), Unterbringung, Mietangelegenheiten) vertreten.

Betreuungsverfügung

Die **Betreuungsverfügung** dient dem Zweck, eine Person Ihres Vertrauens zu benennen, die im Falle einer Entscheidungsunfähigkeit Ihrerseits vom Vormundschaftsgericht als **Betreuer / Betreuerin** eingesetzt werden soll. Die **Betreuungsverfügung** ist **umfassender** als die **Vorsorgevollmacht**. Ein Betreuer / eine Betreuerin gilt als Ihre gesetzliche Vertretung, der / die alle Ihre Angelegenheiten für Sie wahrnimmt. Deswegen muss die **Betreuungsverfügung** auch vom Vormundschaftsgericht nach Anhörung des benannten Betreuers / der benannten Betreuerin umgesetzt werden. Auch sie muss in schriftlicher Form vorliegen und von Ihnen und mindestens einem Zeugen / einer Zeugin (nicht der zur Betreuung benannten Person) unterschrieben sein. Sollte für Sie schon vor der Einsetzung der Patientenverfügung ein amtlicher Betreuer / eine Betreuerin bestellt worden sein, brauchen Sie natürlich keine weitere Betreuungsverfügung oder Vorsorgevollmacht auszustellen.

Es hat sich bewährt, jeweils eine Vertretungsperson zu benennen, die einspringt, wenn der benannte bevollmächtigte Betreuer / die benannte bevollmächtigte Betreuerin nicht zur Verfügung steht.

Sinnvolle Kombinationsmöglichkeiten sind:

- Patientenverfügung **und** Vorsorgevollmacht **oder**
- Patientenverfügung **und** Betreuungsverfügung

Die Patientenverfügung und die Vollmacht / Betreuungsverfügung sollten zusammen an einem der beauftragten Person bekannten Platz aufbewahrt werden. Sie können auch bei einem Rechtsanwalt / einer Rechtsanwältin oder Notar / einer Notarin oder der Bundesnotarkammer hinterlegt werden (kostenpflichtig). Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung erlöschen mit dem Tod des Verfassers / der Verfasserin.

Es ist sinnvoll, wenn Sie einen Hinweis auf diese Unterlagen immer bei sich tragen. Dazu können Sie die Karte aus der Rückseite dieser Patientenverfügung ausschneiden.



PATIENTENVERFÜGUNG

Name, Vorname

geboren am

wohnhaft in

für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, so dass ich meine Angelegenheiten nicht mehr selbstständig und eigenverantwortlich regeln kann aufgrund

- des unmittelbar bevorstehenden Sterbeprozesses („natürliches Sterben“ im Alter oder im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit)
- einer schweren Gehirnschädigung (mit anhaltendem Koma) durch z.B. Unfall, entzündliche Erkrankungen, Schlaganfall, nach Wiederbelebung oder in Zusammenhang mit Schock und Versagen mehrerer lebenswichtiger Organe
- Demenz, oder andere hirngorganische Störungen

und diese Situation

- durch medizinische Maßnahmen ohne Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung nur noch verlängert würde,
- außer durch den Tod aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr beendet werden kann,

wenn mindestens zwei Fachärzte /Fachärztinnen / erfahrene Ärzte /Ärztinnen festgestellt haben und keine abweichende ärztliche Prognose eines behandelnden Arztes / einer behandelnden Ärztin vorliegt, dass

- durch den auf Dauer nicht behebbaren Ausfall mehrerer überlebenswichtiger Funktionen des Körpers (z.B. Bewusstsein, Atmung, Herzfähigkeit, Kreislauf, Leber, Niere u.a.) das Versagen der Intensivtherapie insgesamt absehbar wird
- medizinische Maßnahmen (z.B. eine Tumoroperation oder eine Organtransplantation) im Rahmen der Therapie einer Grunderkrankung, die aller Erwartung nach tödlich endet, erfolglos oder mit schweren Komplikationen verlaufen sind, so dass der erhoffte Effekt der Maßnahme nicht eintreten kann

erkläre ich Folgendes zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen:

Ich wünsche bis zu meinem Tod,

Künstliche Beatmung

Ich wünsche eine künstliche Beatmung.

Ja Nein

Dialyse

Ich wünsche, dass eine Dialyse (künstliche Blutwäsche) – falls nötig – begonnen wird.

Ja Nein

Ich wünsche, dass eine bereits eingeleitete Dialyse beendet wird.

Ja Nein

Künstliche Ernährung

Ich wünsche, dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

Ja* Nein

*) Künstliche Ernährung über

- Zentraler Venenkatheter (ZVK)
- Ernährungssonde (über Nase/Mund in den Magen)
- PEG (Ernährungssonde durch die Bauchdecke in den Magen)

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Antibiotika-Therapie

Ja Nein

Blut/Blutbestandteile (Gabe von Blut oder Blutbestandteilen)

Ja Nein

Wiederbelebung (CPR)

Ich möchte bei einem Herz-Kreislaufstillstand wiederbelebt werden.

Ja Nein

Organspende

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach dem 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.

Ja Nein

gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

Ja Nein

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Ja Nein

In jedem Fall wünsche ich eine fachgerechte Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege.

Insbesondere verlange ich, dass mir bei Schmerzen, Erstickungsängsten und Atemnot, Übelkeit, Angst sowie andere qualvollen Zuständen und belastenden Symptomen Medikamente verabreicht werden, die mich von Schmerzen und größeren Belastungen befreien, selbst wenn dadurch mein Tod voraussichtlich früher eintreten wird.

Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich die Gabe von Mitteln zur Beschwerdelinderung.

Eigene Ergänzungen:

Meine vorsorgebevollmächtigte oder betreuende Person ist angehalten, meine getroffenen Festlegungen zu vertreten.

Ort / Datum

Unterschrift

Hinweis

Für den Fall, dass Ihre Patientenverfügung über die geschilderten Situationen hinaus, auch für andere Formen der Gehirnschädigung wie chronische Hirnabbauprozesse (Stichwort Demenz, Alzheimer-Erkrankung) oder Wachkomazustände gelten soll, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass dies mit einer einfachen Patientenverfügung, wie sie hier vorliegt, nicht ausreichend festgelegt werden kann. Hierzu ist vielmehr notwendig, dass Sie sich um eine Form der erweiterten Patientenverfügung bemühen. Dabei sollten Sie sich eindringlich mit dem Thema beschäftigen und auch professionelle Hilfe beim Erstellen in Anspruch nehmen. Bitte bemühen Sie sich um weitere Informationen und Festlegungen zusammen mit dem Arzt / der Ärztin Ihres Vertrauens.

VORSORGEVOLLMACHT

Ich, (Vollmachtgebende Person)

Name	Vorname	geboren am
------	---------	------------

Postleitzahl, Wohnort	Straße, Hausnummer	Tel.
-----------------------	--------------------	------

bevollmächtige für den Fall, dass ich selbst nicht in der Lage bin, meinen Willen zu äußern oder meine Angelegenheiten zu regeln folgende Person

Name	Vorname	geboren am
------	---------	------------

Postleitzahl, Wohnort	Straße, Hausnummer	Tel.
-----------------------	--------------------	------

Oder, falls diese Person verhindert ist, ersatzweise:

Name	Vorname	geboren am
------	---------	------------

Postleitzahl, Wohnort	Straße, Hausnummer	Tel.
-----------------------	--------------------	------

mich in folgenden Angelegenheiten auch über meinen Tod hinaus zu vertreten:

1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Diese Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil)stationären Pflege. Er / Sie ist befugt, meinen in der Patientenverfügung festgelegten Willen zu vertreten.

Ja Nein

Diese Person darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs 1 BGB). Er / sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

Ja Nein

Diese Person darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte / Ärztinnen und nichtärztlichen Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

Ja Nein



Diese Person darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§1906 Abs.4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Ja Nein

Eigene Ergänzungen

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Diese Person darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

Ja Nein

Diese Person darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.

Ja Nein

Diese Person darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.

Ja Nein

Eigene Ergänzungen

3. Behörden

Diese Person darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten und Sozialleistungsträgern vertreten.

Ja Nein

4. Post- und Fernmeldeverkehr, Vertretung vor Gericht

Die bevollmächtigte Person darf meine Post verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art bei Gericht abgeben und entgegennehmen sowie dort Anträge stellen, abändern, zurücknehmen.

Eine Vorsorgevollmacht wird in der Regel von den Banken nicht anerkannt. Eine Vollmacht für ihre Konten und Bankverbindungen sollten Sie am besten direkt mit Ihrem Geldinstitut zusammen ausstellen. Unabhängig von den Vereinbarungen über den Gebrauch dieser Vorsorgevollmacht während einer Erkrankung Ihrerseits, gilt eine Kontovollmacht ab dem Zeitpunkt ihrer Ausstellung. Die Bank / Sparkasse prüft nicht, ob der „Vorsorgefall“ bei dem Kontoinhaber / der Kontoinhaberin bzw. Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin eingetreten ist.

Ort, Datum

Unterschrift der
vollmachtgebenden Person

Ort, Datum

Unterschrift der bevollmächtigten
Person

Als Zeuge / Zeugin:

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis auf eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht

Bitte Karte ausfüllen, ausschneiden und zu
ihren Ausweispapieren hinzufügen.

HINWEIS PATIENTENVERFÜGUNG o. VORSORGEVOLLMACHT

Für den Fall, dass ich

Name : _____

geboren am : _____

Straße: _____

Ort: _____

nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu re-
geln, habe ich eine Patientenverfügung und ggf. eine Vorsorgevoll-
macht bei meinen persönlichen Unterlagen und ein Zweitexemplar
bei meiner Vertrauensperson hinterlegt:

Name: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Ort, Datum

Unterschrift



IMPRESSUM



**Bundeswehrkrankenhaus
BERLIN**
Scharnhorststraße 13
10115 Berlin

Telefon 030 2841-29650 (Zentrale)

FspNBw 90-8202-29650 (Zentrale)

E-Mail BwKrhsBerlin@bundeswehr.org
Internet <https://berlin.bwkrankenhaus.de>

Layout Presse- und Informationszentrum
des Sanitätsdienstes der Bundeswehr

Diese Publikation ist Teil der Informationsarbeit
des Bundesministeriums der Verteidigung. Sie
wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum
Verkauf bestimmt.



BUNDESWEHR