

PATIENTENVERFÜGUNG

Gesundheitliche Vorsorgeplanung



Inhaltsverzeichnis

Zu dieser Broschüre.....	3
Patientenverfügungen als Instrument zur Vorausplanung von Behandlungsent- scheidungen: Ein Konzept zur Stärkung der Patientenautonomie am Lebensende.....	5
Patientenverfügung.....	6
Die rechtliche Situation	11
Hinweise zum Ausfüllen der Patientenverfügung	16
Glossar.....	21
Patientenverfügung: ein Modell.....	27

Impressum:

Autonome Provinz Bozen Südtirol – 2017 (Neuaufgabe)

Ressort für Gesundheit, Sport, Soziales und Arbeit

<http://www.provinz.bz.it/gesundheits-leben/gesundheits/komitees-kommissionen-netzwerke/landesethikkomitee.asp>

Die Broschüre kann im Sekretariat des Landesethikkomitees angefordert oder im Internet heruntergeladen werden:

<http://www.provinz.bz.it/gesundheits-leben/gesundheits/downloads/Patientenverfuegung.pdf>

<http://www.provinz.bz.it/gesundheits-leben/gesundheits/downloads/Musterverfuegung.pdf>

Adresse des Landesethikkomitees:

Amt für Gesundheitsordnung
Sekretariat Landesethikkomitee
Kanonikus M. Gamper-Straße 1
39100 Bozen

Tel. 0471 418145/0471 418155

Maria.habicher@provinz.bz.it

Evi.schenk@provinz.bz.it

Redaktion:

Massimo Bernardo, Carlo Casonato, Maria Vittoria Habicher, Herbert Heidegger, Thomas Lanthaler, Martin Lintner, Georg Marckmann Marta Tomasi, Marta von Wohlgemuth

Druck: Landesdruckerei

Zu dieser Broschüre

Dank den Fortschritten der modernen Medizin können heute viele Krankheiten geheilt oder zumindest in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden. Insbesondere sind die Möglichkeiten enorm gewachsen, menschliches Leben auch bei schwersten Unfällen und Erkrankungen zu erhalten.

Wenn Maßnahmen aber nur das Leiden und den Sterbeprozess verlängern, stellt sich die Frage, ob die sonst so segensreichen Errungenschaften der modernen Medizin noch im Interesse der Patientinnen und Patienten sind.

Das macht vielen Menschen Angst. Besonders groß ist die Angst vor Situationen, in denen eigene Entscheidungen nicht mehr getroffen werden können, in denen Fremdbestimmung oder sogar Entmündigung drohen. Menschen möchten mitentscheiden dürfen bei medizinischen Maßnahmen, die sie betreffen, und sie möchten Vorsorge treffen für den Fall, dass sie nicht mehr entscheidungsfähig sind. Immer mehr Menschen sterben nämlich nicht plötzlich und unerwartet, sondern nach einem längeren Krankheitsverlauf, der mit einem Verlust der Entscheidungsfähigkeit einhergeht und irgendwann Entscheidungen über den Einsatz lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen erfordert.

Für diese Situation gibt es die Patientenverfügung.

Sie bietet die Möglichkeit, rechtzeitig eigene Wünsche im Hinblick auf schwerwiegende Erkrankungen und das eigene Sterben zu überdenken und schriftlich festzulegen. Dies ist zugleich eine gute Gelegenheit, mit vertrauten Menschen über Themen des Lebensendes ins Gespräch zu kommen. Mit den vorausverfügten Wünschen können Betroffene auch nach Verlust der eigenen Entscheidungs- oder Kommunikationsfähigkeit Einfluss auf die medizinische Behandlung nehmen und damit ihre Selbstbestimmung wahren. Für Angehörige, Ärztinnen und Ärzte und Pflegende kann es eine große Erleichterung sein zu wissen, wie weit die Möglichkeiten zur Lebenserhaltung entsprechend dem mutmaßlichen Willen einer Patientin und eines Patienten ausgeschöpft werden sollen.

Das Landesethikkomitee beschäftigt sich seit langem mit ethischen Fragen am Lebensende und hat immer wieder ausführlich zum Thema Stellung genommen. Schließlich lässt sich der Umgang mit unheilbaren Erkrankungen und Sterben nicht auf medizinische Entscheidungen reduzieren, sondern bietet vielfältige individuelle, soziale, gesellschaftliche und religiöse Herausforderungen. So vielfältig wie die Wertvorstellungen und Glaubensüberzeugungen der Menschen in unserem Land sind, so vielfältig fallen auch die Entscheidungen jeder und jedes Einzelnen aus. Dabei nicht nur den medizinethischen Fürsorge- und Nichtschadensprinzipien zu entsprechen, sondern auch die Selbstbestimmung der einzelnen Patientinnen und Patienten zu respektieren, stellt eine der grundlegenden Verpflichtungen des Personals im Gesundheitswesen dar.

Diese Broschüre soll eine Hilfestellung für diejenigen sein, die in einer Patientenverfügung festlegen möchten, wie sie im Falle ihrer Entscheidungs- oder Kommunikationsunfähigkeit behandelt werden möchten, besonders dann, wenn sie bestimmte Behandlungen ablehnen. Dazu erläutert die Broschüre zunächst sehr praxisnah, was sich hinter einer Patientenverfügung verbirgt und wie sie in der Praxis angewendet werden kann. Anschließend werden die (verfassungsrechtlichen) Grundlagen von Patientenverfügungen dargestellt, da es in Italien bislang kein eigenes Gesetz gibt, das die Verbindlichkeit der Patientenverfügung regelt. Hinweise zum Ausfüllen einer Patientenverfügung sollen es den Leserinnen und Lesern erleichtern, das vorgeschlagene Formular in der Mitte der Broschüre zu nutzen, um sich über die eigenen Wünsche klar zu werden und diese in der Patientenverfügung zu dokumentieren. Hierbei kann eine Beratung durch eine medizinisch kompetente Person, idealerweise die Hausärztin und den Hausarzt, sehr hilfreich sein.

Wenn es jemandem ein Anliegen ist, Entscheidungen zu treffen und in der Patientenverfügung festzuhalten, die sich u.a. auch an den sittlichen Grundüberzeugungen seiner Religionsgemeinschaft orientieren, ist es empfehlenswert, nicht nur das Gespräch mit der Hausärztin und dem Hausarzt zu suchen, sondern auch mit einer und einem in ethischen Fragen kompetenten Vertreterin oder Vertreter der betreffenden Religionsgemeinschaft und sich mit ihr und ihm zu beraten.

Die Herausgeber sind sich bewusst, dass Leben und Tod nur begrenzt in unserer Hand liegen; vieles im Bereich des Sterbens ist weder vorhersehbar noch planbar. Auch in diesen Situationen kann es für alle Beteiligten, die Angehörigen wie für das Gesundheitspersonal, sehr hilfreich sein, wenn zuvor mit der oder dem Betroffenen über Fragen von schwerer Krankheit, Sterben und Tod sowie deren Einstellung zu lebensverlängernden Behandlungsmaßnahmen gesprochen wurde. Dies kann es in der letzten Lebensphase erleichtern, die Würde eines jeden Menschen so zu schützen, wie er und sie es sich selbst gewünscht hätte. Damit respektieren wir nicht nur die Selbstbestimmung des betroffenen Menschen, sondern entlasten zudem die Angehörigen und das Gesundheitspersonal in der fürsorglichen Begleitung und beim Abschiednehmen.

Patientenverfügungen als Instrument zur Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen:

Ein Konzept zur Stärkung der Patientenautonomie am Lebensende

Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass sich Patientenwünsche am Lebensende nicht allein durch das Ausfüllen eines Formulars berücksichtigen lassen. Trotz aller Bemühungen sind Patientenverfügungen nach wie vor zu wenig verbreitet, oft ungenau und wenig aussagekräftig formuliert, im akuten Krankheitsfall häufig nicht auffindbar und werden dann bei medizinischen Entscheidungen nicht genügend berücksichtigt.

Um die Patientenverfügung effektiver zu gestalten, wurde zunächst in den USA und zunehmend auch in anderen Ländern ein neues Konzept entwickelt, das sog. Advance Care Planning (ACP). ACP ruht dabei auf zwei Säulen: Zum einen erhalten die Menschen im Rahmen eines professionell begleiteten Gesprächsprozesses Gelegenheit, eigene Präferenzen für medizinische Behandlungen bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit zu entwickeln und auf aussagekräftigen, regional einheitlichen Patientenverfügungen zu dokumentieren. Zum anderen werden die regionalen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Pflege einbezogen und die dort tätigen Personen so geschult bzw. informiert, dass die resultierenden Vorausverfügungen bei Behandlungsentscheidungen regelmäßig verfügbar sind und zuverlässig respektiert werden. Es ist z.B. geregelt, wo Patientenverfügungen abgelegt sind und wie sie zwischen Hausärztin und Hausarzt, Krankenhaus und Pflegeeinrichtung weitergegeben werden. Eine Patientenverfügung ist dann ein wichtiges Element in einem umfassenden kommunikativen Prozess sowohl der gesundheitlichen Vorausplanung als auch der Entscheidungsfindung am Lebensende. Die internationalen Erfahrungen belegen, dass auf diese Weise nicht nur die Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase effektiv respektiert, sondern auch die Qualität der Versorgung von Patienten und Angehörigen deutlich verbessert werden kann.

Die Patientenverfügung muss auch in Südtirol zu einem festen Bestandteil des medizinisch-pflegerischen Versorgungssystems werden. Pflegepersonal, Hausärztinnen und Hausärzte, Altersheime, behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus müssen dabei mit eingebunden werden. Dabei sind insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte gefragt, ihren Patientinnen und Patienten eine kompetente Gesprächsbegleitung bzw. Beratung zur Erstellung einer aussagekräftigen Patientenverfügung anzubieten. Angehörige oder andere nahestehende Personen sollten nach Möglichkeit in den Gesprächsprozess einbezogen werden. Zur Unterstützung können die Beteiligten auf die hier vorliegende Broschüre zurückgreifen.

Entscheidend für den Prozess der Vorausplanung ist die Patientenorientierung: Die Wünsche und Werte der Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt der Gespräche und Beratungen. Dies wird die Kultur des Umgangs mit Patientinnen und Patienten über die Vorausplanung hinaus verändern.

PATIENTENVERFÜGUNG

Was ist eine Patientenverfügung?

Mit einer Patientenverfügung können Personen vorab festlegen, wie sie zukünftig im Fall von schwerer oder todbringender Krankheit behandelt werden möchten, wenn sie diese Entscheidung krankheitsbedingt selbst nicht mehr treffen oder kommunizieren können. Durch das bewusste, reflektierte und freiwillige Aufsetzen einer Patientenverfügung erhalten die Angehörigen und das verantwortliche Gesundheitspersonal nützliche Hinweise über den Willen der Patientinnen und Patienten in derartigen Situationen.

Die Patientenverfügung ist deshalb so wichtig, da sie es nicht nur ermöglicht, die zukünftige medizinische Behandlung dem Willen der Kranken anzupassen, sondern sie verringert auch das Risiko nicht ausreichender oder nicht notwendiger Behandlungen. Zudem vermindert sie den Entscheidungsdruck für die Angehörigen und das Gesundheitspersonal und beugt Konflikten zwischen den Beteiligten vor.

Warum ist die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten so wichtig?

In der Medizin wurden in den letzten Jahren enorme Fortschritte erzielt und weitere Innovationen werden in Zukunft folgen, sodass der Mensch seine Möglichkeiten, lebenswichtige Funktionen künstlich zu ersetzen, immer weiter ausbauen wird. Die Akteure des medizinischen Sektors werden über ein immer größeres Potential für außergewöhnliche medizinische Eingriffe verfügen. Menschliches Leben kann auch unter sehr eingeschränkten Bedingungen noch aufrechterhalten werden, in denen es fraglich ist, ob die Lebensverlängerung noch im Interesse der betroffenen Patientinnen und Patienten ist. Zudem kann in vielen Fällen durch intensivmedizinische Maßnahmen am Lebensende lediglich der Sterbeprozess kurzfristig hinausgezögert bzw. verzögert werden. Damit müssen wir entscheiden, welche der verfügbaren medizinischen Mittel wir jeweils tatsächlich einsetzen sollen. Da Menschen in modernen Gesellschaften körperliche und geistige Einschränkungen unterschiedlich bewerten, sollte die betroffene Person nach Möglichkeit selbst für sich entscheiden, ob die lebenserhaltenden Maßnahmen noch fortgesetzt werden sollen oder nicht. Dies ergibt sich nicht nur aus dem Selbstbestimmungsrecht jedes Menschen, sondern entspricht in der Regel auch den Bedürfnissen der betroffenen Patientinnen und Patienten, selbst über den Umfang medizinischer Behandlungen zu entscheiden.

Muss die Einwilligung des aufgeklärten Patienten (*Informed Consent*) berücksichtigt werden?

Seit Jahren stellt niemand mehr die Verbindlichkeit des *Informed Consent* in Frage, auf dessen Grundlage der kranke Mensch mit Unterstützung des medizinischen Personals entscheiden kann, ob er seine Zustimmung zur Einleitung oder zur Fortführung der medizinischen Behandlungen gibt oder nicht. Gemäß den Bestimmungen der Verfassung und des ärztlichen Ehrenkodexes ist nunmehr klar, dass Ärztinnen und Ärzte niemals eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme durchführen dürfen, ohne zuerst die Zustimmung der Patientinnen und Patienten eingeholt zu haben. Patientinnen und Patienten im Vollbesitz der Entscheidungs- und Kommunikationsfähigkeit haben daher das Recht, jederzeit eine medizinische Behandlung zu verweigern, auch wenn ein derartiges

Verhalten ihr Leben gefährdet. Dieses Recht auf Zustimmung setzt seitens der Patientinnen und Patienten auch das Recht auf umfassende Information und medizinische Aufklärung voraus.

Und wenn der kranke Mensch nicht selbst entscheiden kann?

Die Situation kompliziert sich, sobald der kranke Mensch nicht mehr urteilsfähig ist und seine Behandlungswünsche nicht mehr dem medizinischen Personal mitteilen kann. Die betroffene Person befindet sich somit in einem Zustand, in dem ihre Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen oder zu kommunizieren, aufgehoben ist. Freilich muss es auch in einer solchen Lage die Möglichkeit geben, auf effiziente Weise die Zustimmung oder Ablehnung eventuell vorgesehener medizinischer Behandlungen durch die Patientin und den Patienten zu berücksichtigen. Eine logische Erweiterung des *Informed Consent* stellt die Patientenverfügung dar, die es erlaubt, sich im Voraus darüber Gedanken zu machen, welche Behandlungen man bei Verlust der Entscheidungs- oder Kommunikationsfähigkeit haben möchte, und diese Behandlungswünsche schriftlich zu dokumentieren.

Dem Staat kommt die Pflicht zu, die Vorsorge und den Schutz des Lebens der und des Einzelnen jederzeit zu gewährleisten. Die Erfüllung dieser Pflicht bedeutet aber nicht, dass jemand daran gehindert werden darf, im Voraus darüber zu entscheiden, was in bestimmten Situationen zu tun sei bzw. für sich eine Behandlung abzulehnen.

Wer hilft mir bei der Erstellung meiner Patientenverfügung?

Der Schutz, den der Staat den Menschen zusichert, zeigt sich in seiner besten Realisierungsform, wenn die Möglichkeit geboten wird, beim Verfassen einer Patientenverfügung qualifizierte medizinische Beratung in Anspruch zu nehmen. Bei der Erstellung einer Patientenverfügung kommt insbesondere der Ärztin und dem Arzt in Allgemeinmedizin, der Hausärztin und dem Hausarzt eine grundlegende Rolle zu. Sie kennen die betroffene Person in der Regel am besten und können sie über die möglichen zukünftigen medizinischen Situationen aufklären und ihr dabei helfen, die Ziele der Behandlung zu verstehen und sich nach ihren Überzeugungen zwischen den verfügbaren Möglichkeiten zu entscheiden.

Dennoch ist es nicht möglich, jeden denkbaren Verlauf vorherzusehen und zu entscheiden, welche medizinischen Maßnahmen in jedem möglichen Fall in Betracht zu ziehen oder auszuschließen sind. In der Patientenverfügung sind daher auch persönliche Wertvorstellungen, die eigene Weltanschauung, die Auffassung von Menschenwürde und Lebensqualität darzulegen, auf deren Grundlage man dann den mutmaßlichen Patientenwillen ermitteln kann, wenn eine Erkrankung oder eine Situation eintreten, die von der Patientenverfügung nicht genau abgedeckt sind.

Welche Rechte werden durch eine Patientenverfügung geschützt?

Die Entscheidung, auf eine medizinische Behandlung zu verzichten, bedeutet nicht mangelnden Respekt vor dem medizinischen System, sondern den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, die die Patientin und den Patienten in eine für sie oder ihn nicht akzeptable Lage bringen würden. Eine solche Ablehnung lebenserhaltender oder – verlängernder Maßnahmen bedeutet nicht die Zurückweisung eines Menschen oder die

Verletzung seiner Würde, als ob es sein Leben nicht mehr „wert“ wäre, erhalten bzw. therapiert zu werden, im Gegenteil: Die Achtung der Würde der Patientinnen und Patienten gebietet es, auf solche medizinischen Behandlungen zu verzichten, die die Betroffenen für sich selbst ablehnen.

Das Recht, die Durchführung möglicher Behandlungen im Vorhinein festzulegen, bedeutet nicht das Recht auf eine aktive Tötung (Euthanasie), sondern das Recht der Person, von den Ärztinnen und Ärzten die Beendigung oder die Nicht-Aufnahme von therapeutischen Verfahren zu verlangen, welche die betroffene Person selbst, bei noch vorhandener bewusster Handlungsfähigkeit, aus moralischen und rechtlichen Gründen ablehnen könnte. Aus ethischer Perspektive besteht nämlich ein wesentlicher Unterschied zwischen aktiver Tötung, z.B. durch Verabreichung eines hochdosierten Medikaments, das den Tod herbeiführt, und Sterbenlassen, z.B. durch Verzicht oder Abbruch von Behandlungen, die entweder aus medizinischer Sicht nicht mehr angemessen sind oder die von einer Patientin und einem Patienten dezidiert abgelehnt werden. Die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten, die durch die Patientenverfügung geschützt wird, bedeutet deshalb im engeren Sinn ein Abwehrrecht von nicht erwünschten Behandlungen. Sie entbindet Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und Angehörige nicht davon, Patientinnen und Patienten weiterhin die nötige Fürsorge und Pflege zukommen zu lassen. Die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten kann jedoch nicht verstanden werden als Anrecht auf Maßnahmen, die medizinisch gesehen nicht angemessen sind bzw. die der Gesundheit, dem Krankheitsverlauf oder dem Leben einer Patientin und eines Patienten nachweislich schaden.

Die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten, die durch die Patientenverfügung geschützt wird, entbindet die Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und Angehörige nicht davon, Patientinnen und Patienten weiterhin die nötige Fürsorge und Pflege zukommen zu lassen.

Jede Entscheidung der einzelnen Person betrifft nur sie selbst, und niemand sollte heute glauben, dass man die eigene Denkweise auf andere Menschen übertragen dürfte, denn jeder hat insbesondere bei schwerer Erkrankung, Sterben und Tod seine eigene Auffassung von den Dingen, die wir in höchstem Maße zu respektieren angehalten sind.

Kann ich eine Vertrauensperson bestimmen?

Die Patientenverfügung ermöglicht es dem kranken Menschen, eine Vertrauensperson (Angehörige, Freundin oder Freund, Ärztin oder Arzt, Priester, Seelsorgerin oder Seelsorger etc.) zu benennen, die seine Wertvorstellungen und Anschauungen kennt und sich dafür einsetzen kann, den Willen der oder des Kranken zu wahren und so zu entscheiden, wie es die betroffene Person selbst am ehesten getan hätte.

Was geschieht in Bezug auf künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr?

Die wissenschaftlichen Gesellschaften, die sich mit künstlicher Ernährung beschäftigen, haben festgelegt, dass diese Verfahren in die Zuständigkeit der Ärztinnen und Ärzte fallen, da zu deren Durchführung medizinisch-pharmazeutische und pflegerische Qualifikationen unerlässlich sind. Auch der Kassationsgerichtshof drückt in einem jüngst erlassenen Urteil aus, dass künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als medizinische Behandlungen zu betrachten sind, die nach dem Willen der Patientin und des Patienten unterlassen oder beendet werden können. Dies umfasst auch jene Fälle oder Krankheitsverläufe, bei denen

Nahrung und Wasser vom Körper der Patientin und des Patienten nicht mehr aufgenommen oder ihr und ihm nicht verabreicht werden können, ohne erhebliches physisches Unwohlsein zu verursachen.

In welchem Maße sind Erklärungen als verlässlich zu betrachten, die für die Zukunft erstellt werden, also zu einem Zeitpunkt, da der Anwendungsfall noch nicht eingetreten ist?

Die und der Einzelne kann den eigenen Standpunkt zur Durchführung medizinischer Maßnahmen jederzeit ändern. Daher kann die betroffene Person auch die Festlegungen in ihrer Patientenverfügung zu jeder Zeit modifizieren, insbesondere, wenn man selbst schwer erkrankt ist oder wenn die eigene Erkrankung voranschreitet. Es ist davon auszugehen, dass die- und derjenige, der eine Patientenverfügung verfasst, darüber nachgedacht hat und Behandlungswünsche in dem festen Willen formuliert hat, für die Zukunft vorzusorgen, und dass sie und er sich der Tragweite der Festlegungen für die eigene Person bewusst war. Dem in einer Patientenverfügung im Voraus ausgedrückten Willen der Person ist daher der Vorrang gegenüber einer Annahme einzuräumen, die sich auf einen gegenteiligen Willen in einer späteren Phase der Krankheit bezieht, es sei denn, dass es konkrete Anhaltspunkte dafür gibt, dass eine Patientin und ein Patient den eigenen Willen geändert hat.

Bin ich verpflichtet, eine Patientenverfügung zu verfassen?

Selbstverständlich besteht keinerlei Verpflichtung, eine Patientenverfügung zu verfassen. Der und dem Einzelnen steht die Freiheit zu, eine solche Verfügung zu verfassen oder nicht zu verfassen, die eigenen Entscheidungen dazu zu treffen, wie sie und er dem Ende seines Lebens entgegentreten wünscht. Wer sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht sicher ist, wie sie und er zukünftig bei schweren Erkrankungen oder Unfällen mit Verlust der Urteilsfähigkeit behandelt werden möchte, kann sich der gemeinsamen Entscheidungsfindung nahestehender Personen und der dann zuständigen Ärztinnen und Ärzte anvertrauen.

Liegt keine Patientenverfügung vor, und ist es nicht möglich den mutmaßlichen Willen festzustellen, so wird sich die Entscheidung immer nach dem objektiven Wohl der Patientinnen und Patienten richten, mit der Gewährleistung aller sinnvollen lebenserhaltenden Maßnahmen.

Sind vorgedruckte Formblätter nützlich?

Eine Patientenverfügung kann entweder frei formuliert oder durch das Ausfüllen eines Formulars erstellt werden. Vorgefertigte Formulare haben den Vorteil, dass die betroffene Person unter medizinisch relevanten und aussagekräftigen Behandlungswünschen wählen kann. Dies sichert nicht nur die Qualität der Festlegungen, sondern auch ihre Umsetzung bei zukünftigen Behandlungsentscheidungen. Dabei sollte die und der Betroffene genau prüfen, ob sich die eigenen Behandlungswünsche hinreichend in dem Formular abbilden lassen. Darüber hinaus gehende Wünsche können in den Freitext-Feldern oder auf einem separaten Blatt dokumentiert werden.

Wer kann eine Patientenverfügung verfassen?

Eigentlich gibt es für die Patientenverfügung keine Altersgrenze. Die betroffenen Personen müssen allerdings in vollem Umfang einwilligungsfähig sein, d.h. sie müssen in der Lage sein, Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der medizinischen Maßnahmen zu erfassen und ihren Willen dementsprechend zu bestimmen. Bei urteilsfähigen Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sollte die Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen in enger Abstimmung mit den Eltern und den zuständigen Kinderärztinnen und Kinderärzten erfolgen.

Welche Rolle kommt der Sachwalterin und dem Sachwalter zu?

Die im Staatsgesetz Nr. 5 von 2004 vorgesehene Figur der Sachwalterin und des Sachwalters soll dem Schutz einer Person dienen, die aufgrund einer Krankheit oder einer körperlichen oder geistigen Behinderung unfähig ist, die eigenen Interessen wahrzunehmen. Ursprünglich nur als Schutz für Vermögensinteressen gedacht, wurde der Sachwalterin und dem Sachwalter in einigen neueren Urteilen auch die Möglichkeit zuerkannt, die betroffene Person auch bei medizinischen Fragen zu vertreten. Die Sachwalterin oder der Sachwalter kann medizinische Behandlungen im Namen oder in Vertretung der Person, der sie und er beigelegt wurde und deren Willen sie und er verpflichtet ist, ablehnen, vorausgesetzt die RichterIn oder der Richter hat eine solche Eingriffsmöglichkeit in der Ernennungsverfügung vorgesehen.

Die rechtliche Situation ¹

Informed consent

Die italienische Rechtsordnung anerkennt den Informed Consent (Einwilligung der aufgeklärten Patientin und des aufgeklärten Patienten) als einen der Menschenwürde innewohnenden Grundsatz. Wie auch der Verfassungsgerichtshof bestätigt hat, stellt der Informed Consent heute

„ein wahres und tatsächliches Recht der Person dar, das auf den in Art. 2 der Verfassung enthaltenen Grundsätzen, die dem Schutz und der Förderung der Person dienen, sowie auf den Grundsätzen der Artikel 13 und 32 der Verfassung beruht, aus denen hervorgeht, dass „die Freiheit der Person unverletzlich ist“ und dass „niemand, außer durch eine gesetzliche Verfügung, zu einer bestimmten medizinischen Heilbehandlung gezwungen werden kann“ (italienischer Verfassungsgerichtshof, Urteil Nr. 438 vom 23. Dezember 2008).²

Aber wie kann das Recht, Konsens oder Ablehnung auszudrücken, wahrgenommen werden, wenn die Person die Fähigkeit verloren hat, den eigenen Willen zu artikulieren?

In diesem Zusammenhang eröffnen sich zwei Alternativen: eine biologische und eine biographische.

Beim biologischen Ansatz wäre einer extremen Version des Vorsorgegrundsatzes, nach dem das Leben immer und in jedem Fall künstlich zu erhalten ist, der absolute Vorrang einzuräumen. Eine solche Lösung würde freilich die Möglichkeit ausschließen, den Willen der betroffenen Person zu berücksichtigen, der das Recht genommen würde, im Voraus zu verfügen, welche Behandlungen sie annehmen und welche ablehnen wolle.

Diese Ausrichtung, die auf der unwiderlegbaren Vermutung gründet, dass die Erhaltung des Lebens vorrangig sei, steht in Widerspruch zum kürzlich vom Staatsrat erlassenen Urteil, das ausschließt, dass der Begriff „Behandlung“ unweigerlich mit dem Anspruch der Schaffung eines körperlichen Nutzens für die Behandelten einhergeht. Die verabsolutierende und autoritative Definition von „Behandlung“ kann sich nicht hinwegsetzen:

„über den Willen der Patientinnen und Patienten, über deren spezifischen Behandlungsbedarf und letztendlich über deren unverletzbares Grundrecht

¹ Der hier dargestellte Sachverhalt könnte sich ändern, falls der von der Abgeordnetenkammer im April 2017 genehmigte Gesetzentwurf „Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento“ vom Senat behandelt und genehmigt wird.

² Die Freiwilligkeit der medizinischen Behandlungen ist außerdem aus einer Reihe anderer Rechtsquellen abzuleiten: Von internationalen Abkommen (siehe die Konvention von Oviedo, die allerdings in Italien noch nicht ratifiziert wurde) bis zum europäischen Recht (Charta der Grundrechte der Europäischen Union; in Kraft seit Dezember 2009), von der nationalen Gesetzgebung (Gesetze 833 und 180 von 1978) bis zum ärztlichen Ehrenkodex (überarbeitete Fassung 2014), und bis zur Anerkennung in der Rechtsprechung des Kassationsgerichtshofs (sowohl auf zivilrechtlicher Ebene, als auch, in eingeschränkter Form, im strafrechtlichen Rahmen).

auf therapeutische Selbstbestimmung als höchstem Ausdruck ihrer Persönlichkeit“

Der Versuch, den Willen der Betroffenen soweit möglich zu ermitteln, bietet eine Möglichkeit, um die Würde und den rechtlichen und moralischen Handlungsspielraum der Person wiederherzustellen. Diese Richtung, die wir als biographisch bezeichnen könnten, wurde nun mit einigen neuen gesetzgeberischen Komponenten eingeschlagen.

Die Konvention von Oviedo des Europarats, ein in Italien noch nicht ratifiziertes internationales Abkommen, das aber als Interpretationshilfe herangezogen wird, legt Folgendes fest: „Kann ein Patient im Zeitpunkt der medizinischen Intervention seinen Willen nicht äußern, so sind die Wünsche zu berücksichtigen, die er früher in Hinblick auf eine solche Intervention geäußert hat“ (Art. 9). Im ärztlichen Ehrenkodex, der zwar keine Gesetzeskraft hat, aber für den medizinischen Berufsstand verbindlich ist, heißt es, dass Ärztinnen und Ärzte im Falle von Betroffenen, die nicht im Stande sind, den eigenen Willen auszudrücken, in ihrem Handeln „die Patientenverfügung zu berücksichtigen haben“. Im Ehrenkodex des Krankenpflegepersonals wird hinzugefügt, dass „die Krankenpflegerin und der Krankenpfleger in Fällen, in denen die Betreuten nicht in der Lage sind, ihren Willen auszudrücken, dem zu entsprechen haben, was diese zuvor klar und in dokumentierter Form ausgedrückt haben“.

Was bedeutet aber „berücksichtigen“?

Zunächst einmal schließt die Formulierung das Nichtbeachten des zuvor ausgedrückten Willens aus. Es ist also nicht mehr möglich, so zu handeln, als wäre keine Patientenverfügung vorhanden, sondern es ist – eben - der einmal geäußerte Wille zu berücksichtigen. Andererseits verhindert diese Wortwahl, dass die Patientenverfügung als bindend gilt, denn „berücksichtigen“ bedeutet nicht zwingend eine unverrückbare Pflicht der Ärztin und des Arztes, sich immer und in jedem Fall daran zu halten, was der und die Kranke zuvor verfügt hat. Die in der Konvention und im Ehrenkodex enthaltene Wortwahl kann also dazu dienen, die schwierigsten Aspekte des Problems abzuschwächen und damit der Ärztin und dem Arzt einen Handlungsspielraum zu lassen, der tendenziell darauf ausgerichtet ist, den zuvor geäußerten Willen zu respektieren.

Bei dem Versuch, die getroffene Wortwahl mit weiterem Bedeutungsinhalt zu füllen, kann aus der Formulierung „berücksichtigen“ die Pflicht abgeleitet werden, dass **eine auf den Fall bezogene, vernünftige Begründung** in den Fällen anzuführen ist, in denen vom zuvor geäußerten Willen abgewichen werden soll. So könnten also diejenigen, die sich eventuell nicht an Patientenverfügungen halten würden, dies nicht einfach willkürlich machen, sondern hätten die Pflicht, ihre Entscheidung zu begründen, um, abgesehen von Gewissensgründen, zumindest darzulegen, inwiefern sich die ursprünglichen Umstände, die den zuvor ausgedrückten Willen bedingt hatten, inzwischen geändert haben. In diesem Sinne hatte sich ja bereits das Nationale Komitee für Bioethik im Jahr 2003 geäußert.

„Gelangt die Ärztin und der Arzt nach bestem Wissen und Gewissen zu der festen Überzeugung, dass die Wünsche der und des Erkrankten nicht nur legitim, sondern auch aktuell sind, so stellt deren Erfüllung nicht nur einen Teil der mit seiner Patientin und seinem Patienten eingegangenen Allianz dar,

sondern auch eine eindeutige, sich aus dem Ehrenkodex ergebende Pflicht. Wäre es doch eigenartig, würde man die Wünsche der und des Kranken dergestalt berücksichtigen, dass man, ohne dass eine Änderung ihrer und seiner Situation eingetreten wäre, ihren und seinen Wünschen zuwiderhandelte.“

Die Formulierungen der Konvention von Oviedo und des ärztlichen Ehrenkodexes können also in dem Sinn mit Inhalt erfüllt werden, dass die Patientenverfügung in dem Maße als verbindlich zu betrachten ist, als diese bewusst und in Übereinstimmung mit den tatsächlichen Umständen, in denen sich die Patientin und der Patient befindet, verfasst wurde. Mag auch eine gänzlich allgemein formulierte Patientenverfügung einen weiten Ermessensspielraum eröffnen, so scheint es doch im Gegensatz zu den geltenden Grundsätzen zu stehen, eine solche, die bewusst und klar formuliert wurde, nicht zu respektieren.

Ist es möglich eine Vertrauensperson zu nennen?

Unsere Rechtsordnung kennt noch keine klar definierte Vertrauensperson, die in Bezug auf das eigene Lebensende zu nominieren wäre. Einige Gerichte haben jedoch die allgemeiner definierte Figur der Sachwalterin bzw. des Sachwalters (Art. 404 ff. Zivilgesetzbuch) herangezogen, um so den Personen, die unfähig sind, die eigenen Interessen wahrzunehmen, eine Vertretung für den Bereich des medizinischen Behandlungsplans beizustellen. Eine solche Sachwalterschaft kann von der begünstigten Person selbst (Art. 406) beantragt werden, und es scheint keine überzeugenden Gründe dafür zu geben, bei Vorliegen einer der bestehenden Situation angemessenen Willensäußerung der Betroffenen, auszuschließen, die Sachwalterin und den Sachwalter, auch im Hinblick auf die medizinische Behandlung am Lebensende zur Vertretung der eigenen Interessen zu bevollmächtigen. Die Figur der Sachwalterin und des Sachwalters könnte also so ausgestattet werden, dass bei Vorliegen einer spezifischen Bevollmächtigung, diese den Willen der unfähig gewordenen Person auch im Hinblick auf die Unterbrechung lebenserhaltender Behandlungen vertreten könnte, dies wäre eine Annäherung an die Figur der bevollmächtigten Vertrauensperson, wie sie in den einschlägigen Normen einiger anderer Rechtsordnungen vorgesehen ist.

Wie ist bei Nichtvorliegen einer Patientenverfügung zu verfahren?

Bei den bisher dargestellten Möglichkeiten geht man davon aus, dass die Betroffenen, bevor sie in einen Zustand verfallen, in dem sie unfähig sind, den eigenen Willen zu artikulieren, ihre Entscheidungen dazu getroffen haben, zu welchen medizinischen Behandlungen sie Zugang wünschen, zu welchen nicht und wen sie bevollmächtigen wollen, ihren Willen zu vertreten. Liegen solche Willenserklärungen nicht vor, oder sind diese so allgemein gehalten, dass keine klaren Forderungen der Betroffenen ablesbar sind, so stellt sich das Problem in einer noch komplizierteren Form. Diesbezüglich sei unter anderem auf ein Urteil der Ersten Zivilsektion des Kassationsgerichtshofs (Nr. 21748 von 2007) verwiesen, in dem eine Reihe von Bedingungen als Voraussetzungen für die Unterbrechung lebenserhaltender Behandlungen festgelegt wurden. Der Gerichtshof hat unter anderem den Grundsatz festgelegt, dass „auf Ersuchen des vertretenden Vormunds, wobei die Spezialkuratorin und der Spezialkurator zu hören ist“, die Richterin und der Richter die Deaktivierung der

Ernährung und der künstlichen Flüssigkeitszufuhr ausschließlich bei Vorliegen der folgenden zwei Voraussetzungen verfügen kann:

- (a) Der Zustand des Wachkomas ist aufgrund einer vollständigen klinischen Abklärung als irreversibel zu betrachten und es besteht nach den international anerkannten wissenschaftlichen Standards keinerlei medizinische Grundlage, die eine wie immer geartete minimale Möglichkeit zur Wiedergewinnung eines auch nur schwachen Bewusstseinszustandes und damit zur Rückkehr zu einem auch nur geringen Erkennen der externen Welt als möglich erscheinen ließe.
- (b) Die genannte Forderung muss, auf der Grundlage klarer, eindeutiger und überzeugender Beweiselemente, der realen, verbalen Ausdrucksweise, den früher abgegebenen Erklärungen, der Persönlichkeit, dem Lebensstil, den Überzeugungen und der Auffassung von Menschenwürde der Patientinnen und Patienten entsprechen und zwar so, wie sich diese darstellten, bevor sie in den Zustand nicht vorhandenen Bewusstseins verfallen sind.

Von diesen Grundsätzen ausgehend, die als streng gelten können und dem Prinzip der äußersten Vorsicht bei einem solchen Unterfangen entsprechen, das die Rekonstruktion des individuellen Willens zum Ziel hat, wird hervorgehoben, dass die Richterinnen und der Richter auch dann, wenn keine schriftlichen Unterlagen mit eindeutigen Willensäußerungen vorliegen, angehalten ist, die Entscheidung lebenserhaltende Behandlungen zu beenden, sorgsam zu prüfen.

Der Fall der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Vom rechtlichen Standpunkt aus erscheinen künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr keineswegs als Ausnahmen von den allgemeinen bis hierher ausgeführten Regeln. Es kann wohl kaum geleugnet werden, dass Techniken der genannten Art medizinische Behandlungen darstellen, sodass wer ohne Ärztin und Arzt zu sein eine PEG vornimmt oder eine nasale Magensonde einführen oder klinisch steuern würde (wobei zum Beispiel eingebrachte Substanzen und Arzneimittel prozentuell zu dosieren sind), wegen widerrechtlicher Ausübung des ärztlichen Berufs belangt würde. Dazu ist auch ein Urteil des Kassationsgerichtshofs (Urteil 21748 aus dem Jahr 2007) zu beachten, aus dem folgender Wortlaut zu entnehmen ist: 21748 del 2007):

“Es besteht kein Zweifel, dass die künstliche Flüssigkeitszufuhr und die künstliche Ernährung mit Hilfe einer nasalen Magensonde den medizinischen Behandlungen zuzurechnen sind. Solche Behandlungsformen sind Bestandteile eines Verfahrens, das wissenschaftliche Kenntnisse voraussetzt, die von Ärztinnen und Ärzten umgesetzt werden, auch wenn sie in der Folge von nichtärztlichem Personal fortgesetzt werden. Die betreffenden Verfahren bestehen in der Verabreichung von Präparaten in Form von chemischen Verbindungen und können ohne Hilfe technischer aufwendiger Mittel nicht durchgeführt werden.“

Diese Ausrichtung wurde kürzlich auch vom Staatsrat bekräftigt, der hervorgehoben hat, dass:

„Die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr medizinische Behandlungen sind“ und dass „das Legen, Erhalten und Entfernen einer Nasensonde oder einer PEG-Sonde medizinische Interventionen sind, die im Rahmen und in Funktion einer speziellen und bewusst gewählten Therapiestrategie mit der erforderlichen Einwilligung der Betroffenen durchgeführt werden“.

Diesen Überlegungen steht der Standpunkt derjenigen gegenüber, die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als Pflichtbehandlungen betrachten, die aus der Patientenverfügung auszuschließen sind. Diese Ansicht wurde auch in einen Gesetzesentwurf aufgenommen, der zwar von 2009 bis 2012 im Parlament diskutiert, aber nicht angenommen wurde.

Hinweise zum Ausfüllen der Patientenverfügung

Allgemeine Hinweise

In der Mitte dieser Broschüre finden Sie ein Formular für eine Patientenverfügung, in das Sie ihre Behandlungswünsche für zukünftige medizinische Behandlungen bei Verlust der Entscheidungs- oder Kommunikationsfähigkeit eintragen können. Patientenverfügungen können grundsätzlich auch ganz frei formuliert werden. In den letzten Jahren hat sich aber herausgestellt, dass es für die Anwendung der Patientenverfügungen von Vorteil ist, wenn sie im Wesentlichen einheitlich gestaltet sind: Die Wünsche der Betroffenen sind dann aussagekräftig formuliert und decken relevante medizinische Entscheidungssituationen präzise ab. Patientenverfügungen richten sich in erster Linie an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und sollten deshalb auch medizinisch korrekte und hinreichend konkrete Festlegungen enthalten.

Zudem erleichtern einheitliche Formulare die Umsetzung, da das Gesundheitspersonal mit den Formulierungen und damit auch mit dem möglichen Inhalt der Patientenverfügung besser vertraut ist. Damit sind Sie jedoch nicht in ihren Möglichkeiten der Vorausplanung eingeschränkt: Sie können immer handschriftlich oder auch mit dem Computer weitere Festlegungen hinzufügen, um Ihren ganz individuellen Wünschen Ausdruck zu verleihen. Wenn Sie möchten, können Sie auf Grundlage der im Formular vorgeschlagenen Formulierungen auch ganz eigenständig ihre Patientenverfügung formulieren. Die Beratung durch eine medizinisch kompetente Person ist dann aber noch wichtiger, damit Sie Ihre Behandlungswünsche medizinisch aussagekräftig formulieren und ihre Festlegungen auch richtig verstehen.

Inhalte der Patientenverfügung in der Übersicht

Mit der vorliegenden Patientenverfügung können Sie festlegen, wie Sie in Zukunft medizinisch behandelt werden möchten, wenn Sie die Entscheidungen nicht mehr selbst treffen oder kommunizieren können. Dazu müssen Sie zum einen medizinische Situationen beschreiben, für die Sie Behandlungsentscheidungen im Voraus planen möchten. Zum anderen müssen Sie dann Behandlungsmaßnahmen benennen, die in der jeweiligen Situation durchgeführt oder nicht durchgeführt werden sollen. Diese Festlegungen beziehen sich auf Behandlungen, die Ihr Leben verlängern sollen (sog. lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen). Leidenslindernde Behandlungsmaßnahmen werden hingegen bei Bedarf immer durchgeführt, um Ihnen das Leben bei einer schweren Erkrankung und in der Sterbephase zu erleichtern. Diese palliativen Maßnahmen sind in der Patientenverfügung entsprechend dennoch aufgeführt, um Ihnen die Sicherheit zu geben, dass Sie bei einem Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen nicht unter belastenden Symptomen leiden müssen. Nicht verfügen können Sie über Maßnahmen, die im Sinne einer Euthanasie eine gezielte Beendigung des Lebens, d.h. eine aktive Tötung bedeuten würden. Die Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen, sodass z.B. ein Krankheitsverlauf zum Tod führt, stellt nicht eine aktive Tötung dar. Deshalb können Sie eine solche Ablehnung im Voraus festlegen. Zudem können Sie in der Patientenverfügung eine Person Ihres Vertrauens benennen, die dann stellvertretend für Sie entscheiden soll, wenn Sie selbst nicht mehr dazu in der Lage sind. Die Vertrauensperson muss sich dabei an Ihrem in der Patientenverfügung erklärten Willen orientieren. Wie bereits erwähnt sollten Sie sich nach Möglichkeit bei der

Erstellung Ihrer Patientenverfügung von einer Ärztin oder einem Arzt Ihres Vertrauens – idealerweise durch Ihre Hausärztin oder Ihren Hausarzt – beraten lassen. Diese sollten dann auf der Patientenverfügung mit ihrer Unterschrift bestätigen, dass Sie beim Abfassen der Patientenverfügung einwilligungsfähig sowie über die Inhalte und mögliche Folgen der Festlegungen aufgeklärt waren. Diese Information gibt später dem Gesundheitspersonal und auch Ihren Angehörigen die Sicherheit, dass es sich bei den Festlegungen in der Patientenverfügung um Ihre wohlinformierten, sorgfältig abgewogenen Wünsche handelt. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Ihre Wünsche „im Ernstfall“ einer Entscheidungssituation dann auch tatsächlich angemessen berücksichtigt werden.

Auch wenn die Gültigkeit Ihrer Patientenverfügung zeitlich nicht begrenzt ist, empfiehlt es sich, die Festlegungen in regelmäßigen Abständen zu überprüfen: Entsprechen sie noch meinen aktuellen Wünschen? Insbesondere wenn sich die Krankheitssituation oder das soziale Umfeld verändert, ist eine Überprüfung der Festlegungen und ggf. eine Anpassung der Patientenverfügung sinnvoll. Gerade bei chronischen Erkrankungen, die mit zunehmenden Einschränkungen einhergehen, kann sich der Wunsch nach lebensverlängernden Behandlungsmaßnahmen im Verlauf deutlich verändern.

Medizinische Entscheidungssituationen und Behandlungsverfahren

Es ist nicht möglich, alle möglichen Erkrankungen und Behandlungssituationen abzudecken. Dies ist aber auch nicht erforderlich: Zum einen müssen Sie nur solche Situationen vorausplanen, in denen Sie voraussichtlich dauerhaft oder zumindest über einen längeren Zeitraum hinweg nicht mehr selbst entscheiden können. Zum anderen brauchen Sie nicht für eine einzelne Erkrankung Festlegungen zu treffen, sondern nur für bestimmte Krankheitszustände – es sei denn, Sie leiden an einer chronischen Erkrankung, deren Verlauf gut bekannt ist und für den Sie vorausplanen möchten.

Wenn Sie – was sehr zu empfehlen ist – Behandlungswünsche für die aller Voraussicht nach unwiderrufliche Bewusstlosigkeit dokumentieren, ist es unerheblich, ob die dauerhafte Schädigung des Gehirns durch eine schwere Verletzung, eine akute Blutung oder einen schweren Schlaganfall verursacht wurde. Ebenso kommt es bei den Festlegungen für einen unaufhaltsam fortschreitenden Hirnabbau-Prozess nicht darauf an, um welche Form es sich bei der Demenz handelt.

Nicht zuletzt lassen sich bei bestimmten Erkrankungen die Behandlungen kaum vorausplanen. Dies ist bspw. bei bösartigen Tumorerkrankungen der Fall, bei denen der genaue Verlauf und die eigenen Behandlungswünsche kaum vorherzusagen sind. In der Regel ist bei Tumorerkrankungen auch keine Vorausplanung erforderlich, da die meisten Patienten bis in die letzte Lebensphase hinein noch selbst entscheiden können. Bitte überlegen Sie gemeinsam mit der Ärztin und dem Arzt Ihres Vertrauens, ob es noch weitere Entscheidungssituationen gibt, für die Sie gerne eine Vorausplanung machen möchten und tragen Sie diese gegebenenfalls in die Freitext-Felder ein.

Ähnliches gilt für die Benennung medizinischer Behandlungsmaßen: Auch dabei ist es nicht erforderlich, alle nur erdenklichen lebensverlängernden Maßnahmen aufzulisten. Vielmehr geht es um die Frage, ob Sie in den zuvor beschriebenen medizinischen Situationen schwerer Erkrankung *überhaupt* noch lebensverlängernd behandelt werden möchten oder nicht. Welches Behandlungsverfahren im Einzelnen dabei jeweils erforderlich wäre, ist hingegen meist nicht entscheidend. Extra aufgeführt ist die sog. künstliche Ernährung und

Flüssigkeitszufuhr, obgleich es sich dabei auch um eine lebensverlängernde Behandlungsmaßnahme handelt, da hier die Unsicherheiten über das medizinisch vertretbare und rechtlich erlaubte in der Praxis am größten sind. Grundsätzlich gilt, dass Nahrung und Flüssigkeit nur dann über eine Sonde oder eine Infusion zugeführt werden dürfen, wenn dies Ihrem zuvor erklärten (oder mutmaßlichen) Willen entspricht. Verzichtet man bei einer schweren Schädigung des Gehirns auf eine künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, leiden die Betroffenen in der Regel weder Hunger noch Durst. Eine gute Mundpflege kann ein Durstgefühl durch trockene Schleimhäute wirksam beheben. Bitte klären Sie auch hier mit der Ärztin oder dem Arzt Ihres Vertrauens, was es für Sie bedeutet, in diesen Situationen auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen zu verzichten.

Weitere von Ihnen gewünschte oder nicht gewünschte Behandlungsmaßnahmen können Sie im Freitext-Feld angeben.

Benennung einer Vertreterin oder eines Vertreters

Die Patientenverfügung dokumentiert Ihre Wünsche für den Fall, dass Sie selbst nicht mehr über den Einsatz lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen entscheiden können. In dieser Situation kann es sinnvoll sein, wenn diese Wünsche von einer Ihnen vertrauten Person zur Geltung gebracht werden kann. Es empfiehlt sich deshalb, neben den Behandlungswünschen in der Patientenverfügung eine Vertreterin oder einen Vertreter zu benennen, die bzw. der dann stellvertretend für Sie gemäß Ihren Wünschen entscheiden kann. Diese Vertrauensperson kann zudem Auskunft über Ihren mutmaßlichen Willen geben, falls eine konkrete Entscheidungssituation nicht von Ihrer Patientenverfügung abgedeckt ist. Für diesen Fall ist es sinnvoll, die Vertrauensperson frühzeitig zu informieren bzw. in die Gespräche mit der Hausärztin oder dem Hausarzt einzubeziehen.

Folgende Fragen können für die Auswahl der Vertrauensperson hilfreich sein:

- Mit wem unterhalten Sie eine tiefe, verlässliche Beziehung?
- Wer wäre bereit und fähig, gemäß dem Willen der oder des Betroffenen zu entscheiden – ungeachtet eigener, evtl. abweichender Gefühle und Anschauungen?
- Wem ist am ehesten zuzutrauen, den Willen der oder des Betroffenen z.B. gegenüber Ärztinnen und Ärzten durchzusetzen, auch gegen Widerstand?
- Wer wohnt in der Nähe, würde sich die Zeit nehmen und ist bereit, diese Aufgabe zu übernehmen?
- Wem wäre es in einer akuten, unter Umständen psychisch belastenden Entscheidungssituation emotional zumutbar, diese Aufgabe zu übernehmen?

Bitte beteiligen Sie die Vertrauensperson frühzeitig bei Ihren Überlegungen und wenn möglich auch bei den Gesprächen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt. Dies vermittelt der Vertrauensperson nicht nur wertvolle Information zur Interpretation Ihrer Vorausverfügung, sondern stärkt zudem Ihre Beziehung. Gerne können Sie auch andere nahestehende Personen in die Planungen einbeziehen.

Allgemeine Einstellungen zum Leben, zu schwerer Krankheit und Tod

Bevor Sie in der Patientenverfügung konkrete Behandlungswünsche für den Verlust der Einwilligungsfähigkeit festlegen, ist es sinnvoll, wenn Sie sich zunächst ein paar Gedanken machen über Ihre allgemeinen Einstellungen zum Leben und zum Einsatz medizinischer

Maßnahmen. Diese Überlegungen können dann als Grundlage für die weitere Planung in der Patientenverfügung dienen. Zudem sind sie hilfreich bei der Ermittlung Ihres mutmaßlichen Willens in Situationen, die nicht durch die detaillierteren Festlegungen in der Patientenverfügung abgedeckt sind. Die folgenden Fragen sollen es Ihnen erleichtern darüber nachzudenken, was das (Weiter-)Leben für Sie bedeutet und welche Belastungen und Risiken durch medizinische Maßnahmen Sie – wenn überhaupt – bereit sind, zur Erhaltung Ihres Lebens auf sich zu nehmen (Quelle: Programm *beizeiten begleiten*). Auch diese Fragen können Sie gerne mit Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt und mit nahestehenden Personen bzw. mit Ihren Angehörigen besprechen.

Die Einstellungen zum Leben sowie zum Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod sind oft auch von den persönlichen religiösen Vorstellungen geprägt. Unter den Religionsgemeinschaften besteht weitgehender Konsens darüber, dass das Leben in den Phasen von Erkrankung und des Sterbens besonders verwundbar und deshalb auch schützenswert ist, bzw. dass die Würde von kranken oder sterbenden Menschen geschützt werden muss. Auch besteht Konsens darüber, dass keine Pflicht besteht, das Leben um jeden Preis zu erhalten, sondern dass es ein Recht darauf gibt, sterben zu dürfen, wenn das Leben an sein Ende gelangt oder eine Krankheit zum Tod führt. In einigen Fragen, z.B. in Bezug auf die Bewertung von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr im Falle einer schweren und unwiederbringlichen Hirnschädigung (z.B. Wachkoma), können die Grundüberzeugungen in den einzelnen Religions- oder Konfessionsgemeinschaften voneinander abweichen. Wenn Sie sich an die sittlichen Überzeugungen Ihrer Religionsgemeinschaft gebunden fühlen, kann es hilfreich sein, wenn Sie das Gespräch mit einer oder einem für diesen Bereich kompetenten Vertreter Ihrer Religionsgemeinschaft suchen und sich mit ihr oder ihm beraten.

Wie gerne leben Sie?

Welche Bedeutung hat es für Sie, (noch lange weiter) zu leben?

Wenn Sie ans Sterben denken, was kommt Ihnen dann in den Sinn?

Wenn Ihnen jemand sagen würde, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – was würde das für Sie jetzt bedeuten?

Was und zu welchem Preis darf medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben zu verlängern?

Welche Sorgen und Ängste bewegen Sie, wenn Sie an zukünftige medizinische Behandlung denken? Gibt es Umstände, unter denen die Verlängerung des Lebens für Sie kein Behandlungsziel mehr wäre?

Beispiele für Situationen, in denen Sie nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden sollen: (Denken Sie dabei auch an andere Menschen, deren Krankheitsverlauf Sie miterlebt haben.)

Gibt es religiöse, spirituelle oder persönliche Überzeugungen oder kulturelle Hintergründe, die Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig sind?

Begriffe

Ärztlich assistierter Suizid

Menschen erhalten die Substanz zur Selbsttötung von einer Ärztin oder einem Arzt.
In Italien ist assistierter und ärztlich assistierter Suizid verboten.

Assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung)

Menschen nehmen selbstständig eine Substanz zur Selbsttötung ein, welche ihnen von einer anderen Person zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt wird.

Ethik

Die Ethik ist eine praktische Disziplin der Philosophie und versteht sich als Wissenschaft vom moralischen Handeln. Sie befasst sich mit der Entstehung, Veränderung und Wirkung der Moral und somit ihrer Reflexion. Dabei sucht sie Begründungen für bestimmtes Handeln innerhalb menschlicher Wertvorstellungen und Normen im Kontext menschlicher Lebenspraxis. Im Alltag bezeichnet die Ethik das Nachdenken über moralische Fragen.

Ethikberatung

Die Ethikberatung bietet dem Gesundheitspersonal und den Angehörigen eine Unterstützung bei schwierigen ethischen Entscheidungen in der Patientenversorgung. In der Regel erfolgt die Entscheidungsunterstützung im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung, an der alle an der Versorgung der Patientin und des Patienten beteiligten Personen teilnehmen.

Hirntod

Zustand des unwiederbringlichen Erloschenseins der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms bei einer durch kontrollierte Beatmung noch aufrechterhaltenen Herz-Kreislauffunktion. Der Eintritt des Hirntods gilt heute juristisch als Todeszeitpunkt.

Hospizbewegung oder Hospizkultur

Die moderne Hospizbewegung befasst sich mit der Verbesserung der Situation Sterbender und ihrer Angehörigen, sowie der Integration von Sterben und Tod ins Leben.

Die Hospizbewegung entwickelte sich Ende der 1960er-Jahre, ausgehend von England.

Dort gründete Cicely Saunders 1967 mit dem St. Christopher's Hospice das erste stationäre Hospiz und löste damit die weltweite Etablierung von Hospizen aus.

Informiertes Einverständnis (consenso informato, ital.; informed consent, engl.)

Einwilligung von urteilsfähigen Patientinnen und Patienten in eine medizinische Maßnahme, nachdem sie seitens der Ärztin oder des Arztes/ entsprechend über Vor- und Nachteile informiert wurden.

Intensivmedizin („an Schläuchen hängen“...)

Die Intensivmedizin schafft Voraussetzungen, damit schwer erkrankte Menschen, bei denen lebenswichtige Organe ausgefallen sind, wieder gesund werden können.

Dies geschieht auf einem hohen technischen Niveau, nach bestem Wissen und Gewissen der Behandelnden, nicht nur um des technisch Machbaren, sondern auch um des menschlich und ethisch Sinnvollen willen. Die Frage des menschlich und ethisch Sinnvollen wird besonders dann akut, wenn eine Therapie nicht mehr heilungsorientiert ist, weil die Heilung oder die Besserung des Krankheitszustandes aus medizinischer Sicht unwahrscheinlich ist oder weil Maßnahmen in der Endphase einer Erkrankung bzw. des Lebens nur mehr eine kurzfristige lebensverlängernde Wirkung haben bzw. den Sterbeprozess hinauszögern.

Methoden für einen vorübergehenden Ersatz ausgefallener Organe, um sie zu entlasten und zu regenerieren:

- Künstliche Beatmung
 - Nierenersatztherapie (Dialyse)
 - Herzunterstützung oder -ersatz
- Künstliche Beatmung: Mit modernen Beatmungsgeräten kann eine kranke Lunge (Lungenschaden, Brustkorbverletzungen, Vergiftungen...) mit relativ gutem Komfort für die Patientin und den Patienten auch über längere Zeit unterstützt oder ersetzt werden.
 - Nierenersatztherapie (Dialyse, auch als Blutwäsche bekannt): Nierenversagen ist bei schwerer Erkrankung relativ häufig. Die Nierenfunktion kann heute technisch mit Pumpen und Filtern auch vorübergehend gut ersetzt werden.
 - Herzversagen: Die Unterstützung des Herzens geschieht in erster Linie medikamentös. In seltenen Fällen kann in Erwartung einer Herztransplantation auch eine Pumpe in der Hauptschlagader oder ein künstliches Herz die Aufrechterhaltung des Kreislaufs gewährleisten.

Viele Schläuche und Kabel in der Intensivmedizin dienen der Überwachung bzw. der Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung bzw. der Ableitung von Körperflüssigkeiten.

Künstliche Ernährung

Unter künstlicher Ernährung versteht man die Ernährung eines Menschen, der selbst nichts essen kann, darf oder will, unter Einsatz von medizinischen Hilfsmitteln.

Unterschieden wird zwischen:

- **Enterale Ernährung** bedeutet Ernährung über den Magen-Darm-Trakt. Dies geschieht heute vorwiegend über Sonden (Magensonde, PEG, s. unten)
- **Parenterale Ernährung** bedeutet Ernährung unter Umgehung des Verdauungstraktes durch direkte Verabreichung der Nährstoffe ins Blut (als Infusion über Venenkatheter).
- **Magensonde**

Sonde zur Nahrungs-, Flüssigkeits- und Medikamentenzufuhr für Menschen, bei welchen eine normale Passage der oberen Verdauungswege (Mund, Rachen, Speiseröhre) nicht möglich ist, z.B. bei Schluckstörungen, mechanischen Hindernissen wie Tumor...

- **PEG-Sonde** (Perkutane Endoskopische Gastrostomie)

Dies ist ein direkter Zugang zum Magen über die Bauchwand und ermöglicht Menschen mit Schluckstörungen unterschiedlichster Ursache die künstliche Ernährung über eine lange Zeit.

Lebenserhaltende Maßnahmen

Zu den lebenserhaltenden Maßnahmen gehören alle Behandlungsverfahren, die das Leben einer Patientin und eines Patienten aufrechterhalten. Dazu gehören akut lebensrettende Maßnahmen wie die Reanimation (Herz-Lungen-Wiederbelebung) oder die maschinelle Beatmung, aber auch die Verabreichung von Medikamenten, die Transfusion von Blut, die Dialyse (Blutwäsche) oder die künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr.

Lebensqualität

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird mit Lebensqualität vorwiegend der Grad des Wohlbefindens eines Menschen beschrieben.

Ein Faktor ist der materielle Wohlstand, daneben gibt es eine Reihe weiterer Faktoren wie Bildung, Berufschancen, sozialer Status, Gesundheit.

Lebensqualität wird individuell und unterschiedlich bewertet.

Leichnam

Der Begriff Leichnam bezeichnet einen toten menschlichen Körper. Auch der tote Körper ist mit Pietät zu behandeln, da in ihm die Persönlichkeitsrechte eines Menschen nachwirken. Würde und Achtung des Leichnams sind durch bestimmte Rechtsvorschriften definiert sowie durch rituelle und kultische Bräuche geregelt. Die Fürsorge für einen toten Menschen liegt bei den nächsten Angehörigen, soweit die und der Verstorbene gemäß Selbstbestimmungsrecht keine anderen Anordnungen getroffen hat.

Moral/ Sittlichkeit

Moral bezeichnet meist die faktischen Handlungsmuster, -konventionen, -regeln oder -prinzipien bestimmter Individuen, Gruppen oder Kulturen, sofern diese wiederkehren und sozial anerkannt werden. Moral beschreibt demnach, was Menschen faktisch für sittlich richtig halten oder was sie gemäß ihren Vorstellungen vom sittlich richtigen Handeln tun bzw. erwarten.

Mutmaßlicher Wille

Der mutmaßliche Wille entspricht dem Willen des Menschen, den er wahrscheinlich äußern würde, wenn er im aktuellen Moment noch einwilligungsfähig wäre. Der mutmaßliche Wille ergibt sich aus der Bewertung aller feststellbaren Informationen wie einer nicht auf die

aktuelle Situation zutreffenden Patientenverfügung, Angaben einer ernannten Vertrauensperson, früher gemachten Äußerungen und anderen biographischen Hinweisen.

Obduktion / Autopsie:

Darunter versteht man die medizinische Untersuchung eines Leichnams (Pathologie oder Gerichtsmedizin) aus wissenschaftlichen oder forensischen Gründen.

Organspende (postmortale):

Ein Mensch kann zu Lebzeiten verfügen, dass er im Todesfall Organe, Gewebe oder Zellen kranken Menschen zur Verfügung stellen bzw. spenden möchte.

Nach Feststellung des Hirntods werden dabei wichtige Körperfunktionen intensivmedizinisch aufrechterhalten (z.B. maschinelle Beatmung), damit die Organe, Gewebe und Zellen bis zum Zeitpunkt der Entnahme ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt werden. In Italien werden Menschen, die keine diesbezügliche Erklärung für oder gegen eine Organspende abgegeben haben, nach der gesetzlichen Regelung grundsätzlich als Organspenderinnen und Organspender angesehen, wobei den Angehörigen ein Widerspruchsrecht eingeräumt wird.

Palliative Care

Palliative Care ist „...ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen und deren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, zutreffende Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (WHO 2002)

Palliative Sedierung

Unter palliativer Sedierung versteht man die Verabreichung von stark beruhigenden bzw. bewusstseinsdämpfenden Medikamenten, um durch eine Bewusstseinsminderung oder Schlaf unerträgliche Symptome zu lindern, die auf keine andere Behandlung ansprechen.

Patientenautonomie / Selbstbestimmung der Patientin und des Patienten

Patientenautonomie bedeutet das Recht eines Menschen, in Bezug auf medizinische und therapeutische Maßnahmen, die seine Gesundheit bzw. Krankheit betreffen, selbstbestimmt zu entscheiden. Sie umfasst das Recht auf das informierte Einverständnis (s. oben). Im engeren Sinn wird sie als Abwehrrecht verstanden, d.h. als Recht, medizinische und therapeutische Maßnahmen abzulehnen. Im weiteren Sinne umfasst sie auch die Wünsche der Patientin und des Patienten, die von den Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und Angehörigen berücksichtigt werden sollen, solange sie nicht nachweislich dem Wohl, der Gesundheit oder dem Leben eines Menschen schaden.

Patientenverfügung

Patientenverfügungen sind schriftliche, mit dem Datum ihrer Erstellung versehene Willensbekundungen einer einwilligungsfähigen Person (betroffene Person), die diese im Hinblick auf medizinische oder pflegerische Maßnahmen abgibt, die im Fall ihrer möglichen künftigen Einwilligungsunfähigkeit vorgenommen oder unterlassen werden sollen.

Sachwalterschaft

Mit dem Gesetz Nr. 6 vom 9. Jänner 2004 hat der Gesetzgeber eine neue Schutzmöglichkeit für vollständig oder teilweise handlungsunfähige Menschen eingeführt, die ihr tägliches Leben nicht mehr ohne Hilfe bewältigen können und für sie befristete oder unbefristete Sachwalterschaft vorgesehen.

Der wesentliche Unterschied im Vergleich zu den früheren Rechtsinstituten der Entmündigung ist der Umstand, dass den Betroffenen ihre Handlungsberechtigung nicht entzogen, sondern so geringfügig wie möglich eingeschränkt wird.

Sterbehilfe

Sterbehilfe ist ein mehrdeutiger Begriff, deshalb ist eine differenzierte Benennung und Unterscheidung der verschiedenen Arten von Sterbehilfe wichtig.

Das Spektrum der Bedeutungen reicht von allgemein anerkannten pflegerischen oder ärztlichen Tätigkeiten bei sterbenden Menschen (Hilfe *beim* Sterben) bis hin zur Tötung von Personen (Hilfe *zum* Sterben)

- **(Direkte) aktive Sterbehilfe (Euthanasie, Tötung auf Verlangen)**

Das aktive, bewusste ärztliche Eingreifen – zum Beispiel durch die Gabe eines sehr hoch dosierten Medikaments – zur Beendigung des Lebens auf ausdrücklichen Wunsch des Menschen. Diese Maßnahmen zielen deshalb direkt auf den Tod eines Menschen.

- **Passive Sterbehilfe**

Die Entscheidung, bei einem schwer kranken und aussichtslos leidenden Menschen entweder auf eine lebensverlängernde Therapie zu verzichten oder eine bereits begonnene lebensverlängernde Therapie zu reduzieren oder zu beenden. Dabei wird das durch die Erkrankung bedingte Sterben des Patienten zugelassen.

- **Indirekte (aktive) Sterbehilfe**

Als indirekte Sterbehilfe werden leidenslindernde Behandlungsmaßnahmen bezeichnet, die unter Umständen den Sterbeprozess - als unbeabsichtigte Nebenfolge – beschleunigen können.

Sterben

Unter Sterben versteht man jene Zeit am Ende des Lebens, in dessen Verlauf allmählich alle Körperfunktionen erlöschen und der Tod eintritt.

- **Klinischer Tod:** Herz-Kreislauf- und Atemstillstand
- **Hirntod:** Kompletter, unwiederbringlicher Funktionsausfalls des gesamten Gehirns; der Eintritt des Hirntods gilt heute juristisch als Todeszeitpunkt.

Bei längerer schwerer Krankheit spricht man von weiteren Phasen, welche die Nähe zum Sterben beschreiben.

- **Terminalphase:** Stadium einer Erkrankung, das dem Tod vorausgeht – es handelt sich um Tage oder wenige Wochen.
- **Finalphase:** Stadium einer Erkrankung, das dem Tod unmittelbar vorausgeht – es handelt sich um Stunden oder wenige Tage (ca. 72 h).

Therapeutisches Beharren (accanimento terapeutico, ital.; futile therapy, engl.)

Therapeutisches Beharren (therapeutischer Übereifer) stellt eine Haltung gegenüber sterbenden Menschen dar, die den Einsatz aller diagnostischen und therapeutischen Mittel umfasst, um eine Person, deren Sterbeprozess einen unaufhaltsamen Verlauf genommen hat, am Leben zu erhalten, ohne Rücksicht auf die individuelle und spezifisch klinische Situation.

Total Pain

Das "Total Pain"-Konzept (C. Saunders) beschreibt die verschiedenen Dimensionen der Schmerzen: physischer Schmerz, psychischer Schmerz, sozialer Schmerz und spiritueller Schmerz.

Wachkoma (apallisches Syndrom, Syndrom reaktionsloser Wachheit)

Darunter versteht man einen Zustand, bei der die Funktion der Großhirnrinde durch eine schwerwiegende Schädigung des Gehirns stark beeinträchtigt oder erloschen ist, während Funktionen von Zwischenhirn, Hirnstamm und Rückenmark erhalten bleiben. Dadurch wirken die Betroffenen zwar wach, haben aber keine bewusste Wahrnehmung und können nicht mit ihrer Umwelt in Kontakt treten („reaktionslos“).

Patientenverfügung

Art 2, 13 und 32 der ital. Verfassung; Ital. Verfassungsgerichtshof Urteil 438 vom 23.12.2008

Ich, Unterfertigte/r

Name	Nachname
geboren in	(Prov)
am	
wohnhaft in	Straße/Platz

verfüge für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr selbst mitteilen kann, Folgendes:

Situationen, für die diese Verfügung gilt: *(Zutreffendes habe ich angekreuzt bzw. eingefügt)*

<input type="checkbox"/>	Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
<input type="checkbox"/>	Wenn ich aufgrund einer schweren Gehirnschädigung (z.B. Schädelhirntrauma, Gehirnblutung, schwerer Schlaganfall) meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe (z.B. Wachkoma), selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Ich weiß, dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nie gänzlich auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.
<input type="checkbox"/>	Wenn ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen Nahrung oder Flüssigkeit auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr selbst zu mir nehmen kann.
<input type="checkbox"/>	

Wenn ich mich in einer der von mir oben benannten Situationen befinde, verlange ich, dass *(Zutreffendes habe ich angekreuzt bzw. eingefügt)*

- alle medizinisch sinnvollen lebenserhaltenden Maßnahmen fortgesetzt werden.
- auf intensivmedizinische Betreuung jedoch verzichtet wird.
- alle lebenserhaltenden Maßnahmen einschließlich künstlicher Beatmung unterlassen werden.
- ich keine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr erhalte. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden.
- ich keine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr erhalte, wenn diese nachweislich ihre Zielsetzung nicht mehr erreicht oder wenn Nahrung und Wasser von meinem Körper nicht mehr aufgenommen werden, ohne mir erhebliches physisches Unbehagen zu verursachen.
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet werden.

- () im Falle von akut auftretenden zusätzlichen Komplikationen oder einer Zweiterkrankung auf heilungsorientierte Therapie, Intensivtherapie oder Wiederbelebungsmaßnahmen verzichtet wird, auch wenn diese Komplikationen oder Zweiterkrankung lebensbedrohlich sind.
- () Wenn ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr selbst zu mir nehmen kann oder ich das Essen verweigere, ich aber noch schlucken kann, bitte ich darum, dass mir eine Vertrauensperson geduldig Essen reicht und mir Nahrung anbietet, ohne mich zum Essen zu nötigen, und dabei meine persönlichen kulinarischen Vorlieben berücksichtigt.

Für den Fall, dass in den von mir beschriebenen Situationen eine der vorgenannten Maßnahmen bereits eingeleitet ist, verlange ich deren Einstellung.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein *mutmaßlicher Wille* im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Als Richtschnur soll gelten: Mit lebensverlängernder Behandlung bin ich so lange einverstanden, wie ich im Urteil Dritter – insbesondere meiner Bevollmächtigten – Freude am Leben habe und die Chancen der empfohlenen Behandlung voraussichtlich die damit einhergehenden Belastungen und Risiken für mich überwiegen.

In jedem Fall wünsche ich eine fachgerechte Pflege, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, insbesondere Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderen belastenden Symptomen. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Falls ich in den unmittelbaren Sterbeprozess eintrete, soll dieser akzeptiert und höher gewertet werden als noch mögliche intensivmedizinische oder therapeutische Maßnahmen, die den Sterbeprozess nicht verhindern, sondern nur mehr hinauszögern bzw. verlängern können.

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab. Die Bedeutung und Tragweite meiner Erklärung ist mir bewusst, insbesondere ist mir bekannt, dass diese Verfügung meine Ärztinnen und Ärzte, meine gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter und meine Angehörigen bindet. Mir ist auch klar, dass meine Entscheidung, in einer der oben genannten Situationen die benannten ärztlichen Maßnahmen abzulehnen, dazu führen kann, dass meine Lebenszeit verkürzt bzw. mein Sterbeprozess beschleunigt wird. Ich weiß, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Diese Verfügung soll dem an meiner Behandlung und Pflege beteiligtem Gesundheitspersonal zugänglich gemacht werden.

Datum

Unterschrift

Benennung eines Vertreters/einer Vertreterin

Hiermit erteile ich folgender Person die Vollmacht, mich in allen Fragen von Behandlung und Pflege zu vertreten. Dies umfasst auch die Umsetzung dieser Patientenverfügung:

Name

Anschrift:

Telefon

Datum

Unterschrift

Ärztliche Aufklärung und Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____ wurde von mir am __ / __ / 20__ bzgl. der Inhalte und möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Zur späteren Bestätigung der Verfügung

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht verändert hat.

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift