

Fragebogen zur Patientenverfügung



BEN TANIS
Rechtsanwalt

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Telefon

Wir fragen nach Ihrer persönlichen Einstellung!

- Eine Patientenverfügung wird stets dann von Bedeutung, wenn ein Mensch nicht mehr in der Lage ist seinen Willen bezüglich einer medizinischen Behandlung klar zum Ausdruck zu bringen. Mit den nachfolgenden Fragen und Auskünften ermöglichen Sie uns Ihre individuelle Patientenverfügung zu erstellen.

In unsere Patientenverfügung sind situationsbezogen Abwägungen vorgesehen, z.B. zu Besserungschance, Schwerstpflegebedürftigkeit, Schmerzlinderung, Lebensverlängerung, Sterbehilfe. Dabei kommt es auf die sogenannte Wertanamnese, die Erfassung Ihrer persönlichen Einstellung an. Sollte es Unklarheiten zu Behandlungsmaßnahmen oder Krankheitsbildern geben, so wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt oder Ihre Ärztin.

Hinweise zur Bearbeitung dieses Fragebogens:

- Sie können den vorliegenden Fragebogen nahezu frei verwenden um Ihren Wünschen Ausdruck zu verleihen. Mehrfachnennungen sind jeweils vorgesehen. Bitte streichen oder ergänzen Sie Wörter und Satzteile, vor allem wenn Ihnen Zusätze in Klammern wie »(relativ)«, »(sehr)« usw. unangemessen erscheinen. Sie können Formulierungsvorschläge markieren und Worte oder Randnotizen einfügen. Es genügen Stichworte.

Hinsichtlich aller gemachten Angaben unterliegen wir der anwaltlichen Schweigepflicht!

Meine Lebenssituation – Einstellung und/oder Motivation für eine PV:

Anregende Fragen:

Fließen persönliche Erfahrungen ein? Lebe ich allein oder mit anderen zusammen? Hänge ich sehr am Leben – oder ist es mir vielleicht zunehmend zur Last geworden? Blicke ich auf ein erfülltes Leben zurück? Möchte ich etwas besonders vermeiden oder erreichen, wie z.B. die Entlastung von Angehörigen bei später ggf. schweren Entscheidungen?

Gesundheitszustand bzw. Vorliegen von Krankheit(en) und/oder Behinderung(en)

- Ich bin (relativ) gesund bzw. nicht ernsthaft krank.
- Ich habe in der Vergangenheit folgende schwere Erkrankung(en) bzw. Diagnose(n) gehabt (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Krebs, sonstige Erkrankung im Jahre):

-
- Ich lebe mit chronischen Beschwerden / Behinderung, mit Hilfsmitteln (z. B. Herzschrittmacher):

-
- Ich bin (sehr) schwer (unheilbar) krank

Geltung, Widerruf und Abwägung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Zustände, Maßnahmen oder Behandlungsfolgen, in denen oder zu denen Sie später keine Auskunft mehr geben können. Eine Patientenverfügung gilt nur für den Fall, wenn Sie Ihre Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit verloren haben.

Der Widerruf auch Ihrer verbindlichen Direktiven ist jederzeit möglich. Ein Zurücknehmen kann mündlich (oder auch nonverbal durch Zeichengebung) erfolgen, solange Sie ansprechbar und einsichtsfähig sind.

Niemand muss und kann sich zu allen künftigen Behandlungssituationen eindeutig festlegen. Unter »Je nach Situation« können Sie eine vorgeschlagene Formulierung wählen und gleichzeitig die Option »Ja« oder »Nein« mit einem hinzugefügten »eher« relativieren und den Zusatz dahinter streichen. Zu streichen sind auch für Sie unangemessene Worte wie »unbedingt«, »(geringste)«, »(schwere)«, »(stets)«! Gewünschte Verstärkungen können Sie hervorheben wie »ich fordere«.

1. Intensivmedizin, Notfallrettung und Wiederbelebung (= Reanimation)

Bei schwerem Unfall, krankheitsbedingtem Notfall, Organversagen o.ä. sind Patienten auf lebensrettende Intensivmedizin angewiesen. Viele können danach weiterleben, manche gut bzw. wie vorher, andere mit schweren Einschränkungen. Einige sterben trotz maximaler Therapie. Kaum aufzuhalten ist der Tod, wenn bei Herz-Kreislaufstillstand nicht sehr schnell eine Wiederbelebung erfolgt ist. Deshalb werden Basismaßnahmen sofort eingeleitet – etwa auf der Straße durch Laien oder Rettungsassistenten – und können i. d. R. dort gar nicht verhindert werden. Einer (zumindest mutmaßlichen) Einwilligung bedarf es jedoch außerhalb der akuten Notfallsituation für fortgesetzte (erweiterte) Wiederbelebung, künstliche Beatmung oder andere apparative Maßnahmen. Diese werden dann von Ärzten und medizinischem Fachpersonal auf einer Intensivstation durchgeführt.

Geschähe dies in meinem Sinne?

Ja, unbedingt. Ich erwarte (fordere) maximale Intensivtherapie, solange (geringste) Hoffnung auf Lebensrettung besteht.

Je nach Situation:

z. B.: Ich wünsche Intensivmaßnahmen, aber nicht unendlich und zu jedem Preis. Wenn keine bleibenden (schweren) Schädigungen zu erwarten sind / wenn realistische Aussicht auf Wiedererlangung von Lebensqualität besteht / nur solange dazu sehr gute Aussichten bestehen // nur wenn der Nutzen (vor allem bei fortschreitendem Alter oder Krankheitsverlauf) größer ist als Belastungen und Risiken // Sonst soll man mich human sterben lassen ...

Nein, ich lehne Intensivmedizin und Rettungsversuche heute schon (absolut) ab. Für mich kommen nur noch allgemeinmedizinische Maßnahmen (z. B. bei Knochenbruch) sowie lindernde Maßnahmen in Frage.

In anderen Fällen, wenn ich etwa zu Hause nicht mehr ansprechbar bin, keinen Notarzt rufen!

Weil ich schon (sehr) alt oder krank bin

Weil ich (andere Begründung):

Sofern »Je nach Situation« angegeben ist und/oder Wiederbelebung eingeschränkt werden soll: Ca. 3 Minuten nach Herz-Kreislaufstillstand steigt die Wahrscheinlichkeit für eine Gehirnschädigung minütlich an, nach 5 Minuten auf ca. 50%, nur noch im Koma zu überleben.

Wann erlaube / wünsche ich bei heutigem Allgemeinzustand eine Wiederbelebung?

(Nur) wenn Herzstillstand bei medizinischem Eingriff auftritt (da sonst keine OP möglich wäre)

Wenn Herzstillstand max. Minuten zurückliegt.

2. Lebensqualität bei körperlichen Dauerschädigungen (bzw. chronischen Leiden)

Mit schweren körperlichen Behinderungen oder chronischen Einschränkungen, wie z. B. nach einem Schlaganfall oder durch Krebs, zu leben, können manche Menschen besser bewältigen als andere. Dies kann eine Dauerabhängigkeit betreffen z. B. von Dialyse-Geräten (bei Nierenversagen) oder von anderen Menschen (bei Schwerstpflegebedürftigkeit). Bewertet werden können hier sowohl mögliche Folgen von Notfallbehandlung als auch ggf. später bestehende Schädigungen und Behinderungen.

Wären (sind) schwere körperliche Dauerschädigungen und Leiden für mich – voraussichtlich – annehmbar?

- Ja, unbedingt.
- Je nach Situation. Um damit leben zu können, wären (sind) folgende Bedingungen für mich wesentlich:

z. B. Wohnen-Bleiben zu Hause / Erhalt möglicher Lebensfreude und selbstständiger Lebensführung / Beweglichkeit im Rollstuhl / keine dauerhafte Bettlägerigkeit, kein »Dahinsiechen« mit lähmender Erschöpfung und Kontrollverlust über Körperausscheidungen (Blase, Darm) / solange auftretende Schmerzen und Symptome beherrschbar sind / ich geistig klar bleiben würde / solange mein jetziger Zustand sich nicht noch – entscheidend – verschlechtern würde o. a..

- Nein, heute und auch in Zukunft wäre ein solches Dasein für mich nicht lebens- und erhaltenswert.
- Mein Leiden ist bereits heute unerträglich.

3. Gehirnverletzung, Bewusstseins-Störung, Koma, dauerhafter »vegetativer« Zustand

Schwere Bewusstseinsstörungen werden verursacht durch Gehirnschädigung/ -verletzung, wie z. B. durch einen Schlaganfall, ein Schädel-Hirn-Trauma, bei einem Unfall oder – indirekt – durch Sauerstoffmangel im Gehirn nach erfolgter Wiederbelebung. Dies führt zu geistigen Einschränkungen verschiedener Grade. Der schwerste Fall ist das Koma, eine tiefe Bewusstlosigkeit:

Verlorengegangen sind dann Fähigkeiten zum Reagieren auf Reize aller Art, zu koordinierten Bewegungen, Essen und Schlucken (künstliche Ernährung ist daher lebensnotwendig). Nach akutem Koma können folgen: Rückkehr des Bewusstseins (i. d. R. mit vielfältigen Funktionsstörungen und bleibenden Behinderungen) oder Tod oder jahrelanges »Dauerkoma« (irreführend auch »Wachkoma« genannt). Die wissenschaftliche Bezeichnung lautet persistierender (=anhaltender) vegetativer Status (»PVS«) – dabei sind die nicht bewusstseinsgesteuerten Funktionen (wie autonome Atmung oder auch tagsüber geöffnete, ins Leere blickende Augen) erhalten. Diese Patientinnen und Patienten, bei denen »nur« die Großhirnfunktion ausgefallen ist, haben keine Fähigkeit zur Kommunikation. Äußerlich ähnliche bzw. »diffuse« Zustände mit (minimalen) Bewusstseinsresten müssen differenziert betrachtet werden: Nach Jahren intensivster Pflege ist dann eine Besserung nicht völlig ausgeschlossen. I. d. R. erfolgt erst nach Wochen oder gar Monaten sorgfältiger ärztlicher Abklärung (nach Intensivstation und ggf. Neuro-Reha) eine Prognose. Der Verlauf kann allerdings bereits nach 2–3 Tagen als »aussichtslos« gelten, wenn bis dahin z. B. keine Pupillenreaktion vorhanden ist.

Möchte ich, dass alles, was möglich ist (Lebenserhaltung, Rehabilitation), ausgeschöpft wird?

Ja, unbedingt. Eine Daseinsweise im Koma auf vielleicht »unbekannter Ebene« bleibt für mich lebenswert und nicht hoffnungslos.

Je nach Situation:

z. B.: Sofern nicht organische Schäden hinzuträten / solange Reste von Bewusstsein erhalten sind bzw. Fähigkeiten zum Sich-Verständigen wiederzuerlangen wären // Solange noch (geringste) Hoffnung auf Wiederwachen besteht oder: Nur wenn realistische Aussicht besteht auf ein selbstbestimmtes Leben bei (voller) Wiedererlangung geistiger Fähigkeiten // Das Warten darauf, dass ich mit Menschen (i. d. R. sprachlich) wieder in Kontakt treten kann, soll beschränkt werden. Wenn dies innerhalb von ca. Monaten oder Wochen oder Tagen nicht erfolgt ist, soll man mich beschwerdefrei sterben lassen / keine Einlieferung in ein Pflegeheim.

Nein, man soll alle Lebenserhaltung sofort einstellen – auch bei noch guten Besserungschancen bzw. nur geringfügiger Gehirnschädigung. Begründung siehe Frage 1: „Weil ich ...“

4. Leben mit (fortschreitender) Geistesschwäche bzw. mit Demenz

Wenn Geist, Intellekt und vielleicht auch Persönlichkeit eines Menschen zunehmend verloren gehen (ggf. bei weitgehendem Erhalt der körperlichen Kräfte), handelt es sich um fortschreitende Hirnabbauprozesse. Der Betroffene kann damit noch Jahre lang gut leben, völlig mobil sein und auch sehr alt werden. Unterschiedliche Ausprägungen einer sogenannten Demenz können durch Alzheimer-Erkrankung, Altersverwirrtheit o.a. verursacht werden. Ein Kommunizieren auf gefühlsmäßiger Ebene, die Empfindungsfähigkeit oder bestimmte Vorlieben bleiben oft noch lange Zeit erhalten.

Wäre dies für mich ein Leben, welches medizinisch erhalten und verlängert werden sollte?

Ja, unbedingt. Jedes Leben mit Demenz ist für mich lebenswert. Dazu gehört der Anspruch auf alle medizinischen Behandlungen inkl. Intensivtherapie.

Je nach Situation:

z. B.: Solange ich noch Lebensfreude aussende, nicht dauerhaft »grantig« und depressiv wäre / wenn ich nicht künstlich ernährt oder intensivmedizinisch behandelt werden müsste / wenn ich nicht bettlägerig würde // solange ich meine Angehörigen noch erkennen kann / solange Teilnahme an meiner Umwelt und Kommunikationsfähigkeit erhalten bliebe

Nein.

Bei Einschränkung meiner geistigen Fähigkeiten wünsche ich keinerlei künstliche Lebenserhaltung mehr. Ich bin mir eines qualitativ anderen Selbsterlebens im Zustand einer Demenz bewusst (die dann gar nicht als Leid empfunden werden muss).

Mein Entwurf eines beziehungsfähigen, bewussten Lebens bis zuletzt soll Vorrang haben auch vor späteren Anzeichen von Lebensinteresse.

5. Einstellung zu konsequentem »Sterben lassen« bei Gehirnschädigung und Demenz

Wenn nach den Angaben oben mein Leben für mich nicht mehr lebens- und erhaltenswert ist:

Wären dann (medikamentös behandelbare) Komplikationen wie Lungenentzündung, Herzschwäche, Sepsis o. a. als mögliche „Erlösung“ willkommen?

- Auch die Behandlung solcher Komplikationen lehne ich dann ab, da ein baldiger Tod gewünscht ist.
- Nur auf zusätzlich belastende Intensivmedizin ist dann zu verzichten.
- Weiß nicht / Je nach Situation

z. B.: Auch auf die medikamentöse Behandlung von Komplikationen ist zu verzichten, falls kein erkennbarer Lebenswille dagegenspricht

6. Künstliche Ernährung bei Einwilligungsunfähigkeit (i.d.R. durch PEG-Magensonde)

Die Fähigkeit, genügend Nährstoffe aufzunehmen oder überhaupt zu essen (auch mit fremder Hilfe, mundgerecht oder als Brei), kann verloren gegangen sein, z.B. wenn Patienten aufgrund spezieller Beschwerden nicht mehr schlucken können. Dann erfolgt i. d. R. eine künstliche Ernährung durch Magensonde (z. B. durch die Nase oder mittels PEG-Sonde durch die Bauchdecke) mit industriell gefertigten Produkten. Über eine PEG-Sonde ist künstliche Ernährung dauerhaft (auch zu Hause, aber meist im Pflegeheim) möglich. Bei schwerkranken Menschen geht das Hungergefühl in aller Regel zurück und ist schließlich im Sterben gänzlich erloschen.

Soll künstliche Ernährung – i. d. R. durch PEG-Sonde – erfolgen, wenn ich selbst nicht (mehr) zustimmen kann?

- Ja, unbedingt. Auch im Sterbevergang oder andauerndem Koma wünsche ich künstliche Ernährung.
- Je nach Situation:

z. B.: Allenfalls (im Krankenhaus) Kalorienzufuhr durch Infusion // Das Legen einer PEG-Sonde ist nur im Rahmen einer (strengen) medizinischen Indikation zur Überbrückung erlaubt / allenfalls für einen Zeitraum von Wochen oder Monaten // wenn ich bereits jetzt künstlich ernährt werde: bei Verschlechterung meines Zustandes soll diese Maßnahme eingestellt werden.

- Nein, unter keinen Umständen stimme ich dem Eingriff zum Legen einer PEG-Sonde zu.
- Jede Form von künstlicher Kalorienzufuhr, auch durch Infusion, lehne ich heute schon strikt ab. Begründung siehe Frage 1, unten „Weil ich ...“

7. Einfordern von Schmerztherapie, Beschwerdelinderung, Palliativmedizin

Schmerztherapie, weitestgehende Linderung, bleibende Bewusstseinsklarheit (auch bei Gabe von Morphin) sind Ziele von Palliativmedizin und hospizlicher Begleitung. Deren Grundidee (Lebensqualität bis zuletzt) schließt eine absichtlich herbeigeführte »aktive« Sterbehilfe aus.

- Ich erwarte (fordere) in jedem Fall palliativmedizinische und pflegerische Maßnahmen zur Linderung von Atemnot und anderen Beschwerden (Angstzustände, Durst- und Hungergefühl, Übelkeit, Erbrechen, sonstige Symptome) und v. a. eine fachgerechte Schmerztherapie auch mit Morphin o. ä. Mitteln.
- Eine damit – in seltenen Ausnahmefällen – verbundene todesbeschleunigende Nebenwirkung (sogenannte „indirekte Sterbehilfe“) bzw. eine bewusstseinstrübende Nebenwirkung nehme ich in Kauf.

Zusatzoption zu Beruhigungs- und Schlafmitteln:

- Darüber hinaus stimme ich einer sogenannten palliativen Sedierung am Lebensende ausdrücklich zu. Dies soll im Bedarfsfall durch Narkotika bis hin zur Bewusstlosigkeit gehen, v. a. bei nicht beherrschbaren unerträglichen Schmerzen und qualvollen Zuständen wie Ersticken-Müssen.

8. Therapieziel-Änderung am Lebensende: Nur noch Linderung statt Lebensverlängerung

Im »Endstadium« des Lebens oder schwerer Erkrankungen gibt es oft keine Aussicht mehr auf grundsätzliche Besserung und es steht ein (baldiges) Sterben mit (großer) Wahrscheinlichkeit bevor. In einem solchen Stadium gibt es ein Dilemma, wenn der Patient kaum noch ansprechbar und nicht mehr entscheidungsfähig ist. Auch »passive« Sterbehilfe kann dann in vielen Fällen unzulässig sein ohne ausdrückliche Willenserklärung, dass der Patient lebensverlängernde Maßnahmen ablehnt.

Ich lehne im »Endstadium« einer tödlich verlaufenden Krankheit bzw. bei bevorstehendem Sterben apparative, intensivmedizinische und sonstige belastende Maßnahmen ab (invasive diagnostische Maßnahmen, Reanimation, maschinelle bzw. künstliche Beatmung, Dialyse, Operation, Amputation, Chemotherapie u. a.). Ich wünsche dann nur noch Schmerztherapie und Palliativmedizin gemäß Frage 7.

Darüber hinaus lehne ich dann auch die Behandlung von Herzschwäche, Lungenentzündung oder anderen Komplikationen sowie schon bestehenden chronischen Erkrankungen ab. D. h. ich wünsche dann keine Mittel und Maßnahmen mehr, die lebensverlängernd, stärkend oder stabilisierend wirken wie Antibiotika, Bluttransfusionen, Mittel zur Kreislaufstabilisierung oder bestehende Dauermedikation – und auch keine Kalorienzufuhr durch Infusionen.

Wenn ich gereichte Flüssigkeit nicht mehr genügend annehme oder das Trinken verweigere, dann soll auch künstliche Flüssigkeit unterlassen oder allenfalls bei Bedarf im palliativpflegerischen Sinn reduziert verabreicht werden (i. d. R. per Infusion). Vorrang hat eine sorgfältige Mundpflege.

Besondere Lebenssituation / persönliche Bemerkung:

Ich bin heute bereits in einer Situation (unerträgliches Leiden, hohes Alter, Lebenssattheit), dass ich alle lebensverlängernden Maßnahmen ablehne.

Dies gilt auch bei einer Infektion (u. a.): Der Verzicht etwa auf Antibiotika (u. a.) soll zu meinem hoffentlich baldigen Tod führen.

Persönliche Bemerkung:

z. B.: Am Lebensende kann die verbleibende Zeit kostbar sein / Ich verzichte (deshalb) auch auf o. g. Intensivmaßnahmen nur, wenn nach ärztlicher Erkenntnis bereits ein unumkehrbarer Sterbeprozess eingetreten ist / o. a

9. Meine Grundhaltung zum Lebensende: Abwägung zwischen Chance und Risiko

In der Medizin gibt es keine eindeutigen Prognosen, sondern nur mehr oder weniger große Wahrscheinlichkeiten.

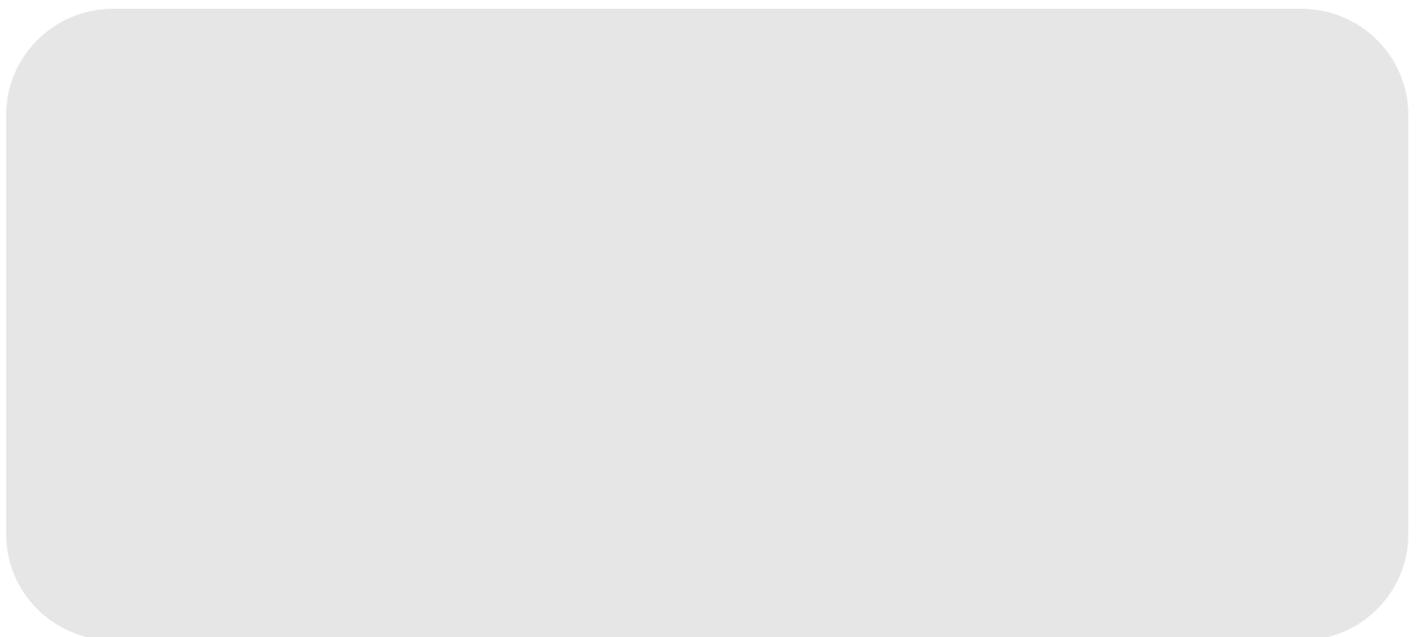
Sofern (begründete) Hoffnung auf eine Besserung / Stabilisierung durch Medikamente besteht – soll diese Chance (noch) genutzt werden?

Ja, sofern nicht bereits ein unerträgliches Grundleiden vorliegt.

Weiß nicht

Nein, bei jedem Risiko, mit schwerem Leiden weiterleben zu müssen, soll konsequent für ein Sterbenlassen entschieden werden.

Anmerkung:



z. B.: Ich akzeptiere eine lebensverlängernde Wirkung von Maßnahmen und Medikamenten dann, wenn sie vorrangig der Linderung dienen // meine Patientenvertreter sollen sich nach den Einschätzungen und Empfehlungen der behandelnden Ärzte richten

10. Gesundheits-Vollmacht / Patientenvertretung

Folgende Vertrauensperson(en) werden bevollmächtigt, meinen Willen gemäß meiner Patientenverfügung zu vertreten:

Hier zunächst nur Namen und Beziehung (Tochter, Lebenspartner, Freundin, Ehemann usw.) angeben.

Sie soll(en)

- in der konkreten Situation einen Ermessensbereich im Rahmen meiner Festlegungen haben.
- mich auch in weiteren Angelegenheiten der Gesundheitspflege vertreten. Die Vollmacht erstreckt sich im Betreuungsfall auch auf Aufenthaltsbestimmungsrecht, Unterbringung bzw. (soweit dies zu meinem Wohl erforderlich ist) auf Maßnahmen wie z. B. ruhigstellende Medikamente oder Bettgitter, die freiheitsentziehende Wirkung haben können. Hinweis: Letztere bedürfen trotz Vollmacht zusätzlich einer richterlichen Genehmigung.
- (bei zwei oder drei Bevollmächtigten) nach außen hin nur gemeinsam, d. h. nicht einzeln zu meiner Vertretung befugt sein.

Hinweis: Wenig praktikabel, besser im Innenverhältnis klären!

Gilt nur, sofern kein Bevollmächtigter vorhanden ist:

- Für einen dann ggf. mir noch unbekanntem gesetzlichen Betreuer (bzw. eine Betreuerin) als Patientenvertreterin lege ich fest: Er/sie darf bei einer eventuellen späteren Auslegungsschwierigkeit nur im Einvernehmen mit den in Frage 14 benannten Entscheidungen treffen.

11. Letzte Wünsche: Wie und wo sterben?

- Möglichst zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung.
- Gern bei Bewusstsein bis zuletzt.
- In Ruhe und Würde.
- Möglichst im Beisein mir Nahestehender.
- Das Ende soll v. a. kurz und schmerzlos sein.
- Einen plötzlichen Herztod sehe ich als »Chance« an.
- Bei gegebener Zugangsvoraussetzung in einer spezialisierten Einrichtung (Hospiz oder Palliativstation).
- Sterbebegleitung, spiritueller bzw. geistlicher Beistand soll wunschgemäß für mich gerufen werden

Sonstiges:

z. B. Konfessionszugehörigkeit, Weltanschauung oder Lebensphilosophie, die für mich wichtig ist.

12. Wie ist meine Einstellung zur Sterbehilfe

Die Tötung auf Verlangen, oft auch (direkte) »aktive Sterbehilfe« genannt, ist in Deutschland gemäß § 216 StGB unter allen Umständen strafbar und ist im Folgenden ausgeschlossen. Hingegen ist die Beihilfe zur freiverantwortlichen Selbsttötung nur unter bestimmten Bedingungen (Geschäftsmäßigkeit) gemäß § 217 StGB strafbar.

Ich befürworte prinzipiell jede Sterbehilfe und wünsche, dass legal zulässige Möglichkeiten zu einem friedlichen und schnellen »Hinüberdämmern« im Bedarfsfall bei mir voll ausgeschöpft werden.

Ich behalte mir das Recht vor, über Zeitpunkt und Art meines Todes selbst zu bestimmen. (Eine Selbsttötung bei schwerer Krankheit ist dann nicht ohne weiteres als spontane Verzweiflungstat zu werten.)

Ich habe mich mit der Methode des freiwilligen Verzichtes auf Nahrung und Flüssigkeit am Lebensende vertraut gemacht. Sollte ich sie jemals anwenden, kämen alle hier aufgeführten Wünsche nach palliativer (Sterbe-)Begleitung zum Tragen.

Am liebsten wäre mir (bei weitgehender Schmerz- und Beschwerdelinderung) weder eine Verkürzung noch Verlängerung der letzten Lebensphase, sondern, dass dem natürlichen Sterben sein Lauf gelassen wird.

Ich lehne aktive Sterbehilfe in jeder Form grundsätzlich ab. Auch wenn sie indirekt oder als Hilfe zum Suizid erfolgen würde, handelt es sich m. E. um eine ethisch unzulässige Tötung.

13. Welche Einstellung habe ich zum Lebensende?

- Ein (hoffentlich) entferntes Ereignis in der Zukunft.
- Eine gegenwärtige akute Bedrohung.
- Sterben als Schrecken, Angst und Hilflosigkeit.
- Tod als bereits jetzt ersehnte Erlösung.
- Übergang in eine jenseitige Welt / Spiritualität.
- Tod als zum Leben gehöriges natürliches Ende.
- Ich möchte lieber nicht so genau wissen, was bei schlechter Prognose alles auf mich zukommen kann.

14. Leitlinien für Ärzte bzw. Ärztinnen und Behandlungsteam

- Bei Schwierigkeiten mit der Auslegung meiner Patientenverfügung soll Unterstützung (ggf. auch für meine Patientenvertreter oder Angehörigen) in Anspruch genommen werden durch:

z. B. meinen Arzt, meine Ärztin des Vertrauens / weitere Bezugspersonen / Kirchengemeinde / Hospiz-Dienst / Behandlungsteam / Ethikkomitee / Betreuungsrichterin

- Sonstige Bestimmungen

z. B.: Ein hier ausgesprochener Behandlungsverzicht soll unwirksam werden, wenn eine solche Behandlung (im Ausnahmefall) unverzichtbar wäre, um quälende Beschwerden zu lindern bzw. zu vermeiden / auch dann, um noch eine möglicherweise – erhebliche Besserung erzielen zu können, z. B. wenn es dafür mir heute noch unbekannte Methoden oder neue Medikamente geben sollte

15. Zur Verbindlichkeit meiner Patientenverfügung

- Festlegungen darin gelten unmittelbar für Ärzte/innen verbindlich (bis auf Widerruf bzw. ausdrücklich eingeräumte Ermessensspielräume).
- Sollte ich v. a. bei Demenz einen Behandlungsverzicht (scheinbar) widerrufen, so muss festgestellt worden sein, dass die notwendige Einsichtsfähigkeit dazu sicher (!) noch vorhanden ist.
- Mögliche Einschränkung: In Zweifelsfällen (insbesondere bei Demenz) soll abgewogen werden, was meinem Wohl und dann ggf. meinem natürlichen Willen am besten entspricht.

Geschafft !