

# Verfügungen in Gesundheitsangelegenheiten

# Verfügungen in Gesundheitsangelegenheiten

## Patientenverfügung sowie Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege

Jeder Mensch kann in jeder Altersstufe aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls, eines unvorhersehbaren Unglücksfalls in eine Lebenssituation geraten, in der es ihm nicht mehr möglich ist, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen.

Soweit dieser Mensch medizinischer Versorgung und ärztlicher Behandlung bedarf, darf diese grundsätzlich nicht ohne dessen Zustimmung erfolgen. Dies gilt sowohl für ärztliche Maßnahmen am Lebensende, als auch für solche, die im Verlauf einer schweren Erkrankung getroffen werden müssen, ohne dass der Patient an dieser Erkrankung sterben wird.

Durch eine **Patientenverfügung** können Anordnungen für Entscheidungen am Lebensende getroffen werden. Für den Fall einer unvorhersehbaren schweren Erkrankung oder eines Unfalls, die oder der die Geschäftsfähigkeit und die Äußerungsfähigkeit beeinträchtigen, kann eine Person ermächtigt werden (**Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege** – § 1896 Abs. 2 S. 2 BGB), die die Angelegenheiten der hilfebedürftigen Person im Rahmen der Gesundheitspflege wahrnimmt, ohne dass hierfür ein Betreuer/eine Betreuerin durch das Vormundschaftsgericht bestellt werden muss. Voraussetzung ist, dass diese Person die Angelegenheit der/des Hilfebedürftigen ebenso gut wahrnehmen kann wie ein Betreuer/eine Betreuerin.

Beide Verfügungen dienen dazu, das Recht der/des Betroffenen zur Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit in kritischen Lebenssituationen und der letzten Lebensphase zu wahren.

Die von der Ärztekammer Nordrhein herausgegebenen Muster sollen eine Hilfestellung bei der Errichtung einer eigenen Patientenverfügung und/oder Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege bieten. Sie können unmittelbar verwendet oder abgeschrieben, verändert oder ergänzt werden. Letztlich sollen sie die individuellen Bedürfnisse und Vorstellungen der verfügenden Person zum Ausdruck bringen. Die Muster unterscheiden sich von den Mustern anderer Einrichtungen dadurch, dass sich die Patientenverfügung nur auf die **letzte** Lebensphase bezieht und die Vollmacht nur auf die **Gesundheitspflege** und keine anderen Angelegenheiten.

Nachträgliche Änderungen der Patientenverfügung und/oder der Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege können jederzeit vorgenommen werden. Nur die Originale entfalten Rechtswirksamkeit.

Beide Verfügungen können jederzeit widerrufen oder vernichtet werden.

## Patientenverfügung

In der Patientenverfügung wird der Wille zur medizinischen Versorgung sowie ärztlichen Behandlung und Begleitung für den Lebenszustand niedergelegt, in dem das Lebensende bevorsteht und die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit der/des Betroffenen unwiederbringlich verloren ist. Die Patientenverfügung kommt später nur dann zur Anwendung, wenn das medizinische Grundleiden einen unaufhaltsamen tödlichen Verlauf genommen und der Sterbeprozess begonnen hat.

Die Patientenverfügung wird zu einem Zeitpunkt verfasst, in dem die/der Verfügende noch im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist.

Der Inhalt einer solchen Verfügung ist für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte rechtlich verbindlich, wenn durch sie der Wille der Patientin/des Patienten eindeutig und sicher festgestellt werden kann. Hilfreich ist die Benennung einer Vertrauensperson, mit der man die Patientenverfügung besprochen hat.

Damit die Patientenverfügung im Ernstfall auch Bestand hat, sollten folgende Punkte beachtet werden:

- Die Patientenverfügung beschreibt den individuellen Willen der/des Verfügenden. Da der verfügenden Person regelmäßig jedoch medizinische Fachkenntnisse für die Beschreibung eines bestimmten Krankheitszustandes fehlen, wird vor der Erstellung der Patientenverfügung ein ärztliches Beratungsgespräch empfohlen. In dem Gespräch könnten die medizinischen Aspekte geklärt und Krankheitsbilder beschrieben werden. Die eigenen Wünsche können so überprüft werden.
- Die Patientenverfügung sollte eindeutig formuliert sein. Möglicherweise kann der Arzt des Vertrauens/die Ärztin des Vertrauens bei der Beschreibung des Patientenwillens behilflich sein.
- Die Patientenverfügung muss schriftlich erstellt, mit Datum versehen und von der/dem Verfügenden unterschrieben werden.
- Die Unterschrift auf der Patientenverfügung sollte regelmäßig erneuert und mit Datum versehen werden um zu

dokumentieren, dass die Verfügung weiterhin dem aktuellen Willen entspricht.

- Die Patientenverfügung kann nur Berücksichtigung finden, wenn sie den behandelnden Ärztinnen/Ärzten im Original vorgelegt wird.
- Die Patientenverfügung muss im Ernstfall auffindbar sein. Es empfiehlt sich, beispielsweise bei der Hausärztin/dem Hausarzt eine Kopie der Verfügung zu hinterlegen, auf der vermerkt ist, bei wem sich die Originalurkunde befindet.
- In der Patientenverfügung kann zudem eine Vertrauensperson benannt werden, mit der die Patientenverfügung und der darin erklärte Willen besprochen wurde. Die benannte Vertrauensperson sollte die Verfügung ebenfalls unterschreiben.
- Die Verfügung soll den Hinweis enthalten, ob eine Vollmacht in Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge verfasst wurde.

## **Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge (gemäß § 1896 Abs. 2 S. 2 BGB)**

Anders als die Patientenverfügung regelt die Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge den Fall einer schweren Erkrankung oder eines schweren Unfalls, in deren Verlauf der/die Betroffene vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr in der Lage ist, einen eigenen Willen zu bilden oder diesen kund zu tun. In diesem Fall kann es erforderlich werden, dass eine dritte Person die für sie/ihn relevanten Entscheidungen in Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge trifft.

Die/Der Bevollmächtigte ersetzt die Bestellung einer Betreuerin/eines Betreuers durch das Vormundschaftsgericht, wenn sie/er die Angelegenheiten der/des Betroffenen ebenso gut wie ein Betreuer oder eine Betreuerin wahrnehmen kann (§ 1896 Abs. 2 S. 2 BGB).

Fehlen Anordnungen für diesen Ernstfall, muss das Vormundschaftsgericht bemüht und eine Betreuerin/ein Betreuer bestellt werden.

Die bevollmächtigte Person kann in dem in der Vollmacht vorgegebenen Rahmen handeln.

Die Einwilligung einer Bevollmächtigten/eines Bevollmächtigten in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf allerdings der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass die/der Betroffene stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Wichtig ist, dass die Vollmacht das Recht für diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst.

Damit die Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge den gesetzlichen Anforderungen genügt, sollten folgende Punkte beachtet werden:

- Die Vollmacht soll nur als Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge ausgestellt werden und nicht gleichzeitig für andere Angelegenheiten z.B. Vermögensvorsorge.
- Die Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge soll die Rechte, die für medizinische Entscheidungen der/dem Bevollmächtigten eingeräumt werden, genau bezeichnen.
- Aus der Vollmacht sollte hervorgehen, unter welchen Umständen sie zum Tragen kommt.
- Die Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge muss die/den Bevollmächtigten genau benennen. Die Einsetzung einer/eines Ersatzbevollmächtigten ist sinnvoll.
- Der/Dem Bevollmächtigten/Ersatzbevollmächtigten muss die Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge bekannt gegeben werden. Sie/Er sollte durch Unterschrift ihr/sein Einverständnis mit der Bevollmächtigung bestätigen und sich des Inhalts der Vollmacht bewusst sein.
- Die Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge muss schriftlich erstellt, mit Datum versehen und von der/dem Verfügenden unterschrieben werden.
- Durch die regelmäßige Erneuerung der Unterschrift auf der Urkunde sollte dokumentiert werden, dass diese weiterhin dem aktuellen Willen entspricht.
- Die/Der Bevollmächtigte kann nur im Namen der/des Betroffenen handeln, wenn er die Vollmachtsurkunde im Original vorlegt. Daher muss sie im Ernstfall auffindbar sein. Es empfiehlt sich, der/dem Bevollmächtigten zumindest eine Kopie der Vollmacht auszuhändigen, auf der vermerkt ist, wo sich die Originalurkunde befindet.

## Patientenverfügung

Mit dieser Verfügung bringe ich,

Name, Vorname

geboren am

in

Geschlecht

weiblich

männlich

Geburtsname

Anschrift

meinen Willen zum Ausdruck. Ich habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert und bin mir der Tragweite der Erklärung bewusst. Sollte ich in einen Lebenszustand geraten, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein werde, mich bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern, erkläre ich Folgendes:

Ich möchte in Würde sterben.

Sollte sich nach einer Diagnose und Prognose von mindestens zwei Fachärztinnen/Fachärzten ergeben, dass meine Krankheit zum Tode führen und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen bereiten wird, wünsche ich keine weiteren diagnostischen Eingriffe und verzichte auf Maßnahmen der Intensivtherapie, die lediglich eine Sterbe- und Leidensverlängerung bedeuten würden.

Falls ich in einen Zustand dauernder Bewusstlosigkeit durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktionen gerate oder wenn sonst lebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer ausfallen und ein eigenständiges Leben ohne so genannte 'Apparatemedizin' nicht mehr möglich ist, verzichte ich auf eine weitere Intensivtherapie oder Reanimation.

Sollten meine geistigen Funktionen so schwerwiegend und irreparabel geschädigt worden sein, dass für mich künftig kein selbstbestimmtes und kommunikationsfähiges Leben möglich ist, lehne ich es ab, dass meine Lebensfunktionen – abgesehen von ausreichender Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr – mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln aufrecht erhalten werden.

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

(Hier können konkrete Krankheitssituationen oder Anwendungssituationen beschrieben und Behandlungswünsche geäußert bzw. bestimmte Behandlungsmaßnahmen abgelehnt werden)

Beschreibung der persönlichen Lebenssituation (z.B. allein stehend)

Ich bitte die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte, mein Recht auf einen würdevollen Tod zu achten. Die ärztliche Hilfe und Behandlung in Form von ausreichender Behandlung, Medikation und Betreuung zur Leidensminderung lehne ich nicht ab. Ich setze mein Vertrauen in die Ärztin/den Arzt und in die von ihr/ihm anzuordnende Schmerzlinderung, auch wenn diese zur Bewusstseinsausschaltung oder zu nicht beabsichtigten Nebenwirkungen führt.

## Patientenverfügung

Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt soll bei der erforderlichen medizinischen Behandlung die nachfolgend genannte Vertrauensperson zur Bestätigung dieser Verfügung oder zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens bei unklaren Situationen hinzuziehen.

(Kann, muss aber nicht ausgefüllt werden.)

Name, Vorname der Vertrauensperson

Anschrift

Telefon

Mobil

Ort, Datum

Unterschrift der Vertrauensperson

Ich habe zusätzlich eine Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheits-sorge erteilt.

ja

nein

Wenn ja, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter ist:

Name, Vorname der Vertrauensperson

Anschrift

Telefon

Mobil

Ich wünsche eine Begleitung durch

Seelsorge

Hospizdienst

Ich habe diese Verfügung – ihren Inhalt und ihre Konsequenzen – mit meinem Hausarzt/meiner Hausärztin bzw. meinem Arzt /meiner Ärztin des Vertrauens besprochen.

Name der Ärztin/des Arztes

Anschrift

Telefon

Mobil

Ort, Datum

Unterschrift

Kopie dieser Patientenverfügung haben:

1)

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Mobil

2)

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Mobil

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

(Für Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt.)

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

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

# Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge (gemäß § 1896 Abs. 2 S. 2 BGB)

Ich (Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber),

Name, Vorname

Anschrift

geboren am

in

erteile

Name, Vorname (Bevollmächtigte/Bevollmächtigter)

Anschrift

geboren am

in

Telefon

Mobil

die Vollmacht, mich in

allen Angelegenheiten, die meine Gesundheit und meine Pflege betreffen,

nur in besonderen Angelegenheiten (bitte einfügen, in welchen Fällen):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

zu vertreten.

Frau/Herr ..... darf in allen Angelegenheiten, die meine Gesundheitsorge betreffen, einschließlich der ambulanten und/oder stationären Pflege entscheiden, soweit ich aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder meines Geisteszustandes nicht oder nicht mehr in der Lage bin, mich bzgl. der medizinischen und pflegerischen Versorgung selbst zu äußern oder eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Voraussetzung ist die andauernde oder vorübergehende Unfähigkeit zur Besorgung der eigenen Angelegenheiten.

Die/Der Bevollmächtigte darf insbesondere in sämtliche medizinische und pflegerische Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsorge einwilligen.

ja  nein

nur in besonderen Angelegenheiten (bitte einfügen, in welchen Fällen):

.....

.....

.....

.....

Ich entbinde alle mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte gegenüber der bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

ja  nein

Die Bevollmächtigte/Der Bevollmächtigte darf in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, in eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff auch dann einwilligen, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.

**(Zur Information:** Die Einwilligung hierzu bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (§ 1904 Abs. 2 i. V. m. Abs. 1 BGB). Ohne Genehmigung des Vormundschaftsgerichts darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.)

ja  nein

noch nicht

Sie/Er darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Medikamente in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung gemäß § 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dies meinem Wohl dient.

ja  nein

## Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge

(gemäß § 1896 Abs. 2 S. 2 BGB)

Die/Der Bevollmächtigte darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

ja

nein

Sofern ich zusätzlich eine Patientenverfügung erstellt habe, hat die/der Bevollmächtigte diese zu beachten. Sie ist für die/den Bevollmächtigte/Bevollmächtigten verbindlich.

ja

nein

Sie/Er darf Krankenunterlagen einsehen.

ja

nein

Die/Der Bevollmächtigte darf mich gegenüber den Trägern der Leistungen der Krankenkassen und der Pflegeversicherung vertreten. Im Rahmen der Beantragung von Pflegeleistungen darf auch ein Zielkonto für Leistungen angegeben werden.

### Ersatzbevollmächtigte/r

Falls die/der genannte Bevollmächtigte nicht in der Lage sein sollte, vorgenannte Aufgabe/n zu übernehmen, so benenne ich folgende Ersatzperson zu meiner Ersatzbevollmächtigten/meinem Ersatzbevollmächtigten:

Name, Vorname (Ersatzbevollmächtigte/Ersatzbevollmächtigter)

geboren am

in

Anschrift

Telefon

Mobil

Ich habe diese Vollmacht freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Die Ersatzbevollmächtigung erstreckt sich auf die Dauer der Verhinderung der/des Bevollmächtigten.

Mit der Unterschrift bestätigen die zuvor benannten Bevollmächtigten, dass Sie mit der Bevollmächtigung einverstanden sind. Sie sichern zu, sich dafür einzusetzen, meine Wünsche und Wertvorstellungen zu vermitteln.

Ort, Datum

Unterschrift Bevollmächtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift Ersatzbevollmächtigte/r

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich sein sollte, bitte ich, dann die/den oben bezeichnete/n Bevollmächtigte/n als Betreuerin/Betreuer zu bestellen, ersatzweise die/den Ersatzbevollmächtigte/n.

(Für die Bestätigung der Vollmacht zu einem späteren Zeitpunkt)

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge überprüft habe und sich mein Wille nicht geändert hat:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift