



**ÄRZTEHAUS**  
*in der alten Druckerei*

# **Patientenverfügung für**



**Vorsorgevollmacht | Betreuungsverfügung**

Erstellt von Dr. Christoph Gerhard

*Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,*

*in einer Patientenverfügung geht es um sehr viel. Es wird vorab festgelegt, wie in zukünftigen Situationen für einen entschieden werden soll, wenn man nicht mehr selbst entscheiden kann. Deshalb ist es sehr wichtig, sich wirklich gut über den eigenen Willen für solche Situationen klar zu werden, in sich zu gehen, mit anderen Menschen zu sprechen und die eigenen Grenzen herauszufinden, wann man nicht mehr lebenserhaltend behandelt werden möchte.*

*Mit dieser Broschüre wollen wir Sie bei diesem Vorhaben, eine eigene Patientenverfügung zu erstellen, unterstützen. Wir bieten dazu auch regelmäßig Seminare in der Niederrheinischen Akademie an. Für die Akteure des Gesundheitswesens und insbesondere auch für unsere SAPV Niederrhein/Rhein-Ruhr, unseren Pflegedienst DailyQare Langenfurth sowie in dem Ärztehaus in der Alten Druckerei Friedrichsfeld ist es sehr wichtig, Ihren Willen möglichst genau zu kennen, um Ihre Autonomie bestmöglich zu achten und Ihren Willen umzusetzen.*

Juli 2024

**Dr. Christoph Gerhard**

Wissenschaftlicher Leiter der Niederrheinischen Akademie/SAPV



## Was ist eine Patientenverfügung?

In einer Patientenverfügung werden im Voraus Regelungen für schlechtere Tage getroffen. Falls man zukünftig **seinen Willen nicht mehr ausdrücken** kann, ist es sehr hilfreich, wenn der Wille schon durch diese Patientenverfügung bekannt ist. In einer Patientenverfügung wird nämlich vorab geregelt, was für eine medizinische, pflegerische, palliative oder hospizliche Versorgung erfolgen soll, wenn man dies nicht mehr selbst entscheiden kann. Eine Patientenverfügung ist nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)<sup>1</sup> geregelt und muss beachtet werden.

## Was ist eine Vorsorgevollmacht?

In einer Vorsorgevollmacht werden nahestehende Menschen bevollmächtigt, weil sie uns und unseren Willen gut kennen. Die Bevollmächtigten sollen unseren Willen wieder geben, wenn wir selbst unseren **Willen nicht mehr ausdrücken** können. Sie sollen Entscheidungen für uns treffen, wenn wir diese selbst nicht mehr treffen können. Sie sind dabei an die Festlegungen der Patientenverfügung gebunden. Auch die Vorsorgevollmacht ist im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt.

## Was ist eine Betreuungsverfügung?

Wenn wir keinen Vorsorgebevollmächtigten benannt haben, ernennt das Betreuungsgericht einen gesetzlichen Betreuer. Wir haben auch hier die Möglichkeiten im Voraus eigene Wünsche zu äußern. Wir können nämlich im Rahmen einer Patientenverfügung dem Gericht vorab mitteilen, welchen Betreuer wir im Falle eines Falles haben möchten.

## Welche Form muss eine Patientenverfügung haben?

Nach den gesetzlichen Regeln muss eine Patientenverfügung schriftlich erfolgen. Eine notarielle Beglaubigung ist in der Regel nicht erforderlich.

## Welche Inhalte hat eine Patientenverfügung?

Eine Patientenverfügung soll möglichst gut unseren Willen wieder geben. Es geht um Situationen schwerer Krankheit, in denen wir unseren Willen dann nicht mehr ausdrücken können. Für diese Situationen wird geregelt, welche Therapien erfolgen bzw. nicht erfolgen sollen (z.B. Intensivmedizin, Beatmung, Ernährung etc.). Es geht auch darum, wo wir bei sehr schwerer Krankheit versorgt werden wollen. Deshalb müssen wir uns erst einmal klar werden, was wir für solche Situationen wollen. Ein Gespräch mit den zukünftigen Vorsorgebevollmächtigten und unserem Arzt kann uns dabei helfen. Es führt dazu, dass die Bevollmächtigten und die Ärzte ebenfalls noch besser wissen, was ich genau möchte. Zunächst einmal ist es also erforderlich, dass wir uns viel mit dem Thema beschäftigen und mit anderen darüber reden, um uns darüber klarer zu werden.

---

<sup>1</sup> Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht sind im BGB im § 1814, 1815, 1821, 1829 und 1831 geregelt.

## Wie finde ich heraus, was ich genau will?

Da es gar nicht so leicht ist, seinen eigenen Willen genau heraus zu finden, haben wir hier hilfreiche Fragen abgedruckt. Beantworten Sie möglichst alle Fragen, um sich über Ihren Willen klarer zu werden. Es hilft, wenn sie sich dabei mit anderen (z.B. Vorsorgebevollmächtigte, Angehörige) austauschen.

- Was hat mich zur Patientenverfügung veranlasst?
- Wie bin ich bisher mit eigenen Krankheiten/Schicksalsschlägen fertig geworden? Was/Wer hat mir dabei geholfen?
- Was bedeuten für mich körperliche Behinderungen? Was bedeutet für mich geistiger Verfall?
- In welchen Situationen möchte ich/möchte ich nicht künstlich ernährt werden?
- Wie schmerzempfindlich bin ich? Wann brauche ich Beruhigungs- und Schmerzmittel? Wie viele Nebenwirkungen akzeptiere ich?
- Welche Einstellung habe ich zu Sterben und Tod? Welche Erfahrungen haben mich dabei geprägt? Wovor habe ich Angst im Hinblick auf mein Sterben?
- Wo möchte ich sterben? Wer soll mich dabei begleiten?

## Welche weiteren Hilfen gibt es für die Erstellung meiner Patientenverfügung?

Die Niederrheinische Akademie veranstaltet regelmäßig Vorträge und Seminare zum Thema Patientenverfügung. Die Termine finden Sie in der öffentlichen Presse und auf unserer Website [www.niederrheinische-akademie.de](http://www.niederrheinische-akademie.de).

## Die Textbausteine für eine schriftliche Patientenverfügung

(mit freundlicher Genehmigung des Bundesjustizministeriums)

### 1. Eingangsformel

Ich...

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann ... .

## 2. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

(bitte zutreffende Punkte ankreuzen)

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist ...
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

---

---

---

---

---

---

---

---

*(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)*

### 3. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

(bitte zutreffende Punkte ankreuzen)

#### 3.1. Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

*oder*

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

#### 3.2. Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

*oder*

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.
- die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

#### 3.3. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

*oder*

- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.

*oder*

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

### 3.4. Wiederbelebung

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Versuche der Wiederbelebung.  
*oder*
- die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.
- , dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.  
*oder*
- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

### 3.5. Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.  
*oder*
- , dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

### 3.6. Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.  
*oder*
- , dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

### 3.7. Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.  
*oder*
- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.  
*oder*
- keine Antibiotika.

### 3.8. Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

*oder*

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

*oder*

- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

### 4. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

*oder*

- wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

*oder*

- wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen:

---

---

---

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

---

---

- hospizlichen Beistand.

## 5. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

---

---

---

## 6. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- meiner/meinem Bevollmächtigten.
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- anderer Person: ... .

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist

möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- meiner/meinem Bevollmächtigten.
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- anderer Person: ...

## 7. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen: **Bevollmächtigte(r)**:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen). **Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer**:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## 8. Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

---

---

---

## 9. Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann
    - geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
    - gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
- oder*
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

## 10. Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

## 11. Schlussbemerkungen

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

## 12. Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/durch

\_\_\_\_\_

und beraten lassen durch

\_\_\_\_\_

## 13. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau \_\_\_\_\_

wurde von mir am \_\_\_\_\_

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

## 14. Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

*oder*

- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von \_\_\_\_\_ Jahren ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

- in vollem Umfang.  
 mit folgenden Änderungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Vorsorgevollmacht - Betreuungsverfügung

Hiermit bevollmächtige ich \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

folgende Person(en) \_\_\_\_\_

mich in allen persönlichen und insbesondere gesundheitlichen Angelegenheiten zu vertreten. Die genannte(n) Person(en) kennen meine Lebenseinstellung und können auch daher am besten über meine Patientenverfügung hinaus vertreten. Sie sollen medizinische Maßnahmen, in Operationen, in die Einleitung oder Nichteinleitung von Behandlungs- und Ernährungsmaßnahmen sowie Sicherungsangelegenheiten (z.B. Fixierungsmaßnahmen, Bettgitter) einwilligen oder nicht einwilligen können. Ebenso sollen sie aktuelle (natürliche) Willensäußerungen interpretieren und ihnen Geltung verschaffen.

Sie haben die Aufgabe, meinen Willen, wie er u.a. in meiner Patientenverfügung niedergeschrieben ist, durchzusetzen.

Im Fall ihrer Verhinderung erteile ich folgender(n) Person(en) diese Vollmacht:

Die Ärzte und die Pflegenden entbinde ich gegenüber meinen Angehörigen und Bevollmächtigten von ihrer Schweigepflicht. Die Bevollmächtigten sollen meine Krankenunterlagen einsehen können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Zu meinem gesetzlichen Betreuer soll folgende Person bestellt werden:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Glossar:

Ein **Hospiz** ist eine Einrichtung zur Versorgung fortgeschritten Erkrankter und Sterbender. Es gibt stationäre Hospize, in denen fortgeschritten Erkrankte bzw. versterbende Menschen leben können und als Gäste umfassend versorgt werden. Ambulante Hospize bieten Unterstützung durch Ehrenamtliche dort, wo die Betroffenen gerade leben, sei es zu Hause, im Pflegeheim oder im Krankenhaus.

Eine **Palliativstation** ist eine besondere Krankenhausstation, die fortgeschritten unheilbar Erkrankte versorgt. Schwerpunkte sind die Behandlung unangenehmer Symptome (z.B. Schmerzen, Luftnot) und die psychosoziale Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

**Ambulante Palliativ-Versorgung** wird in zwei verschiedenen Stufen angeboten. Die allgemeine ambulante Palliativ-Versorgung (AAPV) wird in einfachen Situationen von Hausärzten und Pflegediensten geleistet. Die spezielle ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV) ist komplizierteren Fällen vorbehalten und wird von einem Spezialistenteam aus erfahrenen Palliativmedizinern und palliativen Spezialpflegekräften rund um die Uhr geleistet.

Eine **Intensivstation** ist eine hoch spezialisierte Krankenhausstation, auf der besonders aufwändige Therapien, wie Beatmung, Blutwäsche durchgeführt werden können und die Patienten über besondere Geräte, die Herzschlag, Blutdruck etc. aufzeichnen, besonders intensiv überwachen können.

Mit **künstlicher Ernährung** sind alle Ernährungsformen gemeint, bei denen die Nahrung nicht auf natürlichem Wege (Mund, Speiseröhre, Magen) sondern über künstliche Hilfsmittel (Magensonden, Infusionsschläuche) in den Körper des Betroffenen gelangt.

Mit **Dialyse** ist eine Blutwäsche gemeint. Wenn die Niere ihre Entgiftungsfunktion des Körpers nicht mehr bewerkstelligen kann, ersetzt diese künstliche Entgiftung durch Blutwäsche die Nierenfunktion.

**Künstliche Beatmung** ist eine Therapie, bei der ein Beatmungsgerät die ausgefallene oder stark geschwächte Atemfunktion ersetzt. Das Gerät pumpt Luft in die Lunge und zieht sie wieder heraus.

Ein **Schlaganfall** ist eine plötzlich auftretende Schädigung des Gehirns entweder durch mangelnde Blutversorgung oder durch eine Gehirnblutung. Schlaganfälle können ganz unterschiedliche Folgen haben. Manche Betroffene behalten nur

leichte Ausfälle, manche sind sehr stark gelähmt, können nicht mehr sprechen oder schlucken oder sind im Koma. Noch immer versterben einige wenige Betroffene an einem schweren Schlaganfall trotz modernster medizinischer Möglichkeiten.

Eine **Hirnschädigung** kann z.B. durch einen Unfall mit Hirnquetschung, durch einen Sauerstoffmangel bei Herzstillstand oder andere schädigende Einflussfaktoren auf das Gehirn entstehen. Wie schwer die Hirnschädigung ist und wie die Prognose aussieht, lässt sich nicht sofort, sondern erst nach einer Zeit der Beobachtung von Tagen bis Wochen sagen.

**Koma** beschreibt den Zustand der Bewusstlosigkeit. Wachkoma bedeutet, dass dabei die Augen geöffnet werden und einfache Hirnfunktionen, wie Atmen, Schlucken etc. möglich sind.

**Demenz** meint einen fortschreitenden Untergang der Hirnfunktion. Durch Alterungsprozesse, Durchblutungsstörungen oder andere schädigende Einflüsse, kommt es zu einem zunehmenden Abbau der Hirnfunktion mit Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, teilweise auch zu Bewegungsstörungen. Bei weit fortgeschrittener Erkrankung hören viele Betroffene auch auf zu essen.





**ÄRZTEHAUS**  
*in der alten Druckerei*

Bülowstraße 5

46562 Voerde

Telefon: 0281/44440

Fax: 0281/44441

[info@aerztehaus-voerde.de](mailto:info@aerztehaus-voerde.de)

[www.aerztehaus-voerde.de](http://www.aerztehaus-voerde.de)