



## Patientenverfügung

Ich

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname / ggf. Geburtsname des Vollmachtgebers)

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht weibl.  männl.

Anschrift \_\_\_\_\_

**bringe mit dieser Verfügung 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, indem 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!**

**Situationen, für die diese Patientenverfügung gelten soll:**

**Wenn ich**

▶ mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde

ja  nein

▶ mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist

ja  nein

▶ in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener 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.<sup>1</sup>

ja  nein

▶ in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage sein werde, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.<sup>2</sup>

ja  nein

## Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher oder pflegerischer Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich:

### **Lebenserhaltende Maßnahmen**

► dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen **unterlassen** werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggfls. mit Unterstützung 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.

ja             nein

### **Fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung<sup>3</sup>**

► dass mir **keine** lebenserhaltenden oder –verlängernden Medikamente verabreicht werden. Die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden verlange ich dagegen auch dann, wenn diese u. U. meine Lebenszeit verkürzen.

ja             nein

### **Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr<sup>4</sup>**

► dass **keine** künstliche Ernährung, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge), erfolgt

ja             nein

► die **Reduzierung** der künstlichen Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen<sup>5</sup>

ja             nein

### **Wiederbelebung<sup>6</sup>**

► die **Unterlassung** von Versuchen zur Wiederbelebung

ja             nein

### **Künstliche Beatmung**

► 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 akzeptiere ich.

ja             nein

### **Dialyse**

► dass **keine** Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

ja             nein

### **Antibiotika**

► Antibiotika nur zur **Linderung** meiner Beschwerden

ja             nein

→ Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe!

**Wünsche zu Ort und Begleitung****Ich möchte**

▶ zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden

ja             nein

▶ wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben

ja             nein

▶ wenn möglich in einem Hospiz sterben

ja             nein

▶ Sonstiges

---

**Ich möchte**

▶ Beistand durch folgende Person/en:

---

▶ Beistand durch einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

ja             nein

---

**Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen**

**Ich habe** zusätzlich zur Patientenverfügung eine **Vorsorgevollmacht** für Gesundheitsangelegenheiten und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

ja             nein

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

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Ich habe** eine **Betreuungsverfügung** zur Auswahl der/des Betreuers/in erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuer/in besprochen.

ja             nein

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

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Organspende

► Ich **stimme** einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

ja             nein

► Ich habe einen Organspenderausweis ausgefüllt

ja             nein

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem abzeichnenden Hirntod als Organspender/in in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

► geht die Bereitschaft zur Organspende vor

ja             nein

► gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

ja             nein

► ich **lehne** eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

ja             nein

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

ja             nein

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

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein/e Vertreter/in, z. B. Bevollmächtigte/r/Betreuer/in, soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Sollte 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 meinem/er Vertreter/in erwarte ich, dass er/sie die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst in Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei meinem/er Vertreter/in.

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 Ärzte/das Behandlungsteam/mein/e Bevollmächtigte/r 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. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei meinem/er Vertreter/in.

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

**Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.**

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend in vollem Umfang.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Ärztliche Aufklärung**

Eine ärztliche Aufklärung ist **gesetzlich nicht vorgeschrieben**.

Herr / Frau \_\_\_\_\_ wurde von mir am \_\_\_\_\_

bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel des Arztes

Die Einwilligungsfähigkeit **kann** auch durch einen Notar bestätigt werden.

## **Fußnoten mit Erläuterungen zur Patientenverfügung**

1

---

Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patienten oder Patientinnen sind unfähig zu bewussten Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- und Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkomapatienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein weitgehend eigenständiges Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

2

---

Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt die/der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

3

---

Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nu in Extremsituationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sogen. indirekte Sterbehilfe).

4

---

Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkomapatienten.

5

---

Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge Wasseransammlung in der Lunge führen kann.

6

---

Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden mindern als auch verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.