Patientenverfügung

*1. Eingangsformel **

Ich _____

_____

(Name, Vorname, geboren am, wohnhaft)

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

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

Die Verfügung soll gelten für eine Situation, in der

☐ 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, ggf. auf einem Extrablatt, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)

_____

_____

Dieses Muster einer Patientenverfügung, das analog der vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz herausgegebenen Broschüre „Patientenverfügung“ entwickelt wurde, enthält Textbausteine, die sich als Anregung und Formulierungshilfe verstehen. Sich ausschließende Bausteine sind mit **oder** gekennzeichnet. **Notwendige Bestandteile** einer Patientenverfügung sind mit ***** gekennzeichnet.
Bitte beachten Sie die Hinweise zur Patientenverfügung.

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

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. bei 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.

Dieses Muster einer Patientenverfügung, das analog der vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz herausgegebenen Broschüre „Patientenverfügung“ entwickelt wurde, enthält Textbausteine, die sich als Anregung und Formulierungshilfe verstehen. Sich ausschließende Bausteine sind mit **oder** gekennzeichnet. **Notwendige Bestandteile** einer Patientenverfügung sind mit ***** gekennzeichnet.
Bitte beachten Sie die Hinweise zur Patientenverfügung.

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.
oder
☐ mein Bevollmächtigter soll die Entscheidung über meinen Aufenthalt während meines Sterbeprozesses unter den gegebenen Umständen treffen.

Ich möchte **Beistand**

☐ durch folgende Person/en_____

_____

☐ 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: _____

_____

(Name, Vorname, wohnhaft, Telefon)

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.

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
oder
☐ durch meinen Bevollmächtigten
oder
☐ durch meinen behandelnden Arzt/ meine behandelnde Ärztin
oder
☐ durch meinen Betreuer/meine Betreuerin

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:

(Alternativen)

☐ meiner/meinem Bevollmächtigten.

☐ meiner Betreuerin/meinem Betreuer.

☐ der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

☐ anderer Person: _____

_____

(Name, Vorname, wohnhaft, Telefon)

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:

(Alternativen)

☐ meiner/meinem Bevollmächtigten.

☐ meiner Betreuerin/meinem Betreuer.

☐ der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

☐ anderer Person: _____

_____

7.Hinweis auf Vorsorgevollmacht und/oder Betreuungsverfügungen

☐ 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, Vorname, wohnhaft, Telefon, 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, Vorname, wohnhaft, Telefon, E-Mail

8. Hinweis auf beigefügte 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_____

oder

☐ 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.

Dieses Muster einer Patientenverfügung, das analog der vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz herausgegebenen Broschüre „Patientenverfügung“ entwickelt wurde, enthält Textbausteine, die sich als Anregung und Formulierungshilfe verstehen. Sich ausschließende Bausteine sind mit **oder** gekennzeichnet. **Notwendige Bestandteile** einer Patientenverfügung sind mit ***** gekennzeichnet.
Bitte beachten Sie die Hinweise zur Patientenverfügung.

14.Aktualisierung

☐ Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

oder

☐ Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von _____ (Zeitangabe) 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

oder

☐ mit folgenden Änderungen:

_____

(Ort, Datum, Unterschrift) *

Ich bestätige durch erneute Unterschrift, dass diese Patientenverfügung nach wie vor meinem Willen entspricht:

_____	_____
(Ort, Datum)	(Unterschrift des/der Verfügenden)
_____	_____
(Ort, Datum)	(Unterschrift des/der Verfügenden)
_____	_____
(Ort, Datum)	(Unterschrift des/der Verfügenden)

Dieses Muster einer Patientenverfügung, das analog der vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz herausgegebenen Broschüre „Patientenverfügung“ entwickelt wurde, enthält Textbausteine, die sich als Anregung und Formulierungshilfe verstehen. Sich ausschließende Bausteine sind mit **oder** gekennzeichnet. **Notwendige Bestandteile** einer Patientenverfügung sind mit ***** gekennzeichnet.
Bitte beachten Sie die Hinweise zur Patientenverfügung.

In einer Patientenverfügung können Sie schriftlich für den Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit im Voraus festlegen, ob und wie Sie in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchten.

Das Gesetz definiert die Patientenverfügung als **schriftliche Festlegung einer volljährigen Person**, ob sie in **bestimmte**, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (§ 1901a Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs – BGB).

Eine Patientenverfügung ist **für alle Beteiligten** (z. B. Betreuer, Bevollmächtigte, Ärzte, Pflegepersonal, Gerichte) **verbindlich**, soweit sie Ihren Willen für eine **konkrete** Behandlungssituation klar erkennbar zum Ausdruck bringt.

Sie können die Patientenverfügung auch um Bitten oder bloße Richtlinien für eine Vertreterin oder einen Vertreter sowie für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und das Behandlungsteam ergänzen. Zudem kann es sinnvoll sein, auch persönliche Wertvorstellungen, Einstellungen zum eigenen Leben und Sterben und religiöse Anschauungen als Ergänzung und Auslegungshilfe Ihrer Patientenverfügung zu schildern.

Die **gesetzliche Regelung der Patientenverfügung** sieht vor, dass eine Patientenverfügung **schriftlich verfasst** und **durch Namensunterschrift eigenhändig** *oder* **durch ein von einer Notarin oder einem Notar beglaubigtes Handzeichen unterzeichnet werden muss** (§ 1901a Absatz 1 Satz 1 i. V. m. § 126 Absatz 1 BGB). Niemand ist aber an seine schriftliche Patientenverfügung ein für alle Mal gebunden. **Die Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden** (§ 1901 Absatz 1 Satz 3 BGB).

Mündliche Äußerungen sind deshalb aber nicht wirkungslos, denn sie müssen bei der Feststellung des mutmaßlichen Patientenwillens von der Vertreterin oder dem Vertreter beachtet werden.

Es ist nicht unbedingt erforderlich, aber sehr empfehlenswert, eine Patientenverfügung in bestimmten Zeitabständen (z. B. jährlich) zu erneuern oder zu bestätigen.

Für die Patientenverfügung gilt insgesamt, dass auf allgemeine Formulierungen möglichst verzichtet werden soll. Vielmehr muss möglichst konkret beschrieben werden, in welchen Situationen die Patientenverfügung gelten soll (Formulierungshilfen hierzu unter 2.) und welche Behandlungswünsche der Verfasser in diesen Situationen hat (Formulierungshilfen hierzu unter 3.). Auch vor dem Hintergrund der jüngsten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (Beschluss vom 6. Juli 2016 – XII ZB 61/16) sollte sich aus der Patientenverfügung sowohl die konkrete Behandlungssituation (z.B.: „Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit“) als auch die auf diese Situation bezogenen Behandlungswünsche (z.B. die Durchführung oder die Ablehnung bestimmter Maßnahmen wie die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr) ergeben. Aus diesem Grund wird in den Textbausteinen unter 3., die Formulierungshilfen zu bestimmten ärztlichen Maßnahmen enthalten, jeweils ausdrücklich Bezug auf die zuvor zu beschriebene konkrete Behandlungssituation genommen („In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,“). Insbesondere sollte der Textbaustein unter 3.1, wonach „alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden“ sollen, nicht ausschließlich, sondern stets im Zusammenhang mit weiteren konkretisierenden Erläuterungen der Behandlungssituationen und medizinischen Maßnahmen verwendet werden.

Eine **Patientenverfügung** sollte so **verwahrt** werden, dass insbesondere Ihre **Ärztinnen und Ärzte, Bevollmächtigte, Betreuerin oder Ihr Betreuer,** aber gegebenenfalls auch das Betreuungsgericht, möglichst **schnell und unkompliziert Kenntnis von der Existenz und vom Aufbewahrungsort** einer Patientenverfügung erlangen können. Dazu kann es sinnvoll sein, einen Hinweis bei sich zu tragen, wo die Patientenverfügung aufbewahrt wird. Bei der Aufnahme in ein Krankenhaus oder Pflegeheim sollten Sie auf Ihre Patientenverfügung hinweisen. Wenn Sie eine Vertrauensperson bevollmächtigt haben, sollte auch diese informiert sein.

Nähere Informationen zum Betreuungsrecht, in dem auch die Patientenverfügung gesetzlich geregelt ist, können Sie der vom **Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz herausgegebenen Broschüre „Betreuungsrecht“** entnehmen. Dort finden Sie hilfreiche Informationen und Erläuterungen der gesetzlichen Vorschriften.