

1. Hiermit lege ich für den Fall, dass ich langanhaltend oder dauerhaft meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, Situationen fest, in denen meine Patientenverfügung Anwendung finden soll.

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. ja nein
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist. ja nein
- Wenn ich aufgrund von direkter Gehirnschädigung (z.B. nach Unfall, Schlaganfall, Entzündungen oder Tumoren) oder nach indirekter Gehirnschädigung (z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen) meine Fähigkeit verloren habe, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen oder mit anderen Menschen in Kontakt treten zu können, und dies nach Einschätzung zweier Ärzt*innen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich ist. Dies gilt auch, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht feststeht. Mir ist bewusst, dass in Fällen von Dauerbewusstlosigkeit die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber sehr unwahrscheinlich ist.¹ Beachten Sie in diesem Fall die gesonderten Regelungen zur Organspende. ja nein
- Wenn in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei einer Demenz) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.² ja nein
- Vergleichbare, hier nicht ausdrückliche erwähnte Erkrankungen, die zum Verlust von oben genannten Fähigkeiten führen, sollen in derselben Weise beurteilt werden. ja nein

2. In von mir unter Punkt 1 mit JA angekreuzten Situationen wünsche ich, dass folgende ärztliche und pflegerische Maßnahmen eingeleitet, unterlassen oder beendet werden:

Behandlung

- Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten und Beschwerden zu lindern.
- Auch dem Erhalt von fremden Organen und Gewebe stimme ich zu, wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann.
- oder** Ich wünsche die Unterlassung aller lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen, die lediglich den Todeszeitpunkt verzögern und dadurch mein Leben unnötig verlängern.

Schmerz- und Symptombehandlung³

- Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung. Insbesondere lindernde pflegerische Maßnahmen wie Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, menschenwürdige Unterbringung sowie lindernde ärztliche Maßnahmen zur Behandlung von z.B. Luftnot, Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Angst oder anderen belastenden Symptomen.
- und** Ich wünsche, wenn alle medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle keine Linderung bringen, dass auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung eingesetzt werden. Eine eventuelle Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.

Künstliche Ernährung⁴

Ich wünsche, dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

oder Ich wünsche, dass keine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

Ich wünsche _____

Künstliche Flüssigkeitszufuhr⁴

Ich wünsche, dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird.

oder Ich wünsche, dass keine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird.
Ausnahme: nach ärztlichem Ermessen bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.⁵

Ich wünsche _____

Künstliche Beatmung

Ich wünsche eine künstliche Beatmung, falls diese mein Leben verlängern kann.

oder Ich wünsche, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird. Voraussetzung hierfür ist, 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.

Wiederbelebung⁶

Ich wünsche in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

oder Ich wünsche die Unterlassung von Wiederbelebungsversuchen in unter Punkt 1 beschriebenen Situationen.

oder Ich wünsche generell die Unterlassung von Wiederbelebungsversuchen.

und Das Hinzuziehen eines Notarztes soll generell unterlassen werden.

Dialyse

Ich wünsche eine Dialyse, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

Ich wünsche keine Dialyse bzw. dass eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Bluttransfusionen

Ich wünsche die Gabe von Blutprodukten oder Blutbestandteilen, wenn dies mein Leben verlängern kann.

oder

Ich wünsche keine Verabreichung von Blutprodukten oder Blutbestandteilen.
Ausnahme: nach ärztlichem Ermessen bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

Antibiotika

oder

Ich wünsche die Gabe von Antibiotika, wenn diese mein Leben verlängern kann.

oder

Ich wünsche die Verabreichung von Antibiotika ausschließlich, um Beschwerden zu lindern.

Organspende

Ich besitze einen Organspendeausweis.

Ich besitze keinen Organspendeausweis, bin mit einer Entnahme meiner Organe nach Feststellung des Hirntodes jedoch einverstanden.

Ich lehne eine Organspende ab.

Hinweise zur Organspende⁷

Haben Sie sich für eine Organspende entschieden, müssen die Formulierungen zur Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen eindeutig sein und dürfen sich nicht widersprechen. Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Vorbereitung der Organentnahme muss der Hirntod über 72 Stunden festgestellt werden können, bevor Organe entnommen werden dürfen.

Ich gestatte die kurzfristige (72 Stunden) Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes.

Ist der Hirntod absehbar, aber noch nicht eingetreten

dürfen lebenserhaltende Maßnahmen bis zu _____ Stunden/Wochen (*nicht zutreffendes bitte streichen*) durchgeführt werden.

gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

Wünsche zur Begleitung und Versorgung**3. In von mir unter Punkt 1 mit JA angekreuzten Situationen wünsche ich,**

- Wenn möglich in meiner vertrauten Umgebung zu sterben.
- Zum Sterben ins Krankenhaus verlegt zu werden.
- Wenn möglich auf eine Palliative Station verlegt zu werden.
- Wenn möglich in ein Hospiz verlegt zu werden.
- Die Verlegung, egal wohin, soll immer mit meinen Angehörigen abgestimmt werden.

Ich möchte Beistand durch folgende Personen/Kirche/Seelsorge/hospizlichen Beistand:

Hinweise auf eine Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung

- Ich habe eine **Vorsorgevollmacht**.

Bevollmächtigte Person ist

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer

- Ich habe eine **Betreuungsverfügung**.

Gewünschter Betreuer ist

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer

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

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung niedergeschriebene Wille befolgt wird. Dies gilt für alle pflegerischen und ärztlichen Maßnahmen.

Dies gilt für die behandelnden Ärzte ebenso wie für Pflegende und alle an der Behandlung beteiligten beruflichen Professionen.

Die bevollmächtigte Person soll dafür Sorge tragen, dass mein Wunsch und Wille eingehalten werden.

Bei einer geplanten/empfohlenen medizinischen oder pflegerischen Behandlung muss immer nach dem Ziel der Maßnahme gefragt werden. Erst wenn das Behandlungsteam das Therapieziel und die Prognose benannt hat, wird im Gespräch der Patientenwille zwischen Arzt und Stellvertretern besprochen (§1901 b, Absatz 1 BGB).

Solange ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, soll mir in der konkreten Anwendungssituation nicht eine Änderung meines Willens unterstellt werden. Mit meinem Vertreter habe ich über meine Behandlungswünsche gesprochen.

daher ist meine Patientenverfügung mir als Ausdruck meiner Werte und Wünsche wichtig und soll weiterhin respektiert werden.

oder Sollte es Situationen geben, in denen mein Verhalten Anlass gibt, daran zu zweifeln, ob diese Verfügung weiterhin Bestand hat, dann sollen möglichst alle an meiner Versorgung Beteiligten, meine Angehörigen und sonstige Vertrauenspersonen (§ 1901 b, Absatz 2 BGB) hinzugezogen werden, um eine Einschätzung meiner Äußerungen zu treffen.

in diesem Fall soll mein Verhalten von meinem Vertreter als Widerruf dieser Verfügung in dieser konkreten Situation gewertet werden, weil ich ein Risiko der vorherigen Fehleinschätzung vermeiden möchte.

oder Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll trotz dieser Verfügung weiterhin bei der von mir bevollmächtigten Person bleiben. Für sie gelten in den Zweifelsituationen folgende Hinweise:

Sie soll eine meinen Überzeugungen entsprechende Interpretation meines Verhaltens vornehmen. Hierzu darf sie sich von

_____ beraten lassen.

Sollte ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich von meiner Vertretungsperson, dass für eine anderweitige medizinisch/pflegerische Versorgung gesorgt wird.

In Situationen, die in dieser Verfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln (§1901 a, Absatz 2 BGB). Dafür soll diese Verfügung als Richtmaß gelten.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs der Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir über den Inhalt und mögliche Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Verfügung bewusst. Ich habe diese Patientenverfügung aus freien Stücken, in eigener Verantwortung und ohne Druck von außen erstellt und bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

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

aktualisiert: Ort/ Datum/ Unterschrift

aktualisiert: Ort/ Datum/ Unterschrift

Ich habe mich beraten lassen von _____

Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Frau/Herr _____

wurde von mir am _____ bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Sie/Er war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Ort/Datum/Unterschrift/Stempel

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 Patientinnen oder Patienten sind unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Kreislauf, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind. Auch die Fähigkeit zu Empfindungen kann erhalten sein. Wachkoma-Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In äußerst seltenen Fällen können sich auch bei sogenannten Wachkoma-Patienten 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 zu der Mehrzahl deren, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich. Nach einer europäischen Expertengruppe wird ein Wachkoma nach bestimmten Untersuchungen und einer bestimmten Zeitdauer ohne Veränderungen als Chronisches apallisches Syndrom oder persistierender vegetativer Zustand (PVZ) bezeichnet und als klinisches Stadium der kompletten Bewusstlosigkeit der Person und deren Umgebung mit Schlaf-Wach-Zyklen und kompletter oder teilweiser Erhaltung autonomer Funktionen im Hypothalamus und Hirnstamm. Nach der Expertengruppe bestehen in diesem Zustand keine Anhaltspunkte für Sprachverständnis und Ausdruck.
- 2** Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer'sche 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 der Erkrankte 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** Als Therapien am Lebensende erfolgen in der letzten Phase des Lebens palliativmedizinische Maßnahmen mit dem Ziel Leiden zu lindern. Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist. Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in Extremsituationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmittel so hoch sein, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann.
- 4** Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl und werden daher auch nicht „verhungern“, dies gilt ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patienten.
- 5** Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das 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 von Wasseransammlungen in der Lunge führen kann.
- 6** Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern, als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen 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. In einer Patientenverfügung kann auch geregelt werden, dass der Notarzt nicht verständigt wird. Zu den bestehenden Risiken des Verzichts auf Wiederbelebungsmaßnahmen sollten Sie sich von Ärzten oder anderen fachkundigen Personen beraten lassen.
- 7** Vgl. §3 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes.