



Patientenverfügung vom

Ich,

| | |
|-------------------|---------|
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum | |
| Anschrift | |
| Postleitzahl, Ort | |

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

Ich habe Festlegungen getroffen, die für meine jetzige Situation und für zukünftige Situationen gelten. **Zum aktuellen Zeitpunkt** wünsche ich für den akuten lebensbedrohlichen Notfall mit akuter Einwilligungsunfähigkeit:

| | |
|--|---|
| <i>Therapieziel: Lebensverlängerung in jedem Fall</i> | |
| A <input type="checkbox"/> | vollumfängliche Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Kreislauf-Wiederbelebung (Reanimation) |
| <i>Therapieziel: Lebensverlängerung mit Einschränkungen</i> | |
| B0 <input type="checkbox"/> | keine Herz-Kreislauf-Wiederbelebung (HKW) → DNR |
| B1 <input type="checkbox"/> | keine HKW + keine invasive (Tubus-)Beatmung (ITB) → DNR/DNI |
| B2 <input type="checkbox"/> | keine HKW + keine ITB + keine Behandlung auf der Intensivstation → DNR/DNI |
| B3 <input type="checkbox"/> | keine HKW + keine ITB + keine kurative Behandlung im Krankenhaus, aber ambulant kurative Behandlung gewünscht → DNR/DNI |
| <i>Therapieziel: Lebensqualität in jedem Fall (Palliation)</i> | |
| C <input type="checkbox"/> | ausschließlich lindernde (palliative) Maßnahmen (keine Maßnahmen aus A/B) → DNR → DNR/DNI → keine kurative Krankenhauseinweisung |

Für den Fall **bestehender dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit**, gelten die verfügten Behandlungswünsche im Folgenden.

Dieser Zustand wurde festgestellt am _____

durch _____

Diagnose: _____

Unterschrift/Stempel



1. zukünftige Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Die weiteren Festlegungen meiner Verfügung sollen für Situationen gelten, in der **ich meinen Willen dauerhaft nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann**

während

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach in der terminalen Phase meines **Sterbeprozess** befinde.

oder

- ich mich im mit einer **unheilbaren, innerhalb der nächsten Wochen tödlich verlaufenden Krankheit** konfrontiert sehe, selbst wenn der genaue Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

oder

- ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen verbal oder nonverbal kommunizieren kann 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.

oder

- ich infolge eines Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, **Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.**



2. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinisch-pflegerischer Maßnahmen

2.1. sogenannte „lebenserhaltende Maßnahmen“

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- A.** dass, sofern es indiziert ist, alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten. (**Therapieziel rein kurativ**)

oder

- B.** dass entsprechend der folgend genannten Punkte lebenserhaltende Maßnahmen auch unterlassen werden.

Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie eine Unterbringung nach meinen individuellen Bedürfnissen, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome. (**Therapieziel eingeschränkt kurativ bis palliativ**)

| | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|

2.2. Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung. Sollten die mir verabreichten Schmerzmittel nicht ausreichen um eine genügend schmerzlindernde Wirkung zu entfalten wünsche ich auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung zu erhalten.

| | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
|--------------------------|----|--------------------------|------|



2.3. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

A. dass **künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr** begonnen oder weitergeführt werden, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

B. 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. Meinem möglichen Durstgefühl soll mit fachgerechter Mundpflege begegnet werden.

| | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|

Hunger und Durst sind Bedürfnisse, die am Lebensende eine untergeordnete Rolle spielen. Eine künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit kann den Sterbeprozess behindern.

2.4. Wiederbelebung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

A. die **Durchführung** des Versuchs **einer Wiederbelebung** (Reanimation).

oder

B. die **Unterlassung** von Versuchen **der Wiederbelebung**.

| | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|

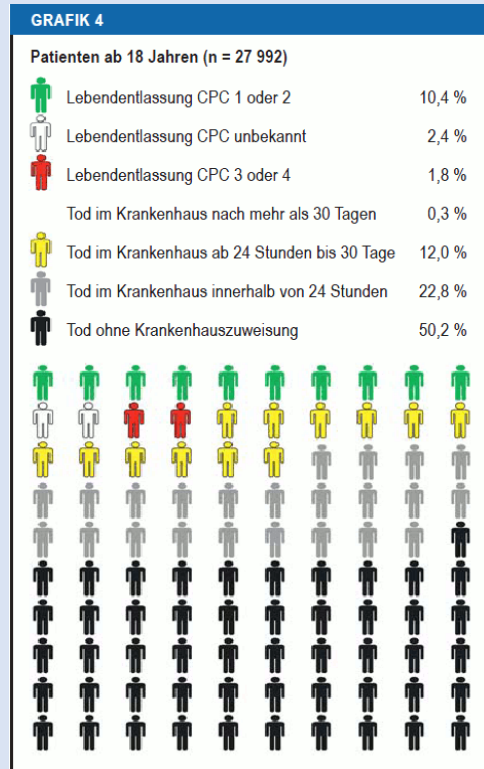
Bitte beachten Sie die aktuelle Statistik zu Folgen von Reanimationen:

<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=216527>



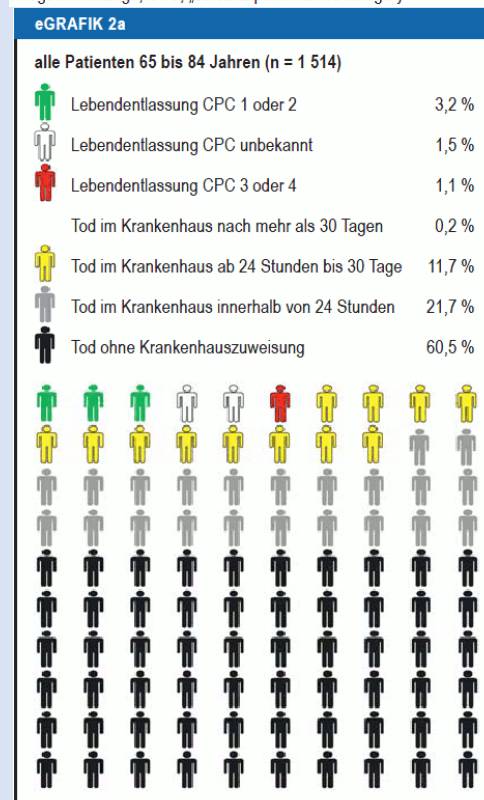
Studie: Reanimation in Pflegeeinrichtungen

Günther A, Schildmann J, in der Schmitt J, Schmid S, Weidlich-Wichmann U, Fischer M: Opportunities and risks of resuscitation attempts in nursing homes—facts for nursing home residents and caregivers. Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 757–63. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0757

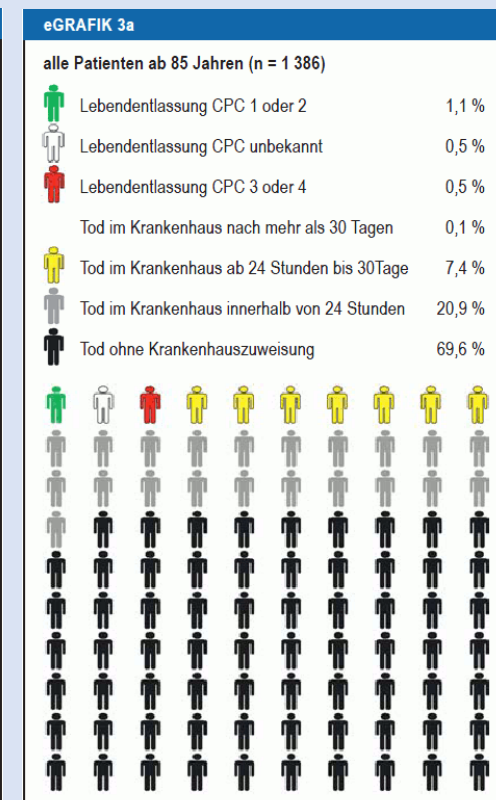


Outcome nach Reanimationsversuch an Einsatzorten außerhalb von Pflegeeinrichtungen; CPC, „cerebral performance category“

„Diese Studie berichtet die Häufigkeiten verschiedener Outcomes von Reanimationsversuchen in deutschen Pflegeeinrichtungen und stellt sie erstmalig für die Betrachtung durch Bewohner, ihre Angehörigen, Betreuer und Versorger mit den verfügbaren patientenrelevanten Endpunkten adressatengerecht mittels Faktenbox dar. Die solcherart aufbereiteten Daten sind eine wichtige Grundlage für die – dringend wünschenswerte – Befähigung von Pflegeheimbewohnern oder ihrer Vertreter, selbst über künftige CPR zu entscheiden.“



Outcome nach Reanimationsversuch am Einsatzort Pflegeeinrichtung; CPC, „cerebral performance category“



Outcome nach Reanimationsversuch am Einsatzort Pflegeeinrichtung; CPC, „cerebral performance category“



2.5. Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- A.** eine invasive Tubusbeatmung (mittels „Schlauch“) über den Hals oder einen Luftröhrenschnitt, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- B.** dass keine invasive Tubusbeatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete invasive Tubusbeatmung 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.

| | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|

2.6. Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- A.** eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

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

| | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|



2.7. Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

A. die Gabe von Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

B. keine Antibiotika.

| | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|

2.8. Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

oder

B. keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

| | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|



3. Feststellungen

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 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: _____

(Name, Vorname, wohnhaft, Telefon)

Wenn 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: _____

(Name, Vorname, wohnhaft, Telefon)



4. 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.

5. Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung

informiert

bei/durch _____

oder

beraten lassen durch

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 in diesem Dokument getroffenen Aussagen entsprechen meinem Willen der Behandlung. Ich bestätige dieses durch meine Unterschrift.

(Ort, Datum, Unterschrift)



6. Aktualisierung

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)

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

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

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

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

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

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



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 (§1827 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 (§1827 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 (§1827 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 und welche Behandlungswünsche der Verfasser in diesen Situationen hat. 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 unter 2., die Formulierungen 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 Text unter 2.1, 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, Pflegende, 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.