



Vertreterverfügung vom

Ich, _____ in meiner Rolle als Vertreter folgender Person:

Name	Vorname
Geburtsdatum	
Anschrift	
Postleitzahl, Ort	

beschreibe in diesem Dokument den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person. Diese ist aufgrund von _____

nicht mehr in der Lage ihren **Willen zu bilden oder verständlich zu äußern.**

Die getroffenen Festlegungen sind für die jetzige Situation und für zukünftige Situationen bindend.

Zum aktuellen Zeitpunkt ist der mutmaßliche Wille der betroffenen Person für den **akuten lebensbedrohlichen Notfall:**

<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

Es besteht eine Patientenverfügung:

Aussagen aus der Patientenverfügung darf in diesem Dokument nicht widersprochen werden!

Fehlende oder unzureichende Angaben sind maximal zu ergänzen.

Ja	Nein
Datum:	



1. zukünftige Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Die weiteren Festlegungen dieser Verfügung sollen für Situationen gelten, in denen die bevollmächtigte oder betreuende Person nicht für eine Entscheidung erreicht werden können

während

- die betroffene Person sich aller Wahrscheinlichkeit nach in der terminalen Phase des **Sterbeprozesses** befindet.

oder

- die betroffene Person sich mit einer **unheilbaren, innerhalb der nächsten Wochen tödlich verlaufenden Krankheit** konfrontiert sieht, selbst wenn der genaue Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

oder

- die betroffene Person infolge einer Gehirnschädigung ihre 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

- die betroffene Person infolge eines Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit Hilfestellung nicht mehr in der Lage ist, **Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.**



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

2.1. sogenannte „*lebenserhaltende Maßnahmen*“

In den oben beschriebenen Situationen ist es der mutmaßliche Wille der betroffenen Person,

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

oder

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

Es ist der mutmaßliche Wille der betroffenen Person 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 zu erhalten. (**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 ist es der mutmaßliche Wille der betroffenen Person,

A. dass **künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr** begonnen oder weitergeführt werden, wenn damit ihr 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. Ihrem 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 ist es der mutmaßliche Wille der betroffenen Person,

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

oder

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

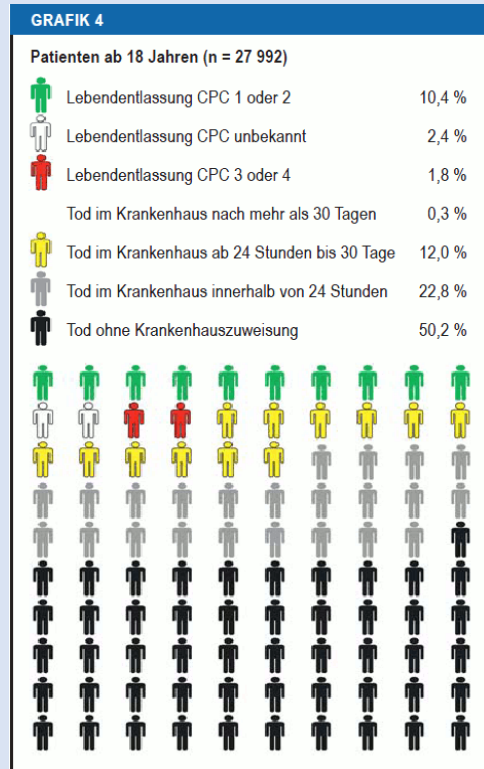
<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B
--------------------------	----------	--------------------------	----------

Bitte beachten Sie die aktuelle Statistik zu Folgen von Reanimationen:
<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=216527>



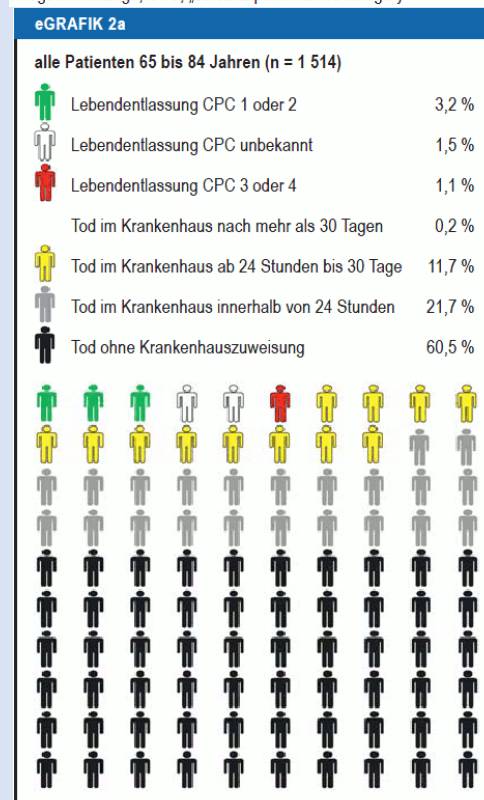
Studie: Reanimation in Pflegeeinrichtungen

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

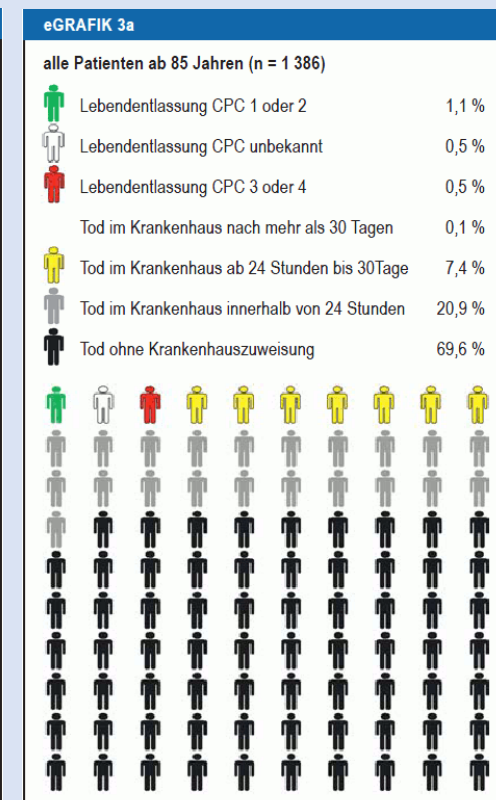


Outcome nach Reanimationsversuch an Einsatzorten außerhalb von Pflegeeinrichtungen; CPC, „cerebral performance category“

„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 ist es der mutmaßliche Wille der betroffenen Person,

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

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 nimmt die betroffene Person mutmaßlich in Kauf.

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

2.6. Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen, ist es der mutmaßliche Wille der betroffenen Person,

- A.** eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) zu erhalten, falls dies ihr 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 ist es der mutmaßliche Wille der betroffenen Person,

- A.** die Gabe von Antibiotika zu erhalten, falls dies ihr Leben verlängern kann.

oder

- B.** keine Antibiotika zu erhalten.

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

2.8. Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen ist es der mutmaßliche Wille der betroffenen Person,

- A.** die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen zu erhalten, falls dies ihr Leben verlängern kann.

oder

- B.** keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen zu erhalten.

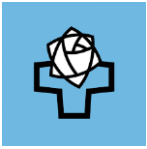
<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B
--------------------------	----------	--------------------------	----------



3. Feststellungen

Der in der Vertreterverfügung dargelegte mutmaßliche Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Dieser mutmaßliche Patientenwille soll durchgesetzt werden. Für gesetzliche Betreuer:innen gilt der Grundsatz des Einvernehmens mit den behandelnden Ärzt:innen.

Meine Kenntnisse über den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person beziehe ich aus folgenden Anhalten:



Schlussbemerkungen

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs der festgelegten Entscheidungen bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen der getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Vertreterverfügung 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 Vertreterverfügung

informiert

bei/durch _____

oder

beraten lassen durch

Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau

_____ wurde von mir am _____

bezüglich der möglichen Folgen dieser Vertreterverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

_____ Datum Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

Die in diesem Dokument getroffenen Aussagen entsprechen dem mutmaßlichen Willen der Behandlung der betroffenen Person. Mir sind keine anderslautenden Festlegungen bekannt. Ich bestätige dieses durch meine Unterschrift.

(Ort, Datum, Unterschrift)



6. Aktualisierung

Ich bestätige durch erneute Unterschrift, dass diese Vertreterverfügung nach wie dem mutmaßlichen Willen der Behandlung der betroffenen Person 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 Vertreterverfügung

In einer Vertreterverfügung können Sie schriftlich, für den Fall Ihrer Nichterreichbarkeit, im Voraus festlegen, ob und wie Sie Ihr/-e Vollmachtgeber:in/zu betreuende Person in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchte.

Eine Vertreterverfügung 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 und keine anderslautenden Aussagen durch Dritte vorliegen.

Es kann sinnvoll sein, auch persönliche Wertvorstellungen, Einstellungen zum Leben und Sterben und religiöse Anschauungen als Ergänzung und Auslegungshilfe der Vertreterverfügung zu schildern.

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

Für die Vertreterverfügung gilt insgesamt, dass auf allgemeine Formulierungen möglichst verzichtet werden soll. Vielmehr muss möglichst konkret beschrieben werden, in welchen Situationen die Vertreterverfügung gelten soll und welche Behandlungswünsche die einwilligungsunfähige Person

Achtung gesetzliche Betreuer! §1829 BGB

- (1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der **Genehmigung des Betreuungsgerichts**, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute **auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet**. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.
- (2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der **Genehmigung des Betreuungsgerichts**, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der **Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet**.
- (3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem **Willen des Betreuten** entspricht.
- (4) Eine **Genehmigung** nach den Absätzen 1 und 2 ist **nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen** darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1827 festgestellten Willen des Betreuten entspricht.



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 Vertreterverfügung 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 Vertreterverfügung sollte so verwahrt werden, dass insbesondere Ihre Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte aber gegebenenfalls auch das Betreuungsgericht, möglichst schnell und unkompliziert Kenntnis von der Existenz und vom Aufbewahrungsort einer Vertreterverfügung erlangen können. Bei der Aufnahme in ein Krankenhaus oder Pflegeheim sollten Sie auf die Vertreterverfügung hinweisen.

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.