



Hilfe zur Erstellung einer Patientenverfügung

Grundsätzlich darf jeder medizinische Eingriff nur dann durchgeführt werden, wenn Sie dem zustimmen. Können Sie aufgrund einer schweren Krankheit nicht mehr selbst entscheiden, ist es für alle Beteiligten wichtig, Ihren Willen zu kennen und zu wissen, wie Sie in bestimmten Situationen entscheiden würden.

Die Patientenverfügung ist ein Testament über Ihr Leben.

Die Patientenverfügung ist ähnlich dem Testament ein Schriftstück, mit dem Sie Ihren Willen schon im Voraus für konkrete Situationen festlegen. Eine solche Verfügung ist insbesondere immer dann sinnvoll, wenn vorhersehbar ist, dass Sie aufgrund einer schweren Krankheit (wie beispielsweise Demenz oder ein schweres Tumorleiden) die Fähigkeit zur eigenen Entscheidung verlieren werden. Wenn Sie konkrete Vorstellungen haben, wie Sie in bestimmten Phasen Ihrer Krankheit behandelt werden möchten, können Sie das in einer Patientenverfügung vorherbestimmen. Ganz ähnlich wie Sie mit dem Testament über Ihr Vermögen bestimmen, können Sie mit der Patientenverfügung festlegen, welche medizinische Behandlung in welcher Situation ergriffen oder unterlassen werden soll.

Allerdings können Sie mit der Patientenverfügung keine Behandlungen erzwingen.

Es gibt einiges zu beachten.

Auch wenn es rechtlich nicht notwendig ist, empfehlen wir Ihnen, Ihre Verfügung **gemeinsam mit Ihrem behandelnden Arzt** zu verfassen. Das kann Ihr Hausarzt oder jeder andere Arzt Ihres Vertrauens sein.

Beschreiben Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihren momentanen Gesundheitszustand und die konkreten medizinischen Entscheidungssituationen, in denen Sie bestimmte Behandlungen wünschen oder ablehnen. Sie können dabei Musterformulare verwenden oder Ihre eigenen Worte wählen. Je persönlicher Ihre Patientenverfügung ist, umso besser. In jedem Fall müssen Sie handschriftlich unterschreiben.

Wichtig ist, dass die Behandlungssituationen und die medizinischen Maßnahmen, die ergriffen oder unterlassen werden sollen, sehr **konkret** beschrieben werden. Allein der Ausdruck, dass „lebenserhaltende Maßnahmen“ in bestimmten Situationen unterlassen werden sollen, ist nicht eindeutig genug. Sie müssen die lebenserhaltenden Maßnahmen konkret benennen oder anhand von Beispielen bestimmbar machen. Wenn Sie sich unsicher sind, wird Ihnen hier Ihr Arzt helfen.

Lesen Sie sich Ihre Verfügung in regelmäßigen Abständen durch und ändern Sie sie unbedingt, sobald sich Ihre gesundheitliche Situation und/oder Ihr Wille ändern. Eine einmal verfasste Verfügung gilt und wird umgesetzt solange sie existiert und nicht von Ihnen selbst widerrufen wird. Wenn möglich, aktualisieren Sie Ihre Verfügung alle zwei Jahre. Ändert sich nichts, unterschreiben Sie einfach erneut mit aktuellem Datum.

Sollten Sie in Betracht ziehen, nach Ihrem Tod Organe spenden zu wollen, müssen Sie bedenken, dass Sie mit der Patientenverfügung häufig gerade die medizinischen Maßnahmen untersagen, die notwendig sind, um Ihre Organe bis zum Hirntod zu erhalten. Klären Sie das Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendebereitschaft. Sie können beispielsweise für einen Zeitraum von 48 Stunden lebenserhaltende Maßnahmen zulassen, wenn eine Organspende möglich erscheint. Sollte der Hirntod innerhalb dieser Zeit nicht eintreten, gilt wieder Ihre Patientenverfügung, in der Sie lebenserhaltende Maßnahmen untersagen.

Die Vorsorgevollmacht ist ebenso wichtig.

Zusätzlich zu Ihrer Patientenverfügung sollten Sie eine Vorsorgevollmacht verfassen. Im Gegensatz zur Patientenverfügung legen Sie mit der Vorsorgevollmacht keine konkreten Behandlungsoptionen fest. Vielmehr benennen Sie mit einer Vorsorgevollmacht eine Person, die dann für Sie entscheiden kann, wenn Sie selbst dazu nicht mehr in der Lage sind. Sie übergeben die Macht der Entscheidung über Ihren Willen an jemand anderen. Entgegen einem weit verbreiteten Glauben ist Ihr Ehepartner nicht automatisch befugt, für Sie zu entscheiden. Auch ein Ehepartner braucht eine von Ihnen unterschriebene Vorsorgevollmacht, um Ihre Angelegenheiten für Sie zu regeln.

Es macht Sinn, eine zweite Person zu bevollmächtigen.

Ihr Vorsorgebevollmächtigter sollte in jedem Fall jemand sein, der Ihnen nahe steht und der Sie sehr gut kennt. Das kann durchaus auch ein guter Freund sein. Wichtig ist, dass der-/ diejenige später selbst noch in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen. Häufig setzen sich Ehepartner gegenseitig ein und bedenken nicht, dass der jeweils andere in einigen Jahren womöglich selbst nicht mehr in der Lage ist, für sich oder andere zu entscheiden. Es ist daher durchaus sinnvoll, eine zweite Person zu bevollmächtigen. Stellen Sie dabei jedoch unbedingt klar, in welchem Verhältnis zwei Bevollmächtigte zueinander stehen. Sollen sie nur zusammen entscheiden oder unabhängig voneinander einzeln entscheiden dürfen? Soll der Bevollmächtigte Nummer zwei erst dann entscheiden dürfen, wenn Bevollmächtigter Nummer eins nicht mehr entscheiden kann?



Aufklären. Begleiten. Lösen.

Die Vorsorgevollmacht kann eine Betreuung verhindern.

Jede Person, die Sie mit einer Vorsorgevollmacht bevollmächtigen, über Ihren Willen und damit über Ihren Körper und Ihre Gesundheit zu entscheiden, ist **sofort entscheidungsbefugt**. Sie muss nicht zum Gericht gehen, um sich zum Betreuer bestellen zu lassen sondern kann allein aufgrund Ihrer Vollmacht alle Entscheidungen treffen, die auch ein Betreuer treffen kann. Vorsorgebevollmächtigte und Betreuer sind sich rechtlich völlig gleichgestellt. Mit einer Vorsorgevollmacht können Sie somit eine Betreuung vermeiden.

Den Notar braucht es nicht.

Weder die Vorsorgevollmacht noch die Patientenverfügung bedürfen einer notariellen Beurkundung. Die Hinzuziehung eines Notars macht erst dann Sinn, wenn Sie schreibbehindert sind oder Ihr Vorsorgebevollmächtigter auch Grundstücksgeschäfte oder die Abwicklung von Wirtschaftsunternehmen für Sie vornehmen können soll.

Das Wichtigste ist jedoch Reden.

Trotz aller Verfügungen ist es das Wichtigste, dass Sie mit Ihren Angehörigen über Ihre Wünsche und Gedanken zu Leben und Sterben sprechen. Vor allem die Personen, die Sie zu Ihren Vorsorgebevollmächtigten machen, müssen Ihren Willen kennen, um ihn umsetzen zu können. Auch wenn es schwer fällt, das Sterben anzusprechen, so ist der Tod ein unvermeidliches Ereignis. Mit Hilfe der Medizin können wir den Zeitpunkt verschieben. Aufhalten können wir das Lebensende jedoch nicht und es wäre unvernünftig, über diesen letzten Abschnitt unseres Lebens zu schweigen. Besprechen Sie Ihre Patientenverfügung unbedingt mit Ihren Angehörigen!

Sie haben Fragen? - Sprechen Sie uns gerne an.

Die Optimale Patientenverfügung (OPV)

Herausgegeben von:

Rechtsanwältin Kristin Memm

Kanzlei KM, Wiesenbach 11, D-99097 Erfurt, mail@kanzleikm.de

Alle Musterformulare und Informationsmaterialien sind entstanden in Zusammenarbeit mit:

Dr. med. Joachim Zeeh

Abteilung Hospiz- und Palliativversorgung, Sozialwerk Meiningen gGmbH,
Ernststraße 7, D-98617 Meiningen



Dokument zur Vorsorge über die eigene Gesundheit

MEINE PATIENTENVERFÜGUNG (nach §1901a BGB)

Sie können dieses Formular direkt verwenden, aber auch abschreiben, nach persönlichen Vorstellungen ändern oder als Leitfaden für eine selbst verfasste Patientenverfügung verwenden. Je persönlicher und aktueller die Verfügung und je besser sie auf Ihre Situation abgestimmt ist, umso verbindlicher wird sie für den behandelnden Arzt.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

I. Hintergrund dieser Verfügung:

Beschreibung des AKTUELLEN GESUNDHEITZUSTANDES/ HINTERGRUND DIESER VERFÜGUNG

(Warum verfasse ich diese Verfügung? Wer bin ich?)

II. Verfügung über konkrete Behandlungsmaßnahmen:

Sollte ich selbst nicht mehr in der Lage sein, in eine medizinisch indizierte Maßnahme einzuwilligen, verfüge ich für die nachfolgend genannten Situation schon heute meinen Willen. Dieser Wille gilt fort bis er von mir widerrufen wird. Er steht meiner ausdrücklichen Einwilligung bzw. Nichteinwilligung gleich und ist von allen Beteiligten zu beachten.

Ich verfüge meinen Willen für den Fall, dass

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im unmittelbaren Sterbeprozess oder im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit Menschen Kontakt aufzunehmen unwiederbringlich erloschen oder massiv eingeschränkt sind, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
Eine solche massive Einschränkung meiner geistigen Fähigkeiten wäre für mich zum Beispiel, wenn ich nahestehende Angehörige oder Freunde nicht mehr erkenne. Dies gilt sowohl für den Fall, dass mein Zustand durch eine direkte Gehirnschädigung (z.B. Trauma, Schlaganfall, Hirnblutung, Hirntumor, Demenzerkrankung oder andere neurologisch-degenerative Krankheiten) hervorgerufen wurde als auch für den Fall, dass eine indirekte Gehirnschädigung nach Wiederbelebungsmaßnahmen, Narkosen oder Multiorganversagen die Ursache ist. Mir ist bekannt, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber höchst unwahrscheinlich, ist.
- ich aufgrund einer fortgeschrittenen irreversiblen Erkrankung (Alzheimer-Demenz, andere Demenzformen, schwerer Schlaganfall oder in ihren Auswirkungen vergleichbaren Krankheiten) trotz ausreichender Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. Dies bedeutet für mich, dass ich nicht mehr auf übliche Weise (Löffel, Schnabeltasse) ernährt („gefüttert“) werden kann, weil ich nicht mehr in der Lage bin, an der Nahrungsreichung bewusst oder unbewusst mitzuwirken (den Mund zu öffnen, zu schlucken) oder weil ich die Bemühungen meiner Pflegepersonen, mir Nahrung oder zu trinken zu reichen („füttern“), abwehre.
- ab Eintritt eines Komas oder Wachkomas mindestens 6 Monate ohne erkennbare und alltagsrelevante Besserung meines Zustandes vergangen sind.

Krankheiten, die oben nicht ausdrücklich benannt werden, die in ihrer Natur und ihren Auswirkungen aber vergleichbar sind, sollen sinngemäß behandelt werden.

Liegt eine der oben genannten Situationen vor und bin ich nicht mehr in der Lage, selbst einzuwilligen, so ist dies mein VORAUSVERFÜGTER WILLE:

- Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes möchte ich nicht wiederbelebt werden.
- Bei Ausfall der eigenen Spontanatmung möchte ich nicht künstlich beatmet werden.
- Wenn ich nicht mehr in der Lage bin, Nahrung auf natürlichem Weg zu mir zu nehmen oder mich füttern zu lassen, möchte ich nicht über eine nasogastrale oder eine PEG-Sonde ernährt werden.
- Wenn eine solche künstliche Ernährung begonnen worden sein sollte, aber 3 Monate ohne Besserungstendenz vergangen sind und keine begründete Aussicht besteht, künftig wieder selbst bedarfsdeckend essen und trinken zu können, möchte ich, dass die künstliche Ernährung über eine Sonde abgebrochen und durch die alleinige Verabreichung von Wasser / Tee ersetzt wird,
- Beim Ausfall meiner Nierenfunktion möchte ich nicht mittels Nierenersatztherapie (Dialyse) behandelt werden.
- Bei fieberhaften Begleitinfektionen möchte ich keine Antibiotikagabe. Ist eine solche Therapie bereits begonnen worden, verlange ich deren Abbruch.
- Im Falle von Herzrhythmusstörungen möchte ich keinen Herzschrittmacher. Sollte ein solcher bereits implantiert sein, verfüge ich, dass die Defibrillator-Schockfunktion ausgeschaltet wird.
- In der Terminalphase einer der oben genannten Erkrankung möchte ich (z.B. bei einer Lungenentzündung, einer Exsikkose oder ähnlicher Störungen) nicht mehr in ein Krankenhaus eingeliefert werden, es sei denn die Linderung von Schmerzen und Leiden (Symptomkontrolle) ist ambulant nicht mehr möglich. Gemäß den Prinzipien von „palliative care“ möchte ich soweit es möglich ist, an dem Ort, an dem ich bis dahin gepflegt worden bin (also in meinem Zuhause oder meinem Pflegeheim) verbleiben und auch dort sterben.

Medizinische Maßnahmen, die hier nicht explizit aufgeführt sind, aber in den oben beschriebenen Behandlungssituationen auch in Frage kommen, wünsche ich ebenso nicht, wenn sie ohne Aussicht auf Heilung oder Verbesserung meiner Lebensqualität nur einer Aufrechterhaltung der Körperfunktionen und damit Verlängerung eines von mir nicht mehr gewollten Lebens dienen.

Ich wünsche jedoch stets eine palliativmedizinische Basisversorgung. Darunter verstehe ich lindernde und pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl und eine



Aufklären. Begleiten. Lösen.

wirksame Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Unruhe, Angst und anderen belastenden Symptomen.
Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Speziell für eine bei mir bestehende Erkrankung treffe ich selbst folgende ZUSÄTZLICHE

VERFÜGUNGEN: (Falls Sie zusätzliche Verfügungen treffen wollen.)

III. Vorgehen in einem unter Punkt II. nicht beschriebenen Fall:

In einer Situation, die von dieser Verfügung nicht erfasst ist, sollen mein Vorsorgebevollmächtigter und meine nachfolgend benannten Vertrauenspersonen zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens befragt werden (§1901b BGB).

Ergänzend zu dieser Patientenverfügung erteile ich eine VORSORGEVOLLMACHT IN

GESUNDHEITSANGELEGENHEITEN, um Sorge dafür zu tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Übereinstimmend mit meiner Vorsorgevollmacht vom / bzw. (wenn noch keine Vorsorgevollmacht existiert, dann) hiermit

erteile ich Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten an:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Kontaktmöglichkeit (Anschrift/ Telefonnummer)	

- Gleichberechtigt bzw. unabhängig von dem erstgenannten Bevollmächtigten
- Im Falle der Verhinderung des erstgenannten Bevollmächtigten
- Nur gemeinsam mit dem erstgenannten Bevollmächtigten



Bitte nur **eine** Option ankreuzen!

erteile ich eine weitere Vollmacht an:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Kontaktmöglichkeit (Anschrift/ Telefonnummer)	

	JA	NEIN
1. Die Bevollmächtigten dürfen in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie sind befugt, den in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Bevollmächtigten dürfen insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahme widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Bevollmächtigten dürfen alle notwendigen Auskünfte und Informationen verlangen, Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Dies gilt auch für meine digitalen Gesundheitsdaten. Die Bevollmächtigten haben das Recht, alle Daten meiner elektronischen Patientenakte, insbesondere die Gesundheitsdaten, einzusehen und in meinem Namen die Zugriffsberechtigungen für Dritte festzulegen sowie deren Löschung zu verlangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, dürfen die Bevollmächtigten		
• über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung entscheiden (§1906 Abs. 1 BGB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung entscheiden (§1906 Abs.4 BGB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• über ärztliche Zwangsmaßnahmen entscheiden (§1906a Abs. 1 BGB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus entscheiden, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Abs. 4 BGB).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Bevollmächtigten sind berechtigt, Untervollmacht zu erteilen oder Dritte mit der Wahrnehmung der oben übertragenen Befugnisse zu beauftragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusätzlich soll meinen **VERTRAUENSPERSONEN** bei der Festlegung meines Willens Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist (§ 1901b Absatz 2 BGB).

Weitere Vertrauenspersonen sind:

Name	Kontaktmöglichkeit (Anschrift/ Telefonnummer)

Meine Vertrauenspersonen sind ausdrücklich nicht zu einer Entscheidung bevollmächtigt. Sie sollen angehört werden, wenn diese Verfügung keine Behandlungswünsche vorgibt und ihre Erinnerungen an mich und mein Leben dabei helfen können, meinen mutmaßlichen Willen festzustellen.

Maßstab für die Entscheidung über meinen mutmaßlichen Willen sollen meine oben unter Punkt I. beschriebenen Wertvorstellungen und Gedanken sein.

IV. Für den Fall der Organ- und Gewebespende treffe ich folgende

Ausnahmeregelung:

Ich habe neben dieser Verfügung einen Organspendeausweis, in dem ich die Entnahme bestimmter Organe und/ oder Gewebe nach meinem Tod erlaube.

- Ja.** Daher gestatte ich in Ausnahme zu den oben getroffenen Verfügungen, dass für die kurze Zeit bis zur Organ- oder Gewebeentnahme die dafür notwendigen intensivmedizinischen Maßnahmen (zum Beispiel Beatmung, Kreislaufunterstützung) durchgeführt werden dürfen. Dies gilt auch für die Situation, dass der Hirntod noch nicht eingetreten aber absehbar ist und die Zeit bis zum Eintritt intensivmedizinisch überbrückt werden muss.
- Nein.** Ich lehne eine Entnahme meiner Organe bzw. von Gewebe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab und widerspreche daher auch jeder organerhaltenden Therapie zu Transplantationszwecken.

V. Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meinen Vorsorgebevollmächtigten und gegenüber meinen Vertrauenspersonen von der Schweigepflicht.

VI. Abschließende Bemerkungen

Diese Verfügung habe ich im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten und nicht unter dem Drängen Dritter erstellt und unterschrieben.

Die aktuelle Verfügung gilt, bis ich sie widerrufe. Ich wünsche nicht, dass mir zu einem späteren Zeitpunkt eigener Einwilligungsunfähigkeit (beispielsweise einem weit fortgeschrittenen Stadium einer Demenzerkrankung) eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Auch aus Gesten, Blicken oder anderen Äußerungen, die ich im nicht mehr selbstbestimmten Willenszustand abgebe, soll nicht auf eine Willensänderung geschlossen werden.

Ort und Datum, eigenhändige Unterschrift

Ich habe in einem ausführlichen Gespräch mit meinem Arzt/meiner Ärztin,

Herrn/ Frau _____

über die medizinischen Hintergründe dieser Verfügung gesprochen und entbinde diese(n) diesbezüglich von der Schweigepflicht.



Aufklären. Begleiten. Lösen.

Aktualisierungen (ca. alle 2 Jahre)

Um die Glaubwürdigkeit und Verbindlichkeit meiner Patientenverfügung zu erhöhen und dies gegenüber meinen behandelnden Ärzten zum Ausdruck zu bringen, bekunde ich hiermit, dass die vorliegende Verfügung weiterhin meinem Willen entspricht.

Ort und Datum, Unterschrift

Ort und Datum, Unterschrift

Ort und Datum, Unterschrift

Ort und Datum, Unterschrift