

I. Definierte Situationen im Rahmen meiner Einwilligungsunfähigkeit, in denen meine Patientenverfügung gelten soll

a. Bei chronischer Erkrankung mit Verlust der Äußerungsfähigkeit

Wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung meines Arztes oder meiner Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich vollständig oder soweit verloren habe, dass ein Leben, zu dem ich mich äußern kann, nicht mehr möglich ist.

Ja Nein

Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. Demenz) auch mit angemessener Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise – **durch den Mund** – zu mir zu nehmen.

Ja Nein



Diese Festlegungen gelten selbst dann, wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für jede Form von Gehirnschädigung und unabhängig von deren Ursache. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen meine Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann. Ich weiß, dass ein Erwachen aus diesem Zustand nicht völlig auszuschließen, aber sehr unwahrscheinlich ist.

b. Wenn ich mich in folgender Lebenslage befinde:

.....

Ja Nein



Kurzfristige Bewusstseinsstörungen, wie eine Narkose oder ein künstliches Koma nach einer Operation, sind durch diese Patientenverfügung nicht erfasst.

c. In der letzten Lebensphase

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Ja Nein

Wenn ich mich nach ärztlicher Feststellung aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

Ja Nein

II. Festlegungen zum Umfang lebenserhaltender oder -verlängernder Maßnahmen für die unter I. genannten Situationen, wenn ich mich nicht mehr selbst äußern kann

A Ich wünsche, dass alle medizinisch möglichen und angezeigten sowie lindernden Behandlungen («Maximaltherapie») unter Beachtung ggf. abweichender Behandlungswünsche unter II. B vorgenommen werden, um mein Leben zu erhalten.

Ja Nein

B In Ergänzung und ggf. abweichend zu Option A oder C lege ich Folgendes fest:

▶ Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation)

Bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand ...

... wünsche ich, dass sofort Wiederbelebungsmaßnahmen begonnen werden.

Ja Nein

... wünsche ich, dass keine Wiederbelebungsmaßnahmen mehr erfolgen.

Ja Nein

▶ Künstliche Beatmung ...

... wünsche ich, falls dies mein Leben verlängern kann.

Ja Nein

... wünsche ich ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation, also zu meiner Leidenslinderung.

Ja Nein

... lehne ich ab.

Ja Nein

2 Das Stillen von empfundenem Hunger und Durst gehört zu jeder lindernden Therapie. Aber viele Schwerkranke haben kein Hungergefühl mehr; dies gilt nahezu immer für Sterbende und wahrscheinlich auch für Patienten mit schwerster Hirnfehlfunktion. Das Durstgefühl kann bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl bestehen, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hilft kaum dagegen. Viel besser lindert fachgerechte Mundpflege, evtl. ein Anfeuchten der Atemluft. Die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit bei Sterbenden kann schädlich sein, z. B. weil sie zu Atemnot durch Wasser in der Lunge führen kann.

B Fortsetzung:

▶ **Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr² ...**

... wünsche ich, falls dies mein Leben verlängern kann. Ja Nein

... wünsche ich ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation, also zu meiner Leidenslinderung. Ja Nein

... lehne ich ab. Ja Nein

▶ **Gabe von Blut(bestandteilen) ...**

... wünsche ich, falls dies mein Leben verlängern kann. Ja Nein

... wünsche ich ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation, also zu meiner Leidenslinderung. Ja Nein

... lehne ich ab. Ja Nein

▶ **Künstliche Blutwäsche (Dialyse, Hämofiltration oder vergleichbare Verfahren) ...**

... wünsche ich, falls dies mein Leben verlängern kann. Ja Nein

... wünsche ich ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation, also zu meiner Leidenslinderung. Ja Nein

... lehne ich ab. Ja Nein

▶ **Gabe von Antibiotika ...**

... wünsche ich, falls dies mein Leben verlängern kann. Ja Nein

... wünsche ich ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation, also zu meiner Leidenslinderung. Ja Nein

... lehne ich ab. Ja Nein

C Ich wünsche ausschließlich lindernde Maßnahmen (»Palliativversorgung«) unter Beachtung ggf. abweichender Behandlungswünsche unter II. B und verzichte auf jegliche Form lebensverlängernder Maßnahmen. Ja Nein

Gemäß den ärztlichen Grundsätzen zur Sterbebegleitung wünsche ich eine der Situation angepasste, fachgerechte Pflege (z. B. Körper-, Mund-, Schleimhautpflege). Des Weiteren wünsche ich eine menschenwürdige Umgebung und Zuwendung sowie Linderung von belastenden Symptomen wie z. B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst und Unruhe. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise – durch den Mund – auch mit Hilfestellung gestillt werden.

III. Mitgeltende Verfügungen

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung folgende Verfügungen erstellt:

Patientenverfügung für Notfälle vom 20 Ja Nein

(Vorsorge-)Vollmacht vom 20 Ja Nein

Betreuungsverfügung vom 20 Ja Nein

Verfügung zur Organspende oder Organspendeausweis vom 20 Ja Nein

IV. Durchführung qualifizierter Beratungsprozess (optional)³

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informieren und qualifiziert beraten lassen von:

.....
Name, Vorname, Funktion

.....
Ort, Datum, Unterschrift qualifizierte:r Berater:in, Stempel Institution

³ Der AHPV empfiehlt für die Erstellung einer Patientenverfügung dringend eine qualifizierte Beratung.

V. Widerrufsmöglichkeit/Geltungsdauer dieser Verfügung

Mir ist die jederzeitige Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts sowie der Konsequenzen und damit der Reichweite meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte. Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe. Dies beinhaltet, dass ich im Falle eines Widerrufs das Original der Patientenverfügung und alle Kopien vernichte.

VI. Vorgehen bei fehlender Bestimmtheit dieser Patientenverfügung

Gemäß dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 6. Juli 2016 (AZ XII ZB 61/16) müssen Patientenverfügungen **bestimmt** formuliert sein. Das bedeutet inhaltlich, die unmissverständliche und eindeutige Benennung konkreter Situationen (siehe I.a.–c.) und, bei Zutreffen einer solchen Situation, die Benennung konkreter Behandlungswünsche, die ausgeführt oder nicht ausgeführt werden sollen (siehe II.A–C).

Ich bestätige, dass ich versucht habe, meine Behandlungswünsche in dieser Patientenverfügung nach bestem Wissen und Gewissen und gemäß § 1827 Abs. 1 BGB so konkret als mir möglich (also „**bestimmt**“) zu formulieren. Mir ist bewusst, dass ich nicht jede Behandlungssituation so konkret beschreiben kann, wie dies aufgrund des Urteils des Bundesgerichtshofs von mir erwartet wird.

Für den Fall, dass meine Patientenverfügung von meinen behandelnden Ärzt:innen oder Zugehörigen als nicht ausreichend **bestimmt** und damit als **nicht gültig** eingestuft wird, erwarte ich, dass unverzüglich **mein mutmaßlicher Wille** nach § 1827 Abs. 2 BGB ermittelt wird. Die Ermittlung soll im Konsens aller Beteiligten erfolgen. Eine nicht ausreichende Bestimmtheit darf **nicht** dazu führen, dass automatisch und unbegrenzt lebensverlängernde und damit möglicherweise leidverlängernde Maßnahmen an mir vorgenommen werden.

Für den Fall fehlender Bestimmtheit meiner Patientenverfügung lege ich deswegen fest, dass für eine solche unbestimmte Situation

im Zweifel **kurative** = **lebensverlängernde** Maßnahmen

im Zweifel **palliative** = **leidenslindernde** Maßnahmen unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung

als mutmaßlich angenommen werden sollen.

VII. Unterschrift

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu medizinischen Maßnahmen ist für ärztliche und pflegerische Behandlungsteams sowie den Rettungsdienst (ärztlich wie nicht-ärztlich sowie Notfallsanitäter:innen) verpflichtend. Meine bevollmächtigte Person oder mein:e Betreuer:in trägt dafür Sorge, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird. Sollten Ärzt:innen, Rettungsdienst oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich von meiner bevollmächtigten Person oder meiner Betreuer:in, dass die weitere Behandlung so organisiert wird, dass sie meinem Willen entspricht.

.....
Ort, Datum, Unterschrift verfügende Person

VIII. Unterschriften (optional)

▷ **Bezugsperson oder vertretungsberechtigte Person (Bevollmächtigte:r oder Betreuer:in)**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine Kenntnis über den Willen der verfügenden Person. Ich verstehe und respektiere diesen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift, Name, Vorname

▷ **Ärzt:in**

Die verfügende Person ist zu Person, Situation, Zeit und Ort orientiert und hat die Reichweite dieser Verfügung vollumfänglich verstanden.

.....
Ort, Datum, Unterschrift, Stempel (Ärzt:in oder Institution)