

Patientenverfü

von

.....
Vorname

Patientenverfügung Vorsorgevollmacht

Vorlagen



Inhalt

Vorwort	4
Patientenverfügung	5
1. Lebensanschauungen und Wertvorstellungen	5
2. Geltungsbereich.....	7
3. Behandlungsmaßnahmen.....	8
4. Organspende	11
5. Gewebespende	11
6. Aufenthaltsort und Begleitung.....	11
7. Verbindlichkeit, Anhörungsverfahren und Widerruf.....	12
8. Unterschrift	13
9. Hinterlegung	13
10. Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht/ Betreuungsverfügung	14
Vorsorgevollmacht	15
Glossar	20
Beispiele.....	29
Quellen.....	34
Verfügbungsausweise	35

Vorwort

Jeder Mensch hat das Recht, über sich selbst zu bestimmen, auch dann, wenn er einen entsprechenden Willen* nicht mehr selbst ausdrücken oder durchsetzen kann. Daher dürfen Ärztinnen und Ärzte medizinische Maßnahmen an uns nur dann durchführen, wenn wir zuvor in die Behandlung* einwilligen.

Lebenssituationen, in denen wir nicht mehr oder nur eingeschränkt in der Lage sind, über uns selbst zu bestimmen, eigene Angelegenheiten abzuwickeln oder Entscheidungen zu treffen, ergeben sich häufig mit zunehmendem Alter und/oder durch chronische Krankheiten. Allerdings können solche Situationen auch gänzlich unerwartet, z. B. durch einen Unfall eintreten. Letztendlich kann es jeder/m zu jeder Zeit passieren, ihren/seinen Willen nicht mehr äußern zu können. Für all diese Fälle können wir als volljährige und einwilligungsfähige Person vorsorglich unseren Willen in einer Patientenverfügung* festhalten bzw. eine Vertreterin oder einen Vertreter durch eine Vorsorgevollmacht* bestimmen.

Eine Patientenverfügung ist für alle Beteiligten bis hin zum Gericht verbindlich, soweit sie unseren Willen für eine konkrete Behandlungssituation klar erkennbar zum Ausdruck bringt. Es kann aber passieren, dass eine Patientenverfügung keine Wirkung entfaltet, weil sie z. B. nicht auffindbar, nicht aussagekräftig genug oder auf den konkreten Fall nicht anwendbar ist. Daher sollte eine Patientenverfügung

1. idealerweise durch eine Vorsorgevollmacht ergänzt werden und
2. auf alle Fälle eine persönliche Auseinandersetzung mit der individuellen Lebenssituation und den eigenen Vorstellungen über Krankheit, Leiden und Sterben enthalten.

Je mehr die Patientenverfügung über unsere Weltanschauung und Wünsche offenbart, desto besser spiegelt sie unseren Willen wider, der dann auch in weniger konkreten Fällen umgesetzt werden kann.

Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie eine Grundlage zur Erstellung einer solchen Patientenverfügung sowie zu einer Vorsorgevollmacht. Eine fachkundige Beratung ist bei der Erstellung dieser Dokumente empfehlenswert. Bitte sprechen Sie mit Ihren Angehörigen über den Inhalt dieser Dokumente, vor allem mit den Personen, die Sie als Ihre Vertreterin/Ihren Vertreter bestimmen. Teilen Sie diesen Personen eine Kopie der Dokumente aus und/oder sprechen Sie gemeinsam ab, wo Sie diese aufbewahren. Es ist auch sehr sinnvoll, mit einer Ärztin/einem Arzt Ihres Vertrauens über die Patientenverfügung zu sprechen.

Bringen Sie zu jedem Krankenhausaufenthalt immer die Originaldokumente oder eine beglaubigte Kopie der aktuellen Dokumente mit.

Geraten Sie und/oder Ihre Angehörigen im Krankenhaus in eine ethisch-moralisch schwierige Entscheidungsfindung, stehen wir Ihnen gerne als Klinisches Ethikkomitee* zur Seite.

Ihr Klinisches Ethikkomitee

Patientenverfügung

Ich,

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung* informiert und bin mir der Tragweite der Erklärung bewusst.

Wenn ich meinen Willen* nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, insbesondere am Ende meines Lebens, erwarte ich von allen, die mich begleiten und/oder behandeln, dass sie sich bei ihren Entscheidungen nach meinen Verfügungen und Werten richten. Sie sollen sich weder von ihrem eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen.

1. Lebensanschauungen* und Wertvorstellungen*

Mehrfachnennung gewünscht.

Verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt mit Name, Unterschrift und Datum.

Was war und ist mir im Leben wichtig und wertvoll? Was ist für mich Lebensqualität?

Woran glaube ich? Was erhoffe ich?

In einer Situation schwerer Krankheit wünsche ich, dass meine Umgebung nach Möglichkeit für mich angenehm gestaltet wird. Dies bedeutet für mich, dass

Ich habe Erfahrungen mit der Situation schwerer Erkrankung, die *ich selbst* erlebt habe und daher wünsche ich mir, dass

Was habe ich *bei Anderen* miterlebt / gehört, was mir auf keinen Fall passieren soll?

Was macht mir Angst, z. B. in Bezug auf Alter / Krankheit / Schmerz / Luftnot?

Wie stehe ich zu eigener Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit?

Was ist die eine Sache, die ich bis an mein Lebensende machen können möchte?

Was bedeutet Sterben für mich?

Welche Dinge sind mir nach meinem Tod wichtig?

Beschreiben Sie sich und Ihre Werte, damit Dritte daraus Ihren Willen* für Behandlungssituationen ableiten können:

2. Geltungsbereich*

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen* nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich (bitte ankreuzen – Mehrfachnennung möglich)

- ☐ mich nach ärztlichem Ermessen aller Wahrscheinlichkeit nach in einem Zustand befinde oder unabwendbar befinden werde, der im Widerspruch zu meinen Lebensanschauungen* und Wertvorstellungen* steht.
- ☐ mich im Endstadium (m)eines unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheitsprozesses befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- ☐ infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung des Behandlungsteams aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündungen, 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.
- ☐ mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung*, neurodegenerativer Erkrankung) befinde und infolgedessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit in ausreichender Menge auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- ☐ von einer Vielzahl von Krankheiten betroffen bin, die für sich genommen nicht lebensbedrohlich sind, aber in der Gesamtheit einen Heilungsprozess unmöglich erscheinen lassen.
- ☐ von einer akuten Erkrankung und/oder Unfall betroffen bin, deren Folgen einen schweren Verlauf nehmen und eine Gesundung oder Rückkehr in ein bewusstes Leben nicht mehr erwarten lassen.
- ☐ mich in einer akuten und/oder chronischen Verschlechterung meiner (bekannten) Vorerkrankungen
_____ befinde.

Eigene Beschreibung von Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll und die mit einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit* einhergehen können, insbesondere im Rahmen bereits vorliegender Erkrankungen oder Behandlungen, wie z. B. Dialyse*, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), Herzinsuffizienz:

3. Behandlungsmaßnahmen

Mir ist bewusst, dass für jede medizinische Behandlung* eine medizinische Begründung (Indikation*) vorliegen muss, die von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gestellt wird.

Eine medizinisch-pflegerische Versorgung, insbesondere auch im Sterbeprozess, setze ich generell voraus.

Sie umfasst das Stillen von Hunger und Durst auf natürliche Weise, ggf. mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome*.

3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

☐ dass alles medizinisch Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

oder

☐ dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden.

3.2 Symptombehandlung

Mir ist bewusst, dass schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen meine Lebenszeit ungewollt verkürzen können.

In den unter 2. beschriebenen Situationen verfüge ich Folgendes:

Eine gezielte Sedierung zum Zweck der maximalen Leidenslinderung (Dämmer Schlaf/palliative Sedierung*)

☐ lehne ich ab, da eine bewusste Beziehung zu meiner Umwelt für mich Vorrang hat.

oder

☐ lasse ich zu, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten versagen.

3.3 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

☐ dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit meine Lebenszeit verlängert werden kann.

oder

☐ dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation* zur Beschwerdelinderung erfolgen bzw. erfolgt.

oder

☐ 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.

3.4 Künstliche Beatmung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- ☐ dass eine künstliche Beatmung* über eine Maske auf Nase und Mund (nicht-invasive Beatmung) durchgeführt wird mit dem Ziel, meine Lebenszeit zu verlängern.

und/oder

- ☐ dass eine künstliche Beatmung über einen Schlauch in der Luftröhre (invasive Beatmung) durchgeführt wird mit dem Ziel, meine Lebenszeit zu verlängern.

oder

- ☐ dass keine künstliche Beatmung (weder über eine Maske auf Nase und Mund noch über einen Schlauch in der Luftröhre) durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte.

3.5 Dialyse

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- ☐ dass eine künstliche Blutwäsche (Dialyse*) durchgeführt wird mit dem Ziel, meine Lebenszeit zu verlängern.

oder

- ☐ dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine bereits bestehende Dialyse eingestellt wird.

3.6 Antibiotika

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- ☐ dass eine Behandlung* mit Antibiotika* durchgeführt wird mit dem Ziel, meine Lebenszeit zu verlängern.

oder

- ☐ dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird, außer zur Beschwerdelinderung.

3.7 Blut und Blutbestandteile

- ☐ Die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen lehne ich generell ab.

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich

- ☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen mit dem Ziel, meine Lebenszeit zu verlängern.

oder

- ☐ keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

3.8 Wiederbelebende Maßnahmen

- ☐ Wiederbelebungsmaßnahmen lehne ich generell ab.

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- ☐ dass in allen Fällen eines Kreislaufstillstandes oder Atemversagens keine Wiederbelebungsmaßnahmen durchgeführt werden, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

- ☐ dass Versuche zur Wiederbelebung unterlassen werden. Für den Fall, dass eine Notärztin/ein Notarzt hinzugezogen wird, dass diese/r unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

3.9 Persönliche Ergänzungen zu gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen

Beispiele für weitere medizinische Maßnahmen sind unter anderem Dauermedikamente, Operationen oder Umgang/Deaktivierung von implantierbaren Defibrillatoren (ICD):

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

4. Organspende*

- ☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Voraussetzung für eine Organspende ist die Feststellung des Hirntodes*. Bei einem sich abzeichnenden Hirntod lasse ich zeitlich eng begrenzt intensivmedizinische Maßnahmen im Rahmen der Hirntoddiagnostik und nach festgestelltem Hirntod organerhaltende Maßnahmen bis zur Durchführung der Organspende zu. Dies gilt auch, wenn ich in meiner Patientenverfügung* intensivmedizinische Maßnahmen ausgeschlossen habe.

oder

- ☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

5. Gewebespende*

- ☐ Ich stimme einer Entnahme von Gewebe nach meinem Tod zu.

oder

- ☐ Ich lehne eine Entnahme von Gewebe nach meinem Tod ab.

6. Aufenthaltsort und Begleitung

In den unter 2. beschriebenen Situationen ist mein Wunsch (Mehrfachnennungen möglich),

- ☐ wenn möglich in meiner vertrauten Umgebung (z. B. eigene Häuslichkeit, Pflegeeinrichtung) zu verbleiben bzw. zurückzukehren.
- ☐ wenn möglich in eine Pflegeeinrichtung verlegt zu werden.
- ☐ wenn möglich in ein Hospiz* verlegt zu werden.
- ☐ wenn möglich ins Krankenhaus verlegt zu werden.

Unabhängig von meinem Aufenthaltsort wünsche ich in den unter 2. beschriebenen Situationen, wenn möglich (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ die Betreuung durch ein Palliativteam*.
- ☐ die Betreuung durch einen Hospizdienst.
- ☐ von folgender/n Person/en begleitet zu werden:

- ☐ von folgender/n Person/en *nicht* begleitet zu werden:

- ☐ die Durchführung von Ritualen, die meinem Glauben und/oder meiner Religion entsprechen.
- ☐ seelsorgerische Begleitung zu erhalten.
- ☐ als katholische Christin/Christ das Sakrament der Krankensalbung zu empfangen.
- ☐ persönliche Ergänzungen:

7. Verbindlichkeit, Anhörungsverfahren und Widerruf

Ich erwarte, dass mein in dieser Patientenverfügung* geäußelter Wille* befolgt wird und die/der von mir benannte Bevollmächtigte* bzw. mein/e Betreuer/in Sorge für dessen Umsetzung trägt. Der Wunsch nach Unterlassung und/oder Abbruch von medizinischen Maßnahmen ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, sind meine Behandlungswünsche und/oder mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß § 1827 Abs. 2 BGB* maßgeblich sein. Sollte zusätzlich zu meiner/meinem Bevollmächtigten eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1828 Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll der/den folgenden Person/en Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist:

Name, Vorname	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
Adresse	_____	_____
Telefon	_____	_____
E-Mail	_____	_____

Folgende Person/en soll/en nicht angehört werden:

Name, Vorname	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
Adresse	_____	_____
Telefon	_____	_____
E-Mail	_____	_____

Im Falle, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt und mein/e Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in sich über die Auslegung meiner Patientenverfügung, meine Behandlungswünsche oder meinen mutmaßlichen Willen trotz Bemühungen nicht einigen können, ist das Betreuungsgericht einzuschalten, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.

Sollte die/der behandelnde Ärztin/Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, den in meiner Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, kann meine/mein Bevollmächtigte/r bzw. Betreuerin/Betreuer für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung sorgen, um meinem verfügten Willen zu entsprechen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung* jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

Ich wünsche nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens* unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, das Behandlungsteam, mein/e Bevollmächtigte/r* bzw. Betreuer/in aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist unter Einbezug aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen oder nicht.

8. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet. Diese Patientenverfügung gilt bis auf Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift Ersteller/in

Bestätigung durch eine/n Zeugin/Zeugen (Angabe nicht erforderlich):

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

Ort, Datum

Unterschrift Zeugin/Zeuge

9. Hinterlegung

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

10. Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung

(Achtung: Dies ist kein Ersatz für eine Vorsorgevollmacht* und/oder Betreuungsverfügung*)

- ☐ Ich habe keine Vorsorgevollmacht erstellt.
- ☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung* in einem separaten Dokument eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit der/dem/den Bevollmächtigten* über ihre Inhalte gesprochen. Ich habe folgende Person/Personen bevollmächtigt:

Name, Vorname	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
Adresse	_____	_____
Telefon	_____	_____
E-Mail	_____	_____

- ☐ Ich habe keine Betreuungsverfügung erstellt.
 - ☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung in einem separaten Dokument eine Betreuungsverfügung erstellt.
- Als Betreuer/in wünsche ich mir:

Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Adresse	_____
Telefon	_____
E-Mail	_____

Vorsorgevollmacht

von

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum u. -ort _____

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte erteile ich hiermit folgender Person

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum u. -ort _____

- ☐ mit sofortiger Wirkung
- ☐ unter der aufschiebenden Bedingung - d.h. Eintritt der Wirksamkeit erst bei - der Feststellung meiner Geschäftsunfähigkeit durch eine Ärztin/einen Arzt

die Vollmacht, mich in den gerichtlichen und außergerichtlichen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Sind mehrere Personen bevollmächtigt, sind diese sowohl gemeinsam als auch einzeln vertretungsberechtigt. Diese Vollmachtserteilung soll eine gerichtlich angeordnete Betreuung* vermeiden. Sie bleibt in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig* geworden sein sollte, und soll über meinen Tod hinaus in Geltung bleiben, bis zum Widerruf durch die Erben.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange bevollmächtigte* Personen bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts und sonstigen Rechtshandlungen gegenüber Dritten die Urkunde im Original vorlegen können.

Sollte die oben genannte Person zum Zeitpunkt, in dem einer der unten genannten Anwendungsfälle auftritt, die Bevollmächtigung nicht umsetzen können und/oder wollen, so soll die Vollmacht an folgende Person übergehen:

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum u. -ort _____

1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Die bevollmächtigte* Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheits-
sorge und einer ambulanten oder (teil-) stationären Pflege entscheiden und ist
gehalten, den in meiner Patientenverfügung* geäußerten Willen* durchzu-
setzen.

☐ ja

☐ nein

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesund-
heitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung sowie in ärztliche
Eingriffe einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung* in diese Maßnahmen
widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch
dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und
länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1, 2 und 5 BGB*).
Bei Einigkeit zwischen Ärztin/Arzt und der bevollmächtigten Person ist keine Ge-
nehmigung des Betreuungsgerichts notwendig (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

☐ ja

☐ nein

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte
bewilligen. Ich entbinde alle behandelnden Ärztinnen/Ärzte und nichtärztliches
Personal gegenüber der bevollmächtigten Person von ihrer Schweigepflicht. Die-
se darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie nichtärzt-
liches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.

☐ ja

☐ nein

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs.
1 und 5 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Abs. 1 und 5 BGB) und
über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus
entscheiden, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832
Abs. 4 und 5 BGB) sowie über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter,
Medikamente u. Ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4
und 5 BGB) entscheiden, solange dergleichen erforderlich ist. Zusätzlich ist eine
Genehmigung des Betreuungsgerichts notwendig (§ 1831 Abs. 2 und 5, § 1832 Abs.
2 und 5 BGB).

☐ ja

☐ nein

2. Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus meinem Mietvertrag (inkl. einer Kündigung) wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

☐ ja

☐ nein

Sie darf einen neuen Wohnmietvertrag abschließen und kündigen.

☐ ja

☐ nein

Sie darf einen neuen Mietvertrag und einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen, ändern und kündigen.

☐ ja

☐ nein

3. Vertretung vor Behörden

Sie darf mich vor Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung.

☐ ja

☐ nein

4. Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

☐ ja

☐ nein

5. Post und Telekommunikation

Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „persönlich“ – entgegennehmen, öffnen und lesen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Dies gilt auch für die modernen elektronischen Kommunikationsformen (z. B. E-Mails, Telefonanrufe, Abhören von Anrufbeantwortern und Mailbox). Zudem darf sie alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

☐ ja

☐ nein

6. Digitale Medien

Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten, zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.

☐ ja

☐ nein

7. Vermögenssorge

Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtsgeschäfte und Rechtshandlungen im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen,

☐ ja

☐ nein

über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (bitte nachfolgenden Hinweis 1. beachten),

☐ ja

☐ nein

Zahlungen und Wertgegenstände annehmen,

☐ ja

☐ nein

Verbindlichkeiten eingehen (bitte nachfolgenden Hinweis 2. beachten),

☐ ja

☐ nein

Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einer bevollmächtigten* und/oder betreuenden Person gestattet ist.

☐ ja

☐ nein

Folgende Rechtsgeschäfte und Rechtshandlungen soll sie nicht wahrnehmen dürfen:

Hinweise:

Achtung: Kreditinstitute verlangen meist eine Vollmacht* auf bankeigenem Vordruck! Zu beachten ist, dass die bevollmächtigte Person bestimmte Rechtsgeschäfte und Rechtshandlungen nur dann rechtlich wirksam vornehmen kann, wenn die Vorsorgevollmacht in einer besonderen Form vorliegt. Eine öffentliche Beglaubigung der Vorsorgevollmacht ist beispielsweise erforderlich bei Immobiliengeschäften für den Nachweis gegenüber dem Grundbuchamt (in manchen Fällen kann sich auch eine notarielle Beurkundung als notwendig erweisen), bei der Abgabe von Erklärungen gegenüber dem Handelsregister, bei einer Erbausschlagung oder bei der Beantragung von Reisepass oder Personalausweis. Eine strengere Form, nämlich eine notarielle Beurkundung der Vorsorgevollmacht, ist bei der Aufnahme von Verbraucherdarlehen gesetzlich vorgeschrieben.

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdienstes.
2. Für die Vermögensvorsorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt die bevollmächtigte Person zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihr keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank/Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachterstellung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

8. Totensorge und Bestattung

Sie ist dazu ermächtigt, meine Bestattung nach meinen Wünschen zu regeln.

☐ ja

☐ nein

9. Untervollmachten

Sie ist dazu ermächtigt, für einzelne Bereiche Untervollmachten zu erteilen (z. B. Steuerberaterin/Steuerberater, Anwältin/Anwalt).

☐ ja

☐ nein

10. Betreuungsverfügung*

Falls trotz dieser Vollmacht* eine gesetzliche Vertretung („gerichtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bevollmächtigte Person als Betreuerin/Betreuer zu bestellen.

☐ ja

☐ nein

Abweichend von der oben genannten bevollmächtigten* Person möchte ich für die Bereiche

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10.

(bitte ankreuzen!)

eine ausschließliche Vertretung durch folgende Person:

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

11. Unterschriften

Ort, Datum / Unterschrift _____

Vollmachtgeber/in

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, die Vollmacht in der oben genannten Weise zu übernehmen und mich bei einer Entscheidung nach den Wünschen und Werten der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers zu richten.

Ort, Datum / Unterschrift _____

Bevollmächtigte/r

Glossar

Antibiotika

Antibiotika sind Medikamente, die zur Behandlung von Entzündungen, Erkrankungen und/oder Infektionen eingesetzt werden, die durch Bakterien hervorgerufen werden. Antibiotika sind nicht wirksam gegen Viren oder Pilze.

Aufklärung

Der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin muss die Patientin/den Patienten bzw. dessen gesetzliche/n Vertreter/in über die Diagnose, den Verlauf und die empfohlene Behandlung der vorliegenden Erkrankung aufklären. Die ärztliche Aufklärung umfasst Behandlungsmaßnahmen sowie deren Folgen und Risiken bei Durchführung als auch bei Unterlassung.

Beatmung

Eine künstliche Belüftung der Lungen kann eingesetzt werden, wenn die Eigenatmung unzureichend oder ausgefallen ist.

Eine künstliche Beatmung kann erfolgen

1. mit einer Maske über Nase und Mund (nicht-invasive Beatmung) oder
2. mithilfe eines Schlauches (Tubus) direkt in der Luftröhre (invasive Beatmung)
 - a. durch Nase oder Mund oder
 - b. durch einen Luftröhrenschnitt am Hals.

Die behandelnden Ärztinnen/Ärzte entscheiden, ob eine und welche künstliche Beatmungsform notwendig ist. Die kontrollierte künstliche Beatmung kann mit Dauer, Tiefe und Anzahl der Atemzüge nach den individuellen Bedürfnissen der Patientin/des Patienten angepasst werden.

Behandlung/Behandlungsmaßnahmen

Nachdem Sie den Geltungsbereich festgelegt und damit entschieden haben, wann Ihre Patientenverfügung zur Anwendung kommen soll, geht es nun um Ihren Patientenwillen in künftigen medizinischen Entscheidungssituationen. Sie können vorausverfügen, welchen Behandlungsmaßnahmen Sie in welcher Situation zustimmen möchten oder welche Sie für sich ablehnen.

Die Bausteine bieten verschiedene Formulierungen an, anhand derer Sie Ihre Zustimmung zu den hier beispielhaft aufgeführten medizinischen Maßnahmen bis hin zu ihrer Ablehnung zum Ausdruck bringen können; dazwischen sind weitere Abstufungen denkbar. Auch andere Untersuchungen oder Behandlungen, die für Sie persönlich von Bedeutung sind, können Sie an dieser Stelle in Ihre Patientenverfügung aufnehmen. Bitte bedenken Sie stets, dass sich die Äußerung Ihres Behandlungswillens in einer Patientenverfügung auf Situationen bezieht, die nicht unmittelbar bevorstehen, sondern womöglich erst in der Zukunft eintreten werden. Auch kann ein Behandlungswunsch nur dann wirksam und verbindlich sein, wenn die bezeichnete Maßnahme medizinisch sinnvoll und angemessen ist. Diese medizinische Indikation muss der Arzt feststellen.

Bedenken Sie insbesondere bei jeder Ablehnung von Behandlungsmaßnahmen, dass Ihre Patientenverfügung für das ärztliche Handeln verbindlich sein wird, wenn die konkret beschriebene Entscheidungssituation eingetreten ist und keine Hinweise für eine Willensänderung erkennbar sind. Dies wird nach Maßgabe des wirksam vorausverfügten Patientenwillens auch dann gelten, wenn Sie sich gegen Maßnahmen der Lebenserhaltung und Wiederbelebung ausgesprochen haben.

Betreuung

Eine gesetzliche Betreuung kann notwendig sein, wenn eine Person nicht (mehr) in der Lage ist, ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise selbst zu besorgen. Das Betreuungsgericht bestellt die Betreuerin/den Betreuer für die Aufgabenbereiche, die eine Betreuung erfordern. Die Betreuerin/der Betreuer hat den Willen des Betreuten zu beachten und diesem zur Umsetzung zu verhelfen. Durch die Erteilung einer Vorsorgevollmacht wird eine Betreuung für die Bereiche vermieden, die von der Vollmacht erfasst sind.

Betreuungsverfügung

Liegt keine Vorsorgevollmacht vor, wird im Bedarfsfall vom Betreuungsgericht eine berufliche oder ehrenamtliche Betreuungsperson (z. B. auch Angehörige, Freunde) bestimmt. Bedarfsfall bedeutet, dass Sie z. B. durch Unfall, Krankheit oder Alter Ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können. Mit einer Betreuungsverfügung schlagen Sie selbst eine Person vor, die vom Betreuungsgericht als Betreuer/in eingesetzt werden soll. Und das Gericht ist gehalten, der Betreuungsverfügung zu entsprechen, soweit nicht wesentliche Gründe entgegenstehen.

Die Betreuungsverfügung ist eine Willensäußerung für den Fall einer späteren Betreuungsbedürftigkeit und kann neben Vorschlägen zu etwaigen Betreuern auch Wünsche zu deren Aufgaben enthalten (Ort der Pflege, Art der Versorgung, Geschenke an Angehörige u. a.). Der Verfasser muss nicht zwingend geschäftsfähig sein, jedoch über einen natürlichen Willen verfügen. Die Betreuerin/der Betreuer ist an das Wohl und die Wünsche des Betreuten gebunden, seine Tätigkeit steht (im Unterschied zu einem Bevollmächtigten) unter gerichtlicher Kontrolle. Formvorschriften gibt es bisher nicht, dennoch sollte aus Gründen der Rechtssicherheit die Schriftform mit Datum und Unterschrift gewählt werden.

Bevollmächtigte/r

Die Bevollmächtigte/der Bevollmächtigte ist aufgrund einer schriftlich erteilten Vorsorgevollmacht berechtigt und verpflichtet, sich für die Vollmachtgeberin/den Vollmachtgeber rechtsverbindlich einzusetzen. Ohne Vollmacht ist nach deutschem Recht eine Vertretung volljähriger Personen untereinander nicht automatisch möglich. Davon ausgenommen ist das Ehegattennotvertretungsrecht.

Bewusstlosigkeit

Zu einem Bewusstseinsverlust kann es infolge von Durchblutungsstörungen, Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns kommen. Eine Ohnmacht entspricht einer sehr kurzen, ein Koma einer länger andauernden Bewusstlosigkeit.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) ist das zentrale Gesetzbuch des deutschen Privatrechts. Es regelt die Rechtsbeziehungen zwischen Privatpersonen, also z. B. Kaufverträge, Mietverträge, Familienrecht und Erbrecht. Vereinfacht gesagt, legt das BGB fest, welche Rechte und Pflichten Bürgerinnen und Bürger im Umgang miteinander haben.

Demenz

Eine Demenz ist eine unheilbare und tödlich verlaufende Erkrankung des Gehirns mit fortschreitendem Verlust von Fähigkeiten, die bis dahin vorhanden waren. Beeinträchtigt sein können das Kurzzeitgedächtnis, das Denkvermögen, die Sprache und Bewegungsabläufe sowie die Wahrnehmung von Hunger und Durst. Auch die Persönlichkeitsstruktur sowie berufliche und soziale Fähigkeiten können betroffen sein. Wenn die Ursache einer Demenz festgestellt werden kann, ist bei einigen Formen eine Therapie möglich, vielfach kann auch der Verlauf der Erkrankung verzögert werden.

Delir

Der Begriff Delir beschreibt einen Zustand akuter Verwirrtheit. Plötzlich verschlechtern sich die geistigen Funktionen der Betroffenen. Typische Zeichen dieser ernsthaften medizinischen Herausforderung sind Wahrnehmungsstörungen, Desorientierung und eine reduzierte Wachheit.

Dialyse

Bei unzureichender oder fehlender Nierenfunktion muss das Blut durch eine Dialyse („Blutwäsche“) maschinell von Schadstoffen gereinigt werden. Eine Dialyse kann vorübergehend oder dauerhaft notwendig sein und soll die schweren Folgeerscheinungen einer Mangelfunktion der Nieren vermeiden.

Dokumente – Hinweise zum Umgang

Die Patientenverfügung und/oder die Vorsorgevollmacht und/oder die Betreuungsverfügung sollten so hinterlegt werden, dass die Bevollmächtigten oder sonstige Personen darauf Zugriff nehmen können. Denn im Handlungsfall müssen diese Dokumente im Original vorgelegt werden. Vorsorgevollmachten sollten im Original im Besitz der/des Bevollmächtigten sein. Die Patientenverfügung kann in Kopie auch bei der Hausärztin/dem Hausarzt zur Akte genommen werden.

Patientenverfügungen, private und notarielle Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen oder ein Widerspruch gegen das Ehegattennotvertretungsrecht können zudem beim „Zentralen Vorsorgeregister“ der Bundesnotarkammer unter www.vorsorgeregister.de registriert werden.

Bitte beachten Sie auch, dass Kopien von Ihren Dokumenten im Rechtsverkehr nicht verwendet werden können. Gültig ist immer nur das Original. Dies dient auch zu Ihrem Schutz, da Dokumente auch wieder vernichtet werden können, wenn Sie diese nicht mehr aufrechterhalten wollen.

Ehegattennotvertretungsrecht

Das Ehegattennotvertretungsrecht ermöglicht es Ehepartnern oder eingetragenen Lebenspartnern, in Gesundheitsangelegenheiten für den anderen zu handeln, wenn dieser – z. B. aufgrund von Krankheit oder Bewusstlosigkeit – nicht selbst entscheiden kann.

Das Notvertretungsrecht umfasst einzig Entscheidungen in Gesundheitsangelegenheiten, wie z. B. die Einwilligung in Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen und es ermöglicht auch den Abschluss von Behandlungs- oder Krankenhausverträgen sowie die Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen.

Dieses Recht ist auf maximal sechs Monate begrenzt und kann nicht verlängert werden. Es endet automatisch mit Ablauf der sechs Monate oder wenn eine Betreuerin/ein Betreuer bestellt wird. Es ist nur einmalig anwendbar.

Außerdem müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, damit das Ehegattennotvertretungsrecht greift:

- Eine/r der Ehepartner oder eingetragenen Lebenspartner ist nicht in der Lage, Entscheidungen zu treffen.
- Es muss eine Ehe oder eingetragene Lebenspartnerschaft bestehen.
- Die Ehepartner oder eingetragenen Lebenspartnern dürfen nicht getrennt leben.
- Es darf keine Vorsorgevollmacht oder Betreuung vorliegen.
- Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt muss das Vorliegen der Voraussetzungen bestätigen und den Beginn des Vertretungsrechts dokumentieren.

Dem Ehegattennotvertretungsrecht kann widersprochen und dieser Widerspruch beim Zentralen Vorsorgeregister eingetragen werden.

Trotz des Ehegattennotvertretungsrechts wird weiterhin empfohlen, eine Vorsorgevollmacht zu erstellen, da diese umfassendere Regelungen für den Notfall ermöglicht und nicht zeitlich begrenzt ist.

Einwilligung

Die Einwilligung nach ärztlicher Aufklärung (informierte Zustimmung) ist die rechtliche Voraussetzung für jede medizinische Behandlung. Ohne wirksame Einwilligung entspricht eine medizinische Therapie dem Tatbestand einer Körperverletzung.

Einwilligungsfähigkeit

Entscheidend für die wirksame Einwilligung in eine medizinische Maßnahme ist die natürliche Einwilligungsfähigkeit. Diese beinhaltet, dass die Patientin/der Patient die Art, die Bedeutung und Tragweite der Behandlung sowie ihrer Unterlassung geistig erfassen kann. Die Einwilligungsfähigkeit unterscheidet sich von der Geschäftsfähigkeit, sich durch rechtsgeschäftliche Erklärungen zu binden.

Einwilligungsunfähigkeit

Einwilligungsunfähigkeit bedeutet, dass eine Person nicht in der Lage ist, die Bedeutung und Tragweite einer medizinischen Maßnahme zu verstehen und eine freie und informierte Entscheidung darüber zu treffen. Die Einwilligungsunfähigkeit kann vorübergehend oder dauerhaft sein. Sie kann aufgrund von Minderjährigkeit, psychischen Störungen oder anderen Beeinträchtigungen, z. B. Erkrankung oder Delir, der Fall sein.

Ethische Fallberatung

Bei schwierigen medizinischen, ethisch-moralischen Entscheidungsfindungen kann eine ethische Fallberatung von allen involvierten Personen einberufen werden. Unter Leitung eines Ethikkomitee-Mitglieds beraten in so einer Fallberatung Vertreterinnen und Vertreter der Patientenseite zusammen mit den Vertreterinnen und Vertretern der behandelnden Berufsgruppen (Ärztinnen/Ärzte, Pflegende, Seelsorgende und andere) über die bestmögliche Behandlungsentscheidung im Sinne des Patientenwillens.

Ethikkomitee

Ein Klinisches Ethikkomitee trägt als interdisziplinäres Team (Pflegende, Ärztinnen/Ärzte, Seelsorgende und andere) dazu bei, dass Verantwortung, Selbstbestimmungsrecht, Vertrauen, Respekt, Rücksicht und Mitgefühl als ethische Werte die Entscheidungen und den Umgang mit Menschen in einem Krankenhaus prägen.

Geltungsbereich

Im Anschluss an die Schilderung Ihrer persönlichen Lebensanschauungen und Wertvorstellungen geht es um die Festlegung der Lebens- und Behandlungssituationen, in denen Ihre Patientenverfügung zur Anwendung kommen soll. Ob dieser so beschriebene Geltungsbereich auf die spätere Entscheidungssituation zutrifft und damit die Patientenverfügung wirksam ist, entscheiden behandelnde Ärztinnen/Ärzte und Bevollmächtigte gemeinsam, nach Möglichkeit unter Anhörung naher Angehöriger und sonstiger Vertrauenspersonen. Wieder können Sie aus den Textbausteinen diejenigen auswählen, die für Sie persönlich geeignet sind. Auch eigene Formulierungen können/sollten Sie ergänzen.

Geschäftsfähigkeit

Geschäftsfähigkeit ist die Fähigkeit einer Person, wirksame Rechtsgeschäfte vorzunehmen. Das bedeutet, sie kann rechtsgültige Erklärungen abgeben und empfangen, wie z. B. Verträge abschließen oder Rechte und Pflichten begründen.

Voll geschäftsfähig ist, wer volljährig (18 Jahre) und in der Lage ist, Willenserklärungen rechtlich wirksam auszusprechen oder entgegenzunehmen.

Gewebespende

Man kann folgende Gewebe spenden: Horn- und Lederhaut der Augen, Herzklappen, Haut, Blutgefäße, Knochen-, Knorpel- und Weichteilgewebe sowie Gewebe, die aus Bauchspeicheldrüse oder Leber gewonnen werden.

Im Unterschied zur Organspende ist die Gewebespende nicht an den unumkehrbaren Ausfall der gesamten Hirnfunktion (Hirntod) gebunden, sondern an den Todeseintritt selbst. Gewebespenden können auch noch mehrere Stunden nach dem Tod entnommen werden. Nur in wenigen Fällen ist eine Lebend-Gewebespende möglich:

Mütter können sich im Rahmen von geplanten Kaiserschnitten für eine Plazentaspende entscheiden. Personen, die ein künstliches Hüftgelenk erhalten, können die entnommenen Hüftköpfe spenden. Bekommt ein Patient ein Spenderherz transplantiert, kann das erkrankte Herz gespendet werden. Trotz der schweren Herzerkrankung sind Aorten- oder Pulmonalklappe häufig noch intakt und können anderen Patienten helfen.

Nach der Entnahme der Gewebe kommen diese in Gewebebanken, wo sie für die spätere Verpflanzung aufbereitet, kontrolliert und gelagert werden. Bis zur Freigabe zur Transplantation untersuchen zusätzlich speziell zugelassene Labore sowohl das Blut als auch das Spendergewebe auf Keime und Infektionskrankheiten. Jede Gewebespende ist von der Einwilligung über die Aufbereitung bis hin zur Transplantation lückenlos dokumentiert und rückverfolgbar.

Hirntod

Der Begriff Hirntod ist der umgangssprachliche Ausdruck für den nicht umkehrbaren Hirnfunktionsausfall (IHA) und bezeichnet das vollständige und unwiederbringliche Erlöschen der Gesamtfunktionen des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Auf den Hirntod folgt nach kurzer Zeit der Stillstand von Herz und Kreislauf. Auch umgekehrt gilt: Nach einem Herzstillstand stagniert der Blutkreislauf, wodurch das Gehirn nicht mehr versorgt wird und sämtliche Funktionen innerhalb kurzer Zeit erlöschen.

Nur durch apparative Beatmung unter intensivmedizinischen Bedingungen können die Funktionen von Herz und Kreislauf der verstorbenen Person für eine gewisse Zeit künstlich aufrechterhalten werden. Um den Hirntod festzustellen, müssen klar benannte Voraussetzungen erfüllt sein, die von der Bundesärztekammer in den Richtlinien zur Hirntoddiagnostik festgelegt wurden. Die zweifelsfreie Feststellung des IHA ist nicht nur notwendige Voraussetzung für eine Organspende nach dem Tod, sondern unabhängig davon für die Intensivmedizin unverzichtbar.

Hospiz

In Hospizen werden Schwerstkranke und Sterbende palliativmedizinisch behandelt und betreut. Im weiteren Sinne beschreibt der Hospizbegriff ein Konzept der ganzheitlichen Sterbe- und Trauerbegleitung.

ICD/Schrittmacher

Langsame, insbesondere aber schnelle Herzrhythmusstörungen können zum Tod durch Pumpversagen führen. Bei erhöhtem Risiko für einen plötzlichen Herztod kann ein ICD (implantierbarer Cardioverter Defibrillator) eingesetzt werden. Dieses kleine Gerät überwacht den Herzrhythmus und gibt im Bedarfsfall elektrische Impulse ab, um den normalen Rhythmus wiederherzustellen.

Indikation

Eine Indikation ist in der Medizin der Grund oder die Notwendigkeit für eine bestimmte ärztliche Maßnahme, sei es eine Diagnose oder eine Therapie. Sie zeigt an, welche Behandlung bei einem bestimmten Krankheitsbild angebracht ist und wird von Ärztinnen/Ärzten auf Grundlage einer Bewertung der individuellen Situation der Patientin/ des Patienten und der verfügbaren Behandlungsoptionen gestellt.

Die medizinische Indikation ist die Grundvoraussetzung für jede medizinische Maßnahme. Ist dies gegeben und stimmt die Patientin/der Patient der Maßnahme zu, sind beide Voraussetzung zur rechtmäßigen Durchführung einer medizinischen Behandlung gegeben.

Die Durchführung nicht indizierter Maßnahmen ist weder medizinisch noch ethisch zu rechtfertigen, auch dann nicht, wenn sie gewünscht werden.

Koma

Ein Koma ist als Zustand tiefer und möglicherweise andauernder Bewusstlosigkeit keine eigenständige Erkrankung, sondern als Krankheitszeichen (Symptom) ein Ausdruck einer schweren Störung der Großhirnfunktion. Die Prognose ist nicht selten unsicher und abhängig von der Grunderkrankung und der medizinischen Versorgung.

Lebensanschauungen und Wertvorstellungen

So verschieden wir Menschen sind, so individuell sind auch unsere Lebensanschauungen und Wertvorstellungen. Die Schilderung Ihrer persönlichen Ansichten und Überzeugungen ist eine wesentliche Ergänzung Ihrer Patientenverfügung und sollte am Anfang stehen, um Ihren Behandlungswillen besser verstehen und die Verfügung in Ihrem Sinne auslegen zu können. Ihre Anliegen sollen auch und gerade dann beachtet werden, wenn Sie schwer erkrankt sind oder vielleicht sterben müssen. Wenn Sie mitteilen, was Ihnen im Leben, aber auch in Krankheit und Sterben wichtig ist, können diese Hinweise eine wertvolle Hilfestellung bei der Ermittlung und Umsetzung Ihres Patientenwillens sein. Die Fragen in der Patientenverfügung können als Anregung dienen, über eigene Anschauungen und Wertvorstellungen nachzudenken und mit Angehörigen darüber zu sprechen.

Notfallbogen

Ein Notfallbogen entspricht einer kurzgefassten Patientenverfügung, die sich auf die zentrale Frage einer Wiederbelebung beschränkt. Diese Sonderform einer vorsorglichen Bekundung des Behandlungswillens kann eine reguläre Patientenverfügung nicht ersetzen, diese aber für den Notfall ergänzen, um die Entscheidung für oder gegen Wiederbelebungsmaßnahmen schnell und gemäß dem erklärten Patientenwillen zu treffen. Falls Sie einen Notfallbogen in Betracht ziehen, kann dieser mit Beratung und Unterschrift Ihrer Ärztin/Ihres Arztes erstellt werden und im Notfall auf einen Blick erkennen lassen, ob Wiederbelebungsmaßnahmen gewünscht oder abgelehnt werden. Vergleichbar einem Notfallbogen gibt es andere Konzepte (z. B. Ärztliche Notfallanordnung, Palliativampel), die als kurzgefasste Ergänzung zu einer Patientenverfügung eine rasche Orientierung im Notfall erlauben sollen. Allen Anordnungen ist gemeinsam, dass eine vorab erfolgte ärztliche Beratung erforderlich ist, um den Patientenwillen schnell und sicher erfassen und ungewollte Therapiemaßnahmen vermeiden zu können.

Organspende

Voraussetzung für die Organspende nach dem Tod ist die Feststellung des Hirntodes. Eine Entnahme von Spenderorganen ist nur zulässig, wenn die Spenderin/der Spender ihre/seine Zustimmung zu Lebzeiten selbst erteilt hat (z. B. Organspendeausweis, Patientenverfügung) oder die Angehörigen im Rahmen der erweiterten Zustimmung eingewilligt haben.

Es gibt keine starre Altersgrenze für die Organspende. Ob Organe gespendet werden können, hängt vom individuellen Gesundheitszustand und der Funktionstüchtigkeit der Organe ab, nicht vom kalendarischen Alter. Es ist wichtig, dass die Organe für eine Transplantation geeignet sind, und das wird im Einzelfall von Ärztinnen und Ärzten geprüft.

Ihre Entscheidung können Sie in einem Organspendeausweis und/oder Ihrer Patientenverfügung oder auch formlos dokumentieren. Unter bestimmten Umständen kann auch eine Lebendspende für paarige Organe (z. B. Niere), Organteile (z. B. Leber) und regenerierbare Organe (z. B. Knochenmark) in Betracht kommen.

Palliativmedizin/-Team

Die Palliativmedizin (lat. palliare = mit einem Mantel umhüllen) befasst sich mit der Verbesserung der Lebensqualität bis zum Lebensende und ist damit deutlich mehr als „nur eine Sterbebegleitung“. Sie konzentriert sich auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenen, nicht heilbaren Erkrankungen, um deren Lebensqualität zu verbessern und Symptome wie Schmerzen, Atemnot oder Übelkeit zu lindern. Im Vordergrund stehen also nicht die Heilung, sondern die Linderung von Beschwerden und die Unterstützung von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen in physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Hinsicht. Ein Palliativ-Team besteht aus verschiedensten Berufsgruppen und profitiert von der Zusammenarbeit verschiedener Fachleute (Ärztinnen/Ärzte, Pflegekräfte, Therapeutinnen/Therapeuten, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Seelsorgende etc.).

Palliative Sedierung

Die palliative Sedierung ist eine medizinische Maßnahme, bei der Medikamente eingesetzt werden, um das Bewusstsein einer Patientin/eines Patienten in der letzten Lebensphase zu reduzieren oder aufzuheben, um unerträgliche Symptome wie starke Schmerzen, Atemnot oder Angstzustände zu lindern, die durch andere Maßnahmen nicht beherrschbar sind.

Ziel ist es, unzumutbares Leiden zu minimieren, nicht jedoch, das Leben des Patienten zu verkürzen. Dadurch unterscheidet sich die palliative Sedierung von ärztlich assistiertem Suizid, da sie nicht auf die absichtliche Verkürzung des Lebens abzielt, sondern auf die Linderung von Symptomen.

Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche Erklärung, in der eine volljährige Person im Voraus festlegt, wie sie in bestimmten, noch nicht unmittelbar bevorstehenden Behandlungssituationen ärztlich behandelt werden möchte, falls sie ihren Willen nicht mehr selbst äußern kann. Sie ist ein wichtiges Instrument zur Selbstbestimmung im Krankheitsfall und dient dazu, den eigenen Willen gegenüber Dritten zu dokumentieren. Eine Patientenverfügung sollte schriftlich verfasst und unterschrieben werden. Sie muss nicht notariell beglaubigt werden. Eine Vorsorgevollmacht ersetzt eine Patientenverfügung, aber eine Patientenverfügung ersetzt keine Vorsorgevollmacht.

PEG-Sonde/Ernährungssonde

Die künstliche Ernährung über eine Sonde kann notwendig sein, wenn die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit auf natürlichem Wege nicht ausreichend oder nicht möglich ist. Eine Nahrungs-sonde kann vorübergehend durch die Nase oder dauerhaft als sogenannte PEG-Sonde durch die Bauchwand geführt werden. Eine PEG-Sonde, kurz für perkutane endoskopische Gastrostomie, ist eine Magensonde, die durch die Bauchwand in den Magen gelegt wird, um eine langfristige künstliche Ernährung zu ermöglichen.

Prognose

Die Prognose bezeichnet die Einschätzung des Krankheitsverlaufs. Bei hoher Heilungswahrscheinlichkeit spricht man von einer guten Prognose, bei niedriger Heilungswahrscheinlichkeit von einer schlechten Prognose. Im Verlauf einer Erkrankung kann sich die Prognose ändern.

Symptom

Ein Symptom ist ein Zeichen oder Merkmal, das auf eine Krankheit, Verletzung oder einen anderen Gesundheitszustand hinweist. Es kann eine körperliche Beschwerde sein (z. B. Kopfschmerzen, Fieber, Husten, Schwindel, Übelkeit, Hautausschlag, Gelenkschmerzen, Atemnot) oder eine psychische Beschwerde sein (z. B. Niedergeschlagenheit, Angst, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen). Symptome können von der betroffenen Person selbst oder durch die behandelnde Person festgestellt werden.

Symptome können auch unabhängig von einer Erkrankung auftreten und/oder behandelt werden.

Volljährigkeit

Mit Vollendung des 18. Lebensjahres wird nach deutschem Recht die Volljährigkeit erlangt (§ 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches, BGB). Mit der Volljährigkeit ist die volle Geschäftsfähigkeit gegeben, sofern keine Anzeichen entgegenstehen.

(Vorsorge-)Vollmacht

Eine Vorsorgevollmacht funktioniert wie eine Generalvollmacht. Denn obwohl die Bezeichnung „Vorsorge“ vermuten lässt, dass etwas für die Zukunft oder „den Fall, wenn ...“ geregelt wird, haben sowohl eine Vorsorgevollmacht als auch eine Generalvollmacht eine sofortige Wirksamkeit! Lediglich im Verhältnis zu Ihnen ist der Bevollmächtigte per Auftrag daran gebunden, seine Befugnisse nur dann einzusetzen, wenn Sie es nicht mehr können. In der vorliegenden Vorsorgevollmacht finden Sie die Möglichkeit, sich zu entscheiden, ob die Vorsorgevollmacht mit sofortiger Wirkung oder erst ab dem Zeitpunkt der Feststellung Ihrer Geschäftsunfähigkeit durch eine Ärztin/einen Arzt wirksam werden soll. Der Vorteil der sofortigen Wirksamkeit liegt allerdings darin, dass keine Unsicherheiten wegen der Bevollmächtigung Ihrer Vertreterin / Ihres Vertreters aufkommen können.

Allgemein ist eine Vollmacht eine schriftliche Erklärung, mit der eine volljährige Person eine andere Person ihres Vertrauens bevollmächtigt, im Falle der eigenen Geschäftsunfähigkeit (z. B. aufgrund von Krankheit oder Unfall) Entscheidungen zu treffen und sie in verschiedenen Bereichen zu vertreten. Diese Vertrauensperson kann dann im Namen der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers handeln, beispielsweise in finanziellen Angelegenheiten, bei der Gesundheitsfürsorge oder in rechtlichen Fragen.

Eine Vorsorgevollmacht ist also wichtig, um sicherzustellen, dass eine Person Ihres Vertrauens im Falle der eigenen Handlungsunfähigkeit Entscheidungen treffen kann, die in Ihrem Interesse liegen. Zudem kann so, bis auf wenige Ausnahmen, eine gesetzliche Betreuung vermeiden werden. In bestimmten Fällen, z. B. bei Immobiliengeschäften, ist eine notarielle Beurkundung oder öffentliche Beglaubigung erforderlich. Eine Vorsorgevollmacht kann übrigens jederzeit widerrufen werden, solange die Vollmachtgeberin/der Vollmachtgeber geschäftsfähig ist.

Vergessen Sie nicht, mit der Person, die Sie als Ihre Bevollmächtigte/Ihren Bevollmächtigten bestimmen, zu sprechen. Teilen Sie diesen Personen eine Kopie der Vollmacht aus und/oder sprechen Sie gemeinsam ab, wo Sie das Original aufbewahren.

Wachkoma

Es handelt sich um den Verlust der Wahrnehmungsfähigkeit bei schwerer Schädigung der Gehirnfunktionen. Ein Schlaf-Wach-Rhythmus bleibt bestehen, die Augen sind zeitweise geöffnet. Temperatur-, Kreislauf- und Atemregulation sind erhalten, so dass ein Überleben der Patienten bei entsprechenden medizinischen und pflegerischen Maßnahmen möglich ist. Ein Wachkoma kann vorübergehend auftreten oder dauerhaft sein, der Verlauf ist in vielen Fällen nicht vorherzusagen. Typischerweise verschlechtert sich die Prognose je länger das Wachkoma anhält.

Wertvorstellungen

Siehe „Lebensanschauungen und Wertvorstellungen“.

Wille

Es gibt verschiedene Arten von Willen, die im rechtlichen und philosophischen Kontext unterschieden werden. Im Wesentlichen lassen sich freier Wille und natürlicher Wille unterscheiden. Der freie Wille ist die Fähigkeit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, ohne äußeren Zwang oder unzumutbare Beeinflussung. Er beinhaltet die Freiheit, zu wählen und zu handeln, ohne durch innere oder äußere Faktoren daran gehindert zu werden. Im Rechtswesen spielt der freie Wille eine wichtige Rolle bei der Geschäftsfähigkeit und Einwilligungsfähigkeit. Eine volljährige Person darf z. B. nicht gegen ihren freien Willen betreut oder behandelt werden, solange sie einwilligungsfähig ist.

Der natürliche Wille umfasst die grundlegenden Neigungen, Wünsche und Präferenzen einer Person, die sich aus ihrer Persönlichkeit und ihren Erfahrungen ergeben. Er ist nicht unbedingt mit dem freien Willen gleichzusetzen, kann aber dennoch eine wichtige Rolle spielen, beispielsweise bei der Auswahl eines Betreuers oder bei der Entscheidung über medizinische Behandlungen.

Jeder Mensch hat das Recht, über sich selbst zu bestimmen, auch dann, wenn er einen entsprechenden Willen nicht mehr selbst ausdrücken oder durchsetzen kann. Für diesen Fall kann der Behandlungswille durch eine Patientenverfügung schriftlich vorausverfügt werden. Liegt keine wirksame Patientenverfügung vor und kann eine Patientin/ein Patient den Willen nicht mehr bilden oder äußern, ist der mutmaßliche Patientenwille handlungsleitend.

Zentrales Vorsorgeregister

Patientenverfügungen, private und notarielle Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen oder ein Widerspruch gegen das Ehegattennotvertretungsrecht können beim „Zentralen Vorsorgeregister“ der Bundesnotarkammer unter www.vorsorgeregister.de registriert werden. Zugriffsberechtigt auf diese Register sind Betreuungsgerichte und behandelnde Ärztinnen und Ärzte.

Im Register werden nicht die Dokumente selbst hinterlegt, sondern deren zentrale Daten wie Umfang der Verfügungen sowie die Daten des Verfügenden und der benannten Vertrauenspersonen aufgenommen. Die Registrierung einer Patientenverfügung ist nur dann sinnvoll, wenn in den Dokumenten auch eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung enthalten ist. Die Registrierung ist einmalig gebührenpflichtig. Mit der Registrierung wird eine ZVR-Card (kostenfrei) erteilt, mit der auf die Vorsorgeurkunde und die Vertrauenspersonen hingewiesen wird:

Bundesnotarkammer — Zentrales Vorsorgeregister

Service-Hotline 0800 35 50 50

www.vorsorgeregister.de

Postfach 08 01 51

10001 Berlin

Beispiele

Die nachstehenden Beispiele sollen veranschaulichen, wie eine individuelle Patientenverfügung erstellt werden könnte. Die Angaben in den Beispielen sind auf erfundene Personen bezogen und eignen sich nicht dazu, als eigene Patientenverfügung abgeschrieben zu werden. Eine fachkundige Beratung bei der Erstellung einer individuellen Patientenverfügung sowie die Einbindung eigener Lebensanschauungen und Wertvorstellungen ist an dieser Stelle nochmals zu empfehlen.

[Quelle: Patientenverfügung, November 2024, Bundesministerium der Justiz, Referat Öffentlichkeitsarbeit und Bürgerdialog, 11015 Berlin]

Beispiel 1

Patientenverfügung

*Ich, Lieselotte Beispiel,
geboren am: 18.06.1936,
wohnhaft in: Zechenstraße 623, 44581 Castrop-Rauxel,
bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:*

Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte (Dr. med. Hausarzt und Dr. med. Neurologe) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, oder wenn ich bereits infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, oder wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung befinde, so treffe ich folgende Festlegungen:

Es sollen alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Ich erwarte eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung. Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, sollen bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung eingesetzt werden. Dabei nehme ich die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen in Kauf.

Ich wünsche, dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstandes oder Atemversagens lehne ich Maßnahmen der Wiederbelebung ab.

Künstliche Beatmung lehne ich ab und eine schon eingeleitete Beatmung soll eingestellt werden, 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.

Ich lehne eine Dialyse ab und möchte auch keine fremden Gewebe oder Organe empfangen. Ich wünsche Blut oder Blutersatzstoffe nur zur Beschwerdelinderung. Zu einer Entnahme von Organen zu Transplantationszwecken bin ich nicht bereit.

Ich möchte, wenn möglich, in einem Hospiz sterben und dort geistlichen Beistand meines Heimatpfarrers oder, wenn dies nicht möglich ist, den Beistand durch einen Pfarrer der evangelisch-reformierten Kirche.

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein Bevollmächtigter soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Sollte ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Bevollmächtigten erwarte ich, dass er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung meines Bevollmächtigten besondere Bedeutung zukommen.

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärzte oder das Behandlungsteam 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. Auch in diesen Fällen soll bei unterschiedlichen Meinungen der Auffassung meines Bevollmächtigten besondere Bedeutung zukommen.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigter: Name: Max Rührig

Anschrift: Zum Rosenblick 12, 98765 Musterstadt

Telefon: 0123 / 456789

Telefax: 0123 / 987654

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich eine Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen beigelegt.

Soweit ich in dieser Verfügung bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

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. Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Meine Wertvorstellungen:

Ich habe nun schon meinen 83. Geburtstag gefeiert und ein abwechslungsreiches Leben geführt. Meine Kinder und Enkel sind alle schon im Beruf und weggezogen, aber ich bin sehr stolz auf sie.

Als mein Mann vor 15 Jahren verstarb, bin ich regelmäßig mit meinem Kegelklub weggefahren. Dies fällt mir seit meiner Hüftoperation immer schwerer. Körperliche Beschwerden und Untätigkeit zu ertragen, wie nach meiner Operation, fällt mir schwer, aber ich kann es aushalten. Dann kann ich auch fremde Hilfe annehmen. Unerträglich ist mir aber die Vorstellung, geistig nicht mehr fit und dann auf Hilfe angewiesen zu sein. Ich habe bei meiner Freundin gesehen, wie sie sich mit ihrer Demenz verändert hat. So möchte ich nicht leben.

Mir ist es sehr wichtig, dass ich mich mit meinen Freunden und meiner Familie unterhalten kann. Wenn ich einmal so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne, so soll es dann auch nicht mehr lange dauern, bis ich sterbe. Daher möchte ich dann keine Behandlung und auch keine Maschinen, die mein Sterben nur hinauszögern. Die ganzen Schläuche und die ganzen Apparate machen mir Angst und ich möchte auch nicht mehr vom Notarzt reanimiert werden, weil es doch auch mal gut sein soll, wenn mein Herz zu schlagen aufgehört hat.

Als ich vor einigen Jahren ein Plakat zu einer Informationsveranstaltung des Hospizes in Recklinghausen gesehen habe, war ich einige Male dort und habe mich informiert. In einer solchen netten und lieben Umgebung möchte ich auch sterben. Ich bin froh, dass mich die Leiterin des Hospizes so gut informiert hat.

Lieselotte Beispiel

Castrop-Rauxel, den 1. September 2019

Frau Lieselotte Beispiel wurde von mir am 1. September 2019 bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum: 1. September 2019, Unterschrift Dr. Hausarzt, Stempel des Hausarztes

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend in vollem Umfang.

Castrop-Rauxel, den 15. Juli 2021,

Lieselotte Beispiel

Beispiel 2

Patientenverfügung

Ich, Max Beispiel,
geboren am: 14. Juni 1959,
wohnhaft in: 10179 Berlin, Beispielsstraße 1,
bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

Meine Verfügung soll gelten, wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde und wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. Auch für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten; auch fremde Gewebe und Organe, wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann. Zur Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber nicht, wenn dadurch ungewollt eine Verkürzung meiner Lebenszeit eintreten kann.

Ich wünsche, dass eine künstliche Ernährung und ebenso eine künstliche Flüssigkeitszufuhr und eine künstliche Beatmung begonnen oder weitergeführt werden, wenn mein Leben dadurch verlängert werden kann. In jedem Fall möchte ich bei einem Notfall, dass Versuche meiner Wiederbelebung durchgeführt werden und ein Notarzt verständigt wird.

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Meine Bevollmächtigte soll dafür sorgen, dass meinem Willen entsprochen wird.

Ich möchte zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden.

Ich möchte Beistand durch meine Ehefrau.

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte

Name: Erna Beispiel

Anschrift: 10179 Berlin, Beispielsstraße 1

Telefon: 030 / 123456.

Telefax: 030 / 789012

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich eine Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen beigelegt. Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

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 habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert beim Betreuungsverein und habe mich beraten lassen durch meine Hausärztin Frau Dr. Schmidt.

Meine Wertvorstellungen:

Ich bin 62 Jahre alt und werde in 6 Monaten den Ruhestand antreten.

Ich bin mit meinem Leben zufrieden, habe im Beruf meinen Mann gestanden und immer alles gut im Griff gehabt. Auch meine Krankheiten (Hoher Blutdruck, 5-fach-Bypass) habe ich gut wegstecken können. Seit 5 Jahren bin ich zum zweiten Mal glücklich verheiratet. Zu meiner ersten Frau und unseren zwei erwachsenen Kindern habe ich nur gelegentlich Kontakt.

Mir war es immer wichtig, dass ich möglichst lange leben kann, unabhängig davon, wie es mir geht, und dass mir umfassende medizinische und pflegerische Hilfe zuteil wird, auch wenn ich schon sehr alt und sehr krank sein sollte. Deshalb macht es mir auch nichts aus, wenn ich weitestgehend auf fremde Hilfe angewiesen bin. Ich weiß, dass meine Familie das nicht als Belastung empfinden würde. Mein Lebenswillen ruht auf einem starken Vertrauen in die Errungenschaften der Medizin, von denen ich möglichst lange profitieren möchte. Die schon länger dauernde Diskussion um eine Altersrationierung finde ich erschreckend und lehne die Verweigerung von Maßnahmen aufgrund meines Alters ab.

Max Beispiel

Berlin, den 1. September 2021

Quellen

Patientenverfügung

November 2024

Bundesministerium der Justiz, Referat Öffentlichkeitsarbeit und Bürgerdialog, 11015 Berlin

Leitfaden für die persönliche Vorsorge

10. Überarbeitete Auflage, 2023

Ärzttekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht Leitfaden für Patienten und Angehörige

7. Auflage, Juli 2020

Ärzttekammer Westfalen-Lippe, Gartenstraße 210-214, 48147 Münster

Verfügungsausweise

Da Sie diese umfangreichen Dokumente nicht ständig bei sich tragen werden, ist es sinnvoll, einen Hinweis auf diese in Form eines Verfügungsausweises zu geben.

Schneiden und füllen Sie den Ausweis aus, falten ihn in der Mitte und legen Sie ihn in Ihr Portemonnaie bzw. zu Ihrer Gesundheitskarte.

Ein Organspendeausweis kann auch im Internet unter www.organspende-info.de kostenfrei online ausgefüllt oder bestellt werden.

 Verfügungsausweis Name, Vorname Geburtsdatum Straße, Hausnr. PLZ / Wohnort Ich habe eine/n ☐ Patientenverfügung ☐ Organspendeausweis ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Betreuungsverfügung Datum Unterschrift	 Verfügungsausweis Kontaktperson und/oder Bevollmächtigte Person Name, Vorname Geburtsdatum Straße, Hausnr. PLZ / Wohnort E-Mail Telefonnummer Platz für Anmerkungen / besondere Hinweise
--	---

Erklärung zur Organ- und Gewebespende Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich: ☐ JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden. oder ☐ JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe: oder ☐ JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe: oder ☐ NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben. oder ☐ Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden: Name, Vorname Telefon Straße PLZ, Wohnort Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise DATUM UNTERSCHRIFT	Organspendeausweis nach § 2 des Transplantationsgesetzes Organspende  Name, Vorname Geburtsdatum Straße PLZ, Wohnort  Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  Organspende schenkt Leben. Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400.
--	--

Herausgeber

Knappschaft Kliniken Vest GmbH

Unternehmenskommunikation in Zusammenarbeit mit dem Klinischen Ethikkomitee

Tel.: 02361 56-81290

Email: Ethik.Vest@Knappschaft-Kliniken.de

Dorstener Straße 151

45657 Recklinghausen

www.knappschaft-kliniken.de/recklinghausen

www.knappschaft-kliniken.de/marl

Stand: Dezember 2025

Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers gestattet.