

# ZWEI MÖGLICHKEITEN ZUR NUTZUNG

**kostenfrei als einfache  
ANKREUZVARIANTE**

**ODER Ausarbeiten lassen zur erweiterten  
STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG**



Füllen Sie nur die Abschnitte **A B** aus und unterschreiben Sie auf der Rückseite – fertig!

Bitte beachten Sie:  
Die Ankreuzvariante ist allerdings nur eine Minimallösung und kann gelegentlich angezweifelt werden. Wir empfehlen Ihnen den nebenstehenden Weg zu gehen.



Beantworten Sie die Abschnitte **A B C D** und schicken Sie alle Seiten an uns zurück.

Unsere Mitarbeiter/innen prüfen Ihre Angaben und stehen für Beratung oder Hilfe beim Ausfüllen zur Verfügung.

Es wird aus Ihren Angaben eine komprimierte **STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG** für Sie ausgearbeitet und Ihnen in zweifacher Ausfertigung unterschriftsreif per Post zugesandt (siehe Abb. Vorder- und Rückseite).

Dafür erheben wir eine Bearbeitungsgebühr von **24€ incl. Porto (Ermäßigung möglich)**. Die Gebühr ist erst nach Erhalt der fertigen Dokumente zu entrichten. Gern nehmen wir darüber hinaus auch Spenden entgegen (wir sind gemeinnützig tätig).



Zur Erstellung einer

# STANDARD- PATIENTENVERFÜGUNG\*

(auch als einfaches »Ankreuzformular« nutzbar)



**Ich (Verfügende/r):**

.....  
Verfügender/r mit Vor- und Zunamen / Geburtsdatum

.....  
Adresse / Telefon

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

## **A** Exemplarische Situationen, in denen die Festlegungen 1–5 in **B** gelten:

Medizinische Erklärungen zu den Fußnoten finden Sie im Anhang.

Sie können alle Situationen durch Ankreuzen auswählen. Unter »Weitere Situationen« ganz unten finden Sie solche, die noch nicht unumkehrbar bzw. therapeutisch aussichtslos sein müssen. Sie können dort individuell eine Anzahl von Wochen oder Monaten eintragen – dazu sollten Sie sich unbedingt beraten lassen. Bitte die nicht gewählten Optionen streichen; im Teil **B** ist dies allerdings nicht erforderlich, wenn Optionen eindeutig durch »Ja« oder »Nein« voneinander unterschieden sind.

**Wenn ...**

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar **im unmittelbaren Sterbeprozess** befinde.
  - auch wenn ich mich **im Endstadium (m)einer schweren, unheilbaren Erkrankung** befinde und **einwilligungsunfähig bin** (ein Sterben aber noch nicht absehbar ist bzw. noch länger hinausgezögert werden könnte).
- in Folge einer schweren Gehirnschädigung<sup>1</sup> mein Bewusstsein** nach sorgfältiger Abklärung und Einschätzung erfahrener Fachärzte **aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist<sup>1a</sup>** (sog. dauerhafter vegetativer Status). Es ist mir bekannt, dass es dazu auch nach vielen Monaten oder Jahren keine 100 %ig sichere Diagnose gibt und die Fähigkeit zu Empfindungen oder ein Aufwachen nicht ganz sicher auszuschließen sind.
- ich bei **Hirnabbauprozess** – bei Demenzerkrankung z.B. nach dem **Alzheimer-Typus<sup>1b</sup>** – **im späten Stadium** trotz Hilfestellung **nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.**

**Weitere Situationen** (Selbst formulieren und/oder ankreuzen und eine gewünschte Begrenzung des Behandlungszeitraumes eintragen – z. B.: ... max. 12 ...):

- (auch) wenn z. B. nach Schädel-Hirntrauma oder Schlaganfall **nach ..... Wochen / oder nach ..... Monaten keine wesentliche Besserung dahingehend erfolgt, dass ich wieder Einsichten gewinnen und bewusst mit anderen Menschen in Kontakt treten kann.**
- (auch) wenn **bei akuter Lebensbedrohung** (durch körperlich-organische Zusatzerkrankung) **in einem früheren Stadium von Demenz intensivmedizinische Eingriffe erforderlich sind.**

\* nach Textbausteinen des Bundesministeriums der Justiz (2004/2005) hier weiterentwickelte Version 2011

## B Medizinische Festlegungen 1–5 für die unter A genannten Situationen

### 1. Unverzichtbare Basisversorgung, Schmerz- und Symptombehandlung

Ich wünsche und erwarte mir angemessene Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege. Schmerzen und andere belastende Symptome wie Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe u.a. sind fachgerecht zu lindern. Das Stillen von Hunger- und Durstempfinden soll so lange wie möglich auf *natürliche* Weise erfolgen, ggf. mit Hilfe (Handreichung) bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

Wenn Schmerzen oder Atemnot in den unter A genannten Situationen nicht anders zu lindern sind: Sollen dann auch bewusstseinsdämpfende Mittel<sup>2</sup> verabreicht werden?

- JA: Dann wünsche ich auch bewusstseinsdämpfende Mittel.
  - Die unwahrscheinliche Nebenwirkung einer – ärztlicherseits ungewollten – indirekten Verkürzung meiner Lebenszeit<sup>2</sup> nehme ich in Kauf.
- NEIN: Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber keine Mittel, die zur Dämpfung des Bewusstseins oder zur indirekten Verkürzung meiner Lebenszeit<sup>2</sup> führen können.

### 2. Lebenserhaltende Maßnahmen in den unter A genannten Situationen?

- JA: Dann soll alles, was medizinisch noch möglich und indiziert ist, zur Lebenserhaltung getan werden.
- NEIN: Dann keine lebenserhaltenden Eingriffe und Maßnahmen mehr wie Dialyse (Blutwäsche) u. a.
  - Dann auch keine künstliche Beatmung mehr bzw. eine schon eingeleitete soll eingestellt werden. Ich setze dabei voraus, dass ich Medikamente zur Linderung von Atemnot erhalte.

### 3. Künstliche Ernährung in den unter A genannten Situationen?

- JA: Wenn ich selbst auf natürliche Weise nichts mehr zu mir nehmen kann.
- NEIN: Dann keine künstliche Ernährung<sup>3</sup> mehr, unabhängig von der Form der Zuführung (z. B. Magensonde durch Nase oder Bauchdecke/venöse Zugänge).
  - Dann auch keine künstliche Flüssigkeitszufuhr mehr, es sei denn, sie ist – vermindert – palliativ angezeigt. Auf die fachgerechte Mundpflege und -befeuchtung ist besonderer Wert zu legen.

### 4. Antibiotika/Blutbestandteile u. a. Mittel (Medikamente) zur Lebensverlängerung in den unter A genannten Situationen?

- JA: Ich wünsche diese Mittel, falls damit mein Leben verlängert werden kann.
- NEIN: Ich erlaube diese Mittel nur, falls sie zur Linderung meiner Beschwerden erforderlich sind.

### 5. Versuche zur Wiederbelebung bei akutem Herz-/Kreislaufstillstand in den unter A genannten Situationen?

- JA: Ich wünsche in jedem Fall Versuche zur Wiederbelebung.<sup>5</sup>
- NEIN: Dann keine Versuche zur Wiederbelebung mehr.
  - Ein Notarzt soll dann nicht verständigt werden.

X

Ort, Datum

Unterschrift der/des Verfügenden

ggf. Bezeugung

Wenn Sie nur eine einfache Ankreuzvariante nutzen wollen, können Sie die bisherigen Angaben unterschreiben. Eine Bezeugung durch die beratende Stelle oder Ihren Arzt wird empfohlen.



Tel.: 030 613904 -12 oder -32, Fax: 030 613904 -36 • Wallstr. 65, 10179 Berlin

V.I.S.I.T.E. Ambulantes Hospiz & Palliativberatung:  
www.visite-hospiz.de

Bundeszentralstelle Patientenverfügung des HVD:  
mail@patientenverfuegung.de, www.patientenverfuegung.de



Wenn Sie eine ausgearbeitete Standard-Patientenverfügung wünschen, füllen Sie dieses Formular bis zum Ende aus, trennen die drei Seiten heraus und schicken sie an uns zurück.

C

## Weitere Angaben für meine Patientenverfügung (6–10)

Bei den folgenden Fragen 6–10 gilt:

Bitte wählen Sie eine Option oder mehrere Optionen – aber nicht alle

### 6. Sonstige Behandlungssituationen/Wiederbelebungsversuche allgemein UNABHÄNGIG von den Situationen, die unter **A** genannt sind

- Versuche zur Wiederbelebung<sup>4</sup> nach Herz-Kreislaufstillstand sowie intensivmedizinische Eingriffe lehne ich in jedem Fall heute schon ab (d. h. nicht nur in den unter A genannten Situationen).
- Versuche zur Wiederbelebung wünsche bzw. akzeptiere ich heute prinzipiell, aber nur unter dieser Bedingung:
  - Sie erfolgen innerhalb von ca. 5 Minuten<sup>4</sup> nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand (und haben deshalb voraussichtlich keine dauerhaften Gehirnschäden zur Folge) und/oder
  - Der Herz-Kreislaufstillstand ist im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen aufgetreten<sup>4</sup> (z. B. von Operationen, zu denen ich selbst mein Einverständnis gegeben habe)
- Ich füge ein Zusatzblatt „Was mir wichtig ist“ bei, z. B. mit meinen Vorstellungen zu einem (noch) lebenswerten Leben. Dieses dient auch als Interpretationshilfe für Situationen, die hier nicht aufgeführt sind bzw. die Abwägungen erforderlich machen.
- Solange Aussicht besteht, dass mir ein lebenswertes, umweltbezogenes Leben ermöglicht werden kann, erwarte ich die Ausschöpfung aller Mittel zur Lebenserhaltung incl. intensivmedizinischer Maßnahmen.

### 7. Gewünschter Aufenthaltsort am Lebensende

Ich möchte

- wenn irgend möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- zum Sterben in ein Hospiz verlegt werden.
- bei Komplikationen am Lebensende in ein Krankenhaus verlegt werden.
- dort sein, wo meine Würde, Versorgung und Selbstbestimmung am besten gewahrt sind.

### 8. Gewünschter Beistand am Lebensende (spirituell, menschlich, fachlich)

Ich wünsche, dass benachrichtigt und einbezogen wird:

- Vertreter/in der folgenden Kirche/Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft  
.....
- Hospiz-, Palliativ- oder Pflege-Dienst  
.....
- Ärztin oder Arzt meines Vertrauens  
.....
- Sonstige Personen (die nicht zu Ihrem unmittelbaren Lebensumfeld gehören)  
.....
- Eine fachlich qualifizierte Hinterlegungsstelle für Patientenverfügungen zur Unterstützung  
.....

## C

## 9. Zur Durchsetzung und Verbindlichkeit/Auslegung und Entscheidung

- Dieser Patientenverfügung wird eine **Vollmacht** für **gesundheitliche Angelegenheiten** (sogenannte Gesundheitsvollmacht oder Patientenanwaltschaft) beigefügt.
- Ich erwarte, dass die/der von mir **Bevollmächtigte** für die Durchsetzung meiner Patientenverfügung sorgt. Sie/er soll – nach ärztlicher Aufklärung – das „letzte Wort“ über medizinische und pflegerische Maßnahmen haben.
- Diese Patientenverfügung gilt **verbindlich**. Solange ich sie nicht widerrufen habe, **wünsche ich nicht**, dass mir in der konkreten Situation eine **Änderung meines Willens unterstellt wird**.
- Wenn** bei den behandelnden Arzt/inn/en, dem Behandlungs-/Pflegeteam oder meinem Vertreter aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen **Zweifel aufkommen**, ob ich an meiner Patientenverfügung noch festhalten möchte, dann ist **mein mutmaßlicher aktueller Wille zu ermitteln**.

## 10. Erlaubnis zur Organspende nach Hirntod?

- JA:** Intensivmedizinische Maßnahmen zur Vorbereitung der Organentnahme sind dann erlaubt.
- keine Angabe
- NEIN:** Ich lehne eine Entnahme meiner Organe ab.

## D

## Hinweis auf Beratung/Schlussbemerkungen

*Eine Beratung beim Abfassen einer Patientenverfügung und eine entsprechende Bezeugung durch eine fachkundige Person oder eine Ärztin/einen Arzt ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. Sie wird aber von der Bundesärztekammer, dem Bundesministerium der Justiz und allen medizin-ethischen Experten dringend empfohlen.*

### Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung

- beraten lassen durch  
.....
- informiert bei/durch  
.....
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner hier getroffenen Entscheidungen voll bewusst. Ich habe diese Patientenverfügung **in eigener Verantwortung** und ohne äußeren Druck erstellt.
- Mir ist die **Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs** meiner Patientenverfügung bekannt.

### **Anmerkung:**

*Die verwendeten Textbausteine basieren auf denen des **Bundesministeriums der Justiz (BMJ)** und denen des **Bayerischen Justizministeriums**, welche inzwischen von Justizministerien anderer Bundesländer, den meisten Landesärztekammern und zahlreichen anderen Organisationen übernommen wurden. Der **Humanistische Verband Deutschlands** hat ursprünglich an ihrer Formulierung im Rahmen der AG „Patientenautonomie am Lebensende“ des BMJ mitgewirkt.*

D

## Gebührenerstattung von 24€/Bearbeitung/Weitere Formulare

Ich erkläre mich bereit, nach Erhalt meiner erstellten Standard-Patientenverfügung (mit Vollmachts-Formularen) einen Beitrag in Höhe von

insgesamt ..... Euro zu leisten.

Darin sind 24€ zur Erstattung der Bearbeitungsgebühr enthalten, der Rest soll als **Spende** gelten (Sie erhalten eine steuerabzugsfähige Bescheinigung).

Ich bitte um eine **Reduzierung** und habe einen geringeren Betrag als 24€ eingetragen.

**Dringlichkeit zur Bearbeitung** meiner Standard-Patientenverfügung

Normal     Eilig     Notfall

**Weitere Formulare erwünscht?**

Ich bitte um einen (weiteren) Satz **Vollmachts-Formulare**.

Ich bitte **um ein Betreuungsformular**, da eine Vertrauensperson für eine Vollmacht nicht zur Verfügung steht bzw. nicht damit belastet werden soll.

Für eventuell notwendige Rückfragen bin ich am besten telefonisch zu erreichen (ggf. mit Zeitangabe):

X

.....  
Datum, Unterschrift

hier falzen für Rücksendung in einem DIN-Lang Briefumschlag mit Fensterhülle  
hier falzen für Rücksendung in einem DIN-Lang Briefumschlag mit Fensterhülle

**Unser Tipp:**

Drehen Sie das ausgefüllte Formular einfach um und falzen Sie es an den Markierungen. Dann brauchen Sie es nur in einen DIN-Lang Briefumschlag mit Fensterhülle zu stecken, zu frankieren und abzuschicken!



Standard-Patientenverfügung (HVD)  
Wallstraße 65  
10179 Berlin



Tel.: 030/61 39 04-11, -12 oder -32, Fax: 030/61 39 04-36 • Wallstr. 65, 10179 Berlin

**V.I.S.I.T.E. Ambulantes Hospiz & Palliativberatung:**  
mail@visite-hospiz.de, www.visite-hospiz.de

**Bundeszentralstelle Patientenverfügung des HVD:**  
mail@patientenverfuegung.de, www.patientenverfuegung.de

## Gehirnschädigung: Dauerbewusstlosigkeit / Schwerste Demenz

- 1 Betrifft **nur schwere Gehirnschädigungen mit Verlust der Fähigkeit**, Einsichten zu gewinnen, Kontakt aufzunehmen und gezielt Bewegungen auszuführen. Währenddessen sind lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit i. a. R. erhalten sowie möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Betroffene müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden und sind schwerst pflegebedürftig. Patienten im Wachkoma (deren Blick ins Leere geht) sind ebenso bettlägerig wie Komapatienten mit geschlossenen Augen.

### a) Unerwartet eingetretene Gehirnschädigung

Es handelt sich dabei häufig um Zustände von **Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder**, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen (des Bewusstseins) einhergehen. Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen z. B. durch Kopfverletzung ebenso wie für indirekte z. B. nach Wiederbelebung. In seltenen Fällen können sich auch bei Komapatienten nach Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang im Koma betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

### b) Spätstadium von Hirnabbauprozess / Alzheimer'scher Erkrankung

Es handelt sich dabei um irreversible Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Spätstadium, um welches es hier ausschließlich geht, erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

## Schmerz- und Beschwerdelinderung

- 2 Nur in Extremsituationen ist gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung (als „indirekte“ erlaubt) oder Bewusstseinsdämpfung (als sog. palliative Sedierung ggf. beabsichtigt) damit verbunden sein kann. Eine fachgerechte lindernde Behandlung – einschließlich der Gabe von Morphin – führt in der Regel jedoch nicht zu diesen Folgen.

## Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

- 3 Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger vorhanden, kann aber am besten durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr insbesondere von großen Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden gilt eher als schädlich, weil sie zu Beschwerden infolge von Wasseransammlung führen kann.

## Wiederbelebungsmaßnahmen („Reanimation“)

- 4 Versuche zur Wiederbelebung – nach eingetretenem Herzstillstand – sind nicht leidensmindernd, sondern ausschließlich lebenserhaltend. Wiederbelebung absolut untersagen zu wollen, ist prinzipiell nicht zu empfehlen. Diese Option kann jedoch für einen hochbetagten oder sehr schwer kranken Menschen in Frage kommen. Gelegentlich kann es im Rahmen von (noch) geplanten medizinischen Eingriffen zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen. Ansonsten muss mit zunehmend schweren Folgeschäden (z. B. Wachkoma) gerechnet werden, wenn der Herz-Kreislaufstillstand 5–10 Minuten zurückliegt. Denn das empfindliche Gehirngewebe ist mangels Sauerstoff sonst irreversibel geschädigt.