

## PATIENTENVERFÜGUNG UND VOLLMACHT FÜR DIE MEDIZINISCHE BETREUUNG [1]

### Wünsche und Forderungen an Bevollmächtigte und Ärzte, an Familie und Freunde für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit [2]

---

(Vorname und Name)

(Geburtsdatum und Geburtsort)

---

(Wohnort)

(Straße, Hausnummer)

#### I. Meine Werte, Wünsche und Hoffnungen

Alles Leben hat einen Anfang und ein Ende. Wenn mein Leben sich dem Ende nähert und wenn ich nicht in der Lage sein sollte, medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder solche abzulehnen, so soll(en) der/die hier benannte(n) Bevollmächtigte(n), die mich betreuenden Ärzte, Pflegenden und nächste Angehörige meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen und sich nicht an dem orientieren, was medizinisch und technisch machbar ist. Sie sollen sich auch nicht daran orientieren, was andere Menschen oder was sie selbst für sich in vergleichbaren Situationen wünschen. Vor allem wünsche ich, dass der natürliche Sterbeprozess und unheilbare, zum Tode führende Krankheiten im Endstadium akzeptiert werden.

#### II. Verfügungen für medizinische Versorgung und Beistand

1. Ich bitte um ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten, solange eine Aussicht auf Heilung besteht oder eine Behandlung chronischer oder schwerer Krankheiten möglich ist, die mir Lebensfreude und Lebensqualität ermöglichen.

2. Wenn ich aber

- (a) mich unabwendbar im **Endstadium** einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit oder im **Sterbeprozess** befinde, oder

---

[1] Diese *Vorsorgliche Patientenverfügung und Vollmacht für die medizinische Betreuung* besteht aus vier Teilen. Im **Teil I** informieren Sie Ihre Ärzte, Bevollmächtigten oder Betreuer über Ihre allgemeine Einstellung zu Leben und Tod, Gesundheit und Krankheit. Im **Teil II** äußern Sie sich zu medizinischer Versorgung und Pflege für den Betreuungsfall, insbesondere auch zu Schmerzbehandlung, Wiederbelebung, künstlicher Ernährung und Beatmung sowie zur Behandlung chronischer Krankheiten im Endstadium. Im **Teil III** bevollmächtigen Sie eine Person *Ihres* Vertrauens, die *Ihre* Wünsche und Verfügungen kennt, bestimmten medizinischen Behandlungen zuzustimmen oder solche abzulehnen. Diese drei Teile binden den Bevollmächtigten an Ihre Erwartungen und Verfügungen und geben ihm genügend Spielraum für Einzelentscheidungen. Streichen Sie in diesem Formular alle Sätze oder Abschnitte, die Sie nicht verstehen oder die Sie zu kompliziert finden; unterschreiben Sie nichts, was Sie nicht verstehen. **Teil IV** trägt die nötigen Unterschriften.

[2] Machen Sie es sich zur Gewohnheit, Ihre Betreuungsverfügung nach neuen Erfahrungen im Umgang mit Krankheit und Leiden oder etwa alle drei Jahre zu bestätigen und gegebenenfalls zu ändern. - Diese Patientenverfügung kann jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Sie ist **rechtsverbindlich und kann bei Missachtung gerichtlich durchgesetzt werden**. (Bundesgerichtshof NJW 1995:204ff; Kutzer NSStZ 1994:110ff; Uhlenbruck NJW 1996:1583ff; OLG Frankfurt NJW 1998:2747; OLG Frankfurt Az20W419/01; LG München 18.02.1999: Az. 13 T 478/99); vgl. Grundsätze der Bundesärztekammer, DtÄBl 1998, A-2366-2367; Handreichungen für Ärzte, DtÄBl 1999, A-2720-2721; Bundesgerichtshof XII.ZB.2/03 vom 13.3.2003

(b) **geistig dauerhaft so verwirrt bin**, dass ich nicht mehr weiß, wo ich bin, und Familie und Freunde nicht mehr erkenne, oder

(c) **längere Zeit bewusstlos bin** (auch "Wachkoma"), und keine oder nur eine geringe Wahrscheinlichkeit besteht, dass ich das Bewusstsein wiedererlange,

dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern. Sollte eine dieser Situationen eintreten, so bitte ich um menschlichen und pflegerischen Beistand und darum, dass nichts gegen den natürlichen Verlauf des Sterbeprozesses unternommen wird. Ich verlange jedoch ausdrücklich, dass in diesen Situationen alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie ausgeschöpft werden, so dass ich ohne körperliche Schmerzen und seelische Leiden sein kann. Ich wünsche meine letzten Tage und Stunden in einer mir vertrauten Umgebung zu verbringen, sofern das mit guter pflegerischer und medizinischer Versorgung vereinbar ist.

3. Insbesondere treffe ich für den Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, für den oben beschriebenen dauerhaften Verlust meiner geistigen Fähigkeiten oder für eine langanhaltende Bewusstlosigkeit folgende *besondere Verfügungen* [3]:

**(A) Pflege und menschliche Begleitung:**

Ich wünsche menschliche und medizinische Begleitung, insbesondere menschenwürdige Unterbringung und Zuwendung, Stillen von Hunger und Durst, Mund- und Körperpflege.

**(B) Schmerztherapie:** Ich fordere eine **wirksame Behandlung quälender Zustände** wie Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit, Erbrechen, Depression und Schlaflosigkeit,

- auch wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde ⇒ (ja  - nein  )
- auch wenn starke Betäubungsmittel erforderlich sind, durch die ich, vergleichbar einer Narkose, das Bewusstsein verliere: ⇒ (ja  - nein  )
- auch wenn durch die Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird ⇒ (ja  - nein  )

**(C) Wiederbelebung, künstliche Beatmung:** Ich wünsche die **Unterlassung** von Versuchen zur Wiederbelebung und die **Unterlassung** der Einleitung oder der Fortsetzung künstlicher Beatmung

- im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit ⇒ (ja  - nein  )
- wenn ich geistig dauerhaft so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wo ich bin, und Familie und Freunde nicht mehr erkenne ⇒ (ja  - nein  )
- bei langanhaltender Bewusstlosigkeit oder Wachkoma ⇒ (ja  - nein  )

**(D) Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Dialyse:** Ich wünsche die **Unterlassung** künstlicher Ernährung durch eine Sonde oder über die Vene, die **Unterlassung** künstlicher Flüssigkeitszufuhr, außer wenn letztere bei der medikamentösen Behandlung von Schmerzen und Beschwerden hilfreich ist, sowie die **Unterlassung** einer Dialysetherapie (künstliche Niere)

- im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit ⇒ (ja  - nein  )
- wenn ich geistig dauerhaft so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wo ich bin, und Familie und Freunde nicht mehr erkenne ⇒ (ja  - nein  )
- bei langanhaltender Bewusstlosigkeit oder Wachkoma ⇒ (ja  - nein  )

---

[3] Sie sollten diesen Teil Ihrer Verfügung mit einem Arzt Ihres Vertrauens oder einer medizinisch erfahrenen Person beraten. Wenn Sie sich über den möglichen Schaden oder Nutzen von Festlegungen zu Behandlungen oder deren Unterlassung nicht ganz sicher sind, so streichen Sie diesen Abschnitt ganz oder in Teilen oder einzelne Satzteile oder Worte.

**(E) Sonstige Verfügungen und Hinweise [4] :**

Solange kein von mir oder meinem/n Bevollmächtigten akzeptierter und aktualisierter *Medizinischer Behandlungsplan* vorliegt, sollen die in dieser Verfügung festgelegten Forderungen und Wünsche entsprechend in Situationen übertragen werden, die hier nicht angesprochen sind.

**III. Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten**

1. Für den Fall, dass ich aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr besorgen kann, erteile ich hiermit unter Bezugnahme auf § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB dem/der

---

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

---

(Anschrift, Telefon, Fax)

die Vollmacht, mich gegenüber Ärzten, den Angehörigen medizinischer und pflegerischer Berufe, Krankenhäusern, Seniorenheimen und den dort Tätigen als Gesundheitsbevollmächtigter zu vertreten.

2. Sollte der/die von mir benannte Gesundheitsbevollmächtigte erklären, dass er/sie nicht in der Lage oder nicht mehr willens ist, meine Vertretung wahrzunehmen, so erteile ich an seiner/ihrer Stelle eine inhaltsgleiche Vollmacht an

---

(Vorname, Name, Geburtsdatum) (Anschrift, Telefon, Fax)  
ersatzweise

---

(Vorname, Name, Geburtsdatum) (Anschrift, Telefon, Fax)  
ersatzweise

---

(Vorname, Name, Geburtsdatum) (Anschrift, Telefon, Fax)

---

[4] Ihre Patientenverfügung gibt Ärzten und Pflegenden Hinweise für eine individualisierte medizinische und pflegerische Betreuung, auch wenn nicht alle künftigen medizinischen oder pflegerischen Situationen vorausgesehen werden können. Wenn es zu einer akuten Änderung Ihres Zustandes oder Ihres Aufenthaltsortes kommen sollte, so kann der behandelnde Arzt einen aktuellen *Medizinischen Behandlungsplan* gemeinsam mit Ihnen oder der(m) Bevollmächtigten aufstellen, beispielsweise für unerwünschte, aber nicht auszuschließende Komplikationen bei medizinischen Eingriffen oder künftige Komplikationen bei chronischen Erkrankungen. Viele Mitbürger haben gelernt, mit einer chronischen Erkrankung zu leben und kennen deren typischen Verlauf (z.B. unheilbare und metastasierende Krebserkrankung, schwere Herz- und Lungenerkrankung, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, chronisches Nierenversagen mit Dialysepflicht, amyotrophe Lateralsklerose) und möchten vorweg persönliche Verfügungen für deren Behandlung im fortgeschrittenen Stadium treffen.

3. Ich entbinde Ärzte gegenüber meinem/r Gesundheitsbevollmächtigten von der Schweigepflicht und erwarte, dass sie meine/n Gesundheitsbevollmächtigen umfassend aufklären und beraten.

4. Ich erwarte, dass mein Bevollmächtigter sich bei Inanspruchnahme der Vollmacht insoweit mit mir verständigt, als es den Umständen nach möglich ist, und sich an meinen Werten, Wünschen und Verfügungen orientiert, wie ich sie hier niedergelegt habe und wie sie ihm sonst bekannt sind.

5. Die Vollmacht umfasst die Erteilung oder Versagung von Einwilligungen in Untersuchungen, Heilbehandlungen und andere ärztliche Eingriffe und zwar auch dann, wenn (im Sinne von § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB) nicht ausgeschlossen werden kann, dass ich aufgrund der Maßnahme oder ihrer Unterlassung einen schweren oder länger dauernden Schaden erleide oder versterbe.

6. Die Vollmacht umfasst auch Maßnahmen zur Unterbringung und sonstige Maßnahmen im Sinne von § 1906 Abs. 4 BGB, selbst wenn diese zeitweise oder regelmäßig mit einer Einschränkung meiner Freiheit (z.B. Anbringen von Bettgittern und Medikamente zur Ruhigstellung) verbunden wären.

7. Dem/r Gesundheitsbevollmächtigten stehen Aufwendungsersatz (gemäß § 670 BGB) und Aufwandsentschädigung (gemäß §§ 1835, 1835 a BGB) zu.

8. Diese Vollmacht gilt auch für die rechtliche Besorgung meiner Vermögensangelegenheiten und umfasst die Befugnis, Post- und Behördensachen zu erledigen, für mich über meine Einkünfte, Konten und Depots zu verfügen, Kranken- und Pflegeheimkosten zu bezahlen und Verträge abzuschließen [5].  
⇒ (ja  - nein  )

9. Der/Die Bevollmächtigte hat das Recht, im Einzelfall Untervollmacht zu erteilen  
⇒ (ja  - nein  )

10. Sollte trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich werden, so verlange ich, dass die von mir unter 1. bzw. 2. benannte(n) Person(en) rechtlich als Betreuer bestellt wird/werden.

11. Ich verlange, dass Richter, Ärzte, Betreuer und alle, die für mich Verantwortung tragen, sich an meinen Wünschen, Werten und Verfügungen orientieren.

12. Ich bitte darum, folgende Personen nicht zum/r Betreuer/in zu bestellen [6] :

---

---

---

[5] Sie können auch, um Missbrauch vorzubeugen, eine gesonderte Vollmacht für die rechtliche Vertretung in Vermögensangelegenheiten ausstellen und diese durch eine dritte Person (Pfarrer, Anwalt, Arzt, Freund) aufbewahren lassen; diese Person wird die Vollmacht erst herausgeben, wenn sie sich überzeugt hat, dass Sie Ihre Vermögensangelegenheiten nicht mehr selbst regeln können. - Wenn Sie keine Vollmacht (auch nicht in Gesundheitsangelegenheiten) vergeben wollen, dann streichen Sie diesen Teil III insgesamt; falls erforderlich, wird das Gericht einen Betreuer benennen.

[6] Wenn Sie jemanden nicht als Bevollmächtigten wünschen, so muss das nicht mit Misstrauen begründet sein, sondern auch, weil Sie ihn/sie nicht mit dieser Verantwortung belasten möchten.

#### IV. Bestätigung und Unterschrift

Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen und die ausgesprochene Bevollmächtigung. Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls sie nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern. Solange ich jedoch keine Änderungen vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

---

(Ort, Datum, Unterschrift der Verfasserin / des Verfassers)

#### Zustimmung des Gesundheitsbevollmächtigten

Ich kenne den Inhalt dieser Patientenverfügung und bin bereit, im Sinne der Bevollmächtigung tätig zu werden

---

(Ort, Datum, Unterschrift des / der Bevollmächtigten)

#### Bestätigung durch einen Zeugen

Ich bestätige, dass \_\_\_\_\_, Verfasser(in) dieser Patientenverfügung, sie heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und dass ich an ihrer/seiner freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe [7].

---

(Ort, Datum, Unterschrift einer Zeugin / eines Zeugen)

#### Überprüfung und Bestätigung der Patientenverfügung

1. Datum: \_\_\_\_\_, Änderungen: \_\_\_\_\_

---

(Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers) (ggf. Zeuge)

2. Datum: \_\_\_\_\_, Änderungen: \_\_\_\_\_

---

(Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers) (ggf. Zeuge)

Weitere Überprüfungen und Bestätigungen auf der Rückseite vermerken.

---

[7] Die Wirksamkeit einer Patientenverfügung hängt nicht von der Unterschrift eines Zeugen ab. Sollte aber Ihre Entscheidungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Patientenverfügung bestritten werden, ist es wichtig, dass ein unabhängiger Zeuge Ihre Unterschrift und Ihre freie Entscheidung bestätigt hat. Vorzugsweise sind das der Arzt, mit dem Sie die medizinischen Einzelheiten Ihrer Verfügung beraten haben, oder ein Notar; beides kann die Ernsthaftigkeit Ihrer Verfügung unterstreichen. 01/08