

# *Patientenverfügung*

## Hinweise zur Verwendung der Patientenverfügung

Das nachfolgende Muster einer Patientenverfügung wird Ihnen zur Verfügung gestellt, um Ihnen zu ermöglichen, für sich oder einen Angerhörigen eine sichere Regelung für den Fall zu treffen, dass Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihren Willen selbst kundzutun. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, sich zunächst diese Hinweise sorgfältig durchzulesen und sich die Risiken der vorgesehenen Dispositionen bewusst zu machen. Auch eine ausgefüllte Verfügung ersetzt nicht den Rat Ihres Hausarztes. Wir raten Ihnen daher dringend, sich mit diesem in Ruhe zu beraten und diese Verfügung zu besprechen. Diese Verfügung gilt für die Fälle, in denen Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihren Willen zu kommunizieren. Bitte machen Sie sich die Reichweite dieser Dispositionen bewusst. Sinn und Zweck der Patientenverfügung ist es, sicherzustellen, dass Sie auch im Falle einer schweren Erkrankung und in den letzten Stunden Ihres Lebens in der Lage sind, diese letzten Momente selbst zu bestimmen.

Aus unserer Sicht ist es ratsam, nur **einen Bevollmächtigten** einzusetzen, dem Sie uneingeschränkt vertrauen. Wir sind uns bewusst, dass es häufig auf alle volljährigen Kinder lautende Patientenverfügung und Vollmachten gibt, z. B. um alle Kinder gleich zu behandeln und Streit zu vermeiden. Doch bedenken Sie Folgendes: Mehrere Bevollmächtigte müssen einheitlich entscheiden. Bei mehr als zwei Bevollmächtigten ist es fast schon nötig, eine Quotenregelung zu treffen. Bei Uneinigkeit tritt ein, was die Patientenverfügung vermeiden soll: Man trifft sich vor Gericht und Ihrem Willen wird nicht Folge geleistet. Aus diesem Grund unser Rat: Weniger ist in diesem Falle mehr.

Sie sollten eine Patientenverfügung nicht leichtfertig ausfüllen. Überlegen Sie sich gut, wem Sie vertrauen. Sollte der Fall eintreten, dass Sie sich Ihrer Sache nicht mehr sicher sind, widerrufen Sie die Verfügung oder setzen Sie eine neue auf. Rechtlich geht eine neue Verfügung einer alten vor. Die beste Verfügung ist die, die Sie nur einmal ausfüllen! Nehmen Sie sich also die nötige Ruhe und Zeit und überlegen Sie genau, was Sie im Fall der Fälle geregelt wissen wollen. Weiterhin ist es sinnvoll, **vier Ausfertigungen einer Patientenverfügung anzufertigen**. Zwei sollten Sie aufbewahren, eine ist für Ihren Hausarzt und eine weitere für Ihren Bevollmächtigten.

In dem nachfolgenden Muster befinden sich zahlreiche Hinweise auf Passagen, die Sie weglassen oder alternativ verwenden können. Diese sind in eckige Klammern gesetzt [...]. Klauseln oder Sätze in [ ] sind optional und können weggelassen werden, ohne die rechtliche Wirksamkeit der Verfügungen zu beeinträchtigen. Hiervon sollten Sie jedoch nur eingeschränkt Gebrauch machen, denn die Verfügung ist darauf ausgelegt, eine möglichst umfassende Regelung zu treffen. Wenn solche Passagen nicht gelten sollen, müssen Sie diese im Mustertext – möglichst Zeile für Zeile – deutlich durchstreichen. Nicht durchgestrichene Passagen erlangen volle Gültigkeit (vgl. Ziffer VIII.6.). Bei mit „alternativ“ gekennzeichneten Textvarianten in [ ] **müssen** Sie sich unbedingt für eine Alternative entscheiden. Anderenfalls wird die Verfügung [ ] mehrdeutig und insoweit unwirksam. Sie entscheiden sich, indem Sie die nicht gewünschte(n) Alternative(n) auf die zuvor beschriebene Weise streichen. Von Weiteren, nicht von uns vorgesehenen Abweichungen sollten Sie im Interesse der Wirksamkeit Ihrer Patientenverfügung unbedingt absehen.

Sollten Sie beim Lesen und Ausfüllen Fragen haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an die Geschäftsführerin des Fördervereins.

# Patientenverfügung

(Formulierungsvorschlag unter Einbeziehung aktueller Rechtsprechung – Stand: 01.09.2017;  
Klauseln oder Sätze in „[ ]“ sind optional und können weggelassen werden.)

Ich,	(Verfüger /in)	
Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Straße	PLZ/Ort	
Telefon	Mobil	E-Mail

errichte nachfolgende Patientenverfügung, für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

## I. Eingangsformel

- 1** Diese Verfügung bezieht sich auf die Einwilligung in Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe, und zwar auch dann, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB).
- 2** [Die Bevollmächtigten können über den Einsatz neuer, noch nicht zugelassener Medikamente und Behandlungsmethoden entscheiden, ohne dass hierfür eine gesonderte Einwilligung notwendig wird.]
- 3** Die Verfügung umfasst das Recht, in Vollzug einer von mir errichteten Patientenverfügung bestimmte, zum heutigen Zeitpunkt noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe zu untersagen (§ 1901 a BGB) oder zu verlangen, dass lebensverlängernde Maßnahmen unterlassen oder abgebrochen werden sollen.

## II.

### Exemplarische Situationen, in denen die Verfügung gelten soll

#### Anmerkung

Diese Konkretisierungen sind nach den BGH-Beschlüssen vom 06.07.2016 und 08.02.2017 nunmehr unumgänglich, andernfalls genügt die Verfügung in der Regel nicht mehr dem Bestimmtheitsgebot des BGH. Diesen Anforderungen dürfte durch das unten genannte Genüge getan sein. Ohne diese Konkretisierungen ist die Patientenverfügung nach der neusten Rechtsprechung des BGH unwirksam.)

Diese Patientenverfügung soll unter anderem in folgenden exemplarischen Situationen gelten:

- » wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde;
- » wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, sicher tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, aber endgültig aufgrund dieser Erkrankung feststeht;
- » wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung zum Beispiel durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung zum Beispiel 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 äußerst unwahrscheinlich ist;
- » wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeiten auf natürliche Weise zu mir zu nehmen;
- » wenn das Grundleiden mit aussichtsloser Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat oder vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheits- oder Verletzungszustände vorliegen, vor allem Situationen, in denen ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins im Koma liege;

#### Anmerkung

Einzelfallbezogene zusätzliche pathologische Zustände ggf. ergänzen, sonst die unausgefüllten Felder am Ende der Aufzählung bitte streichen oder anderweitig entwerfen.

» wenn

» wenn

» wenn

» wenn

- 1** Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.
- 2** Ich stelle ausdrücklich klar, dass diese Patientenverfügung auch in den Situationen gilt, in denen ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins im Wachkoma liege.
- 3** Weiterhin stelle ich klar, dass diese Verfügung nicht für Fälle körperlicher Ausfälle wie Querschnittslähmungen gelten soll, soweit Hirn- und Bewusstseinsfunktionen intakt sind.  
Mir ist bewusst, dass eine aktive Sterbehilfe nach dem Willen des Gesetzgebers unter Strafe steht und ich eine solche, auch im Falle einer Gesetzesänderung, nicht wünsche.
- 4** Wenn einer der benannten oder diesem ähnliche Fälle eintreten, dann will ich ausschließlich nach palliativmedizinischen Regeln behandelt werden.

### III. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

#### Anmerkung

Nötig zur Abgrenzung im Hinblick auf Sterbehilfe durch Behandlungsabbruch

- 1** In allen unter Ziffer II. genannten Punkten wünsche ich lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls und lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die damit einhergehende Möglichkeit einer Verkürzung meines Lebens ist mir bewusst und ich nehme diese Gefahr ausdrücklich in Kauf.
- 2** Weiterhin wünsche ich in den vorstehend unter Ziffer II. beschriebenen Situationen, insbesondere auch in den Fällen, in denen der Tod noch nicht unmittelbar bevorsteht, zu sterben und verlange:
  - » Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen (z. B.: maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen) zu unterlassen bzw. zu beenden,
  - » von Wiederbelebungsmaßnahmen abzusehen,
  - » mich nicht künstlich zu ernähren (weder über Magensonde, durch Mund, Nase, Bauchdecke oder Vene),
  - » keine Flüssigkeitsgabe außer zur Beschwerdelinderung).
- 3** [Alternativ: Mit der Entnahme von Organen zu Transplantations- und/oder Forschungszwecken nach meinem Ableben bin ich nicht einverstanden.]  
  
[Alternativ: Mit der Entnahme von Organen zu Transplantationszwecken nach meinem Ableben bin ich einverstanden. Komme ich nach fachärztlicher Beurteilung bei einem sich klar abzeichnenden Gehirntod als Organspender in Betracht und müssen diesbezüglich ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden (z. B. eine kurzzeitige künstliche Beatmung), die ich vorstehend ausgeschlossen habe, dann geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende dem oben Gezeichneten vor.]  
  
[Alternativ: Ich besitze einen Organspendeausweis.]
- 4** Soweit ich auf weitere ärztliche Maßnahmen verzichte, schließt dieser Verzicht ausdrücklich den Verzicht auf eine entsprechende weitere Aufklärung mit ein.

- 5 Die Bevollmächtigten sind beauftragt und ermächtigt, meinen hier geäußerten Wünschen und getroffenen Entscheidungen Geltung zu verschaffen. Auch ein eventuell bestellter Betreuer ist an diese Weisungen gebunden.
- 6 Ich habe diese Patientenverfügung in Ausübung meines Selbstbestimmungsrechts nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Ich wünsche ausdrücklich nicht, dass mir in der konkreten Situation eine mögliche Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich diese Patientenverfügung nicht ausdrücklich schriftlich oder nachweisbar mündlich widerrufen habe.

#### IV. Verbindlichkeit der Aussagen zur Auslegung, Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

##### Anmerkung

Durch Hinzufügen dieser Passage wird zum Ausdruck gebracht, dass jegliche Reichweite durch den Patienten bedacht wurde und eine aktive Auseinandersetzung mit den Konsequenzen der Verfügungen stattgefunden hat. Weiterhin wird gewährleistet, dass selbst im Falle einer Unwirksamkeit der Wille des Patienten eindeutig zum Ausdruck kommt.

- 1 Ich erwarte, dass dem in meiner Patientenverfügung geäußerten Willen zu bestimmten pflegerischen wie auch ärztlichen Maßnahmen von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungspersonal Folge geleistet wird. Mein Bevollmächtigter/Betreuer soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.
- 2 Sollte ein Arzt oder das Pflegepersonal nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische/pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Bevollmächtigten/Betreuer erwarte ich, dass er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

- 3 In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln. Die Maßnahmen sind zwischen dem behandelnden Arzt und meinem Bevollmächtigtem/Betreuer zu erörtern. Für die Ermittlung meines mutmaßlichen Willens soll auch diese Patientenverfügung als Leitfaden maßgeblich sein.
- 4 Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901b Abs. 2 BGB erforderlich sein, wünsche ich, dass folgenden Personen zur Feststellung meines Willens Gelegenheit zur Äußerung gegeben wird, sofern dies ohne erheblichen Verzug möglich ist:

Folgende Personen sollen keine Gelegenheit zur Äußerung erhalten:

- 5 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/das Pflegepersonal/mein Bevollmächtigter/Betreuer auf Grund 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 zwischen dem behandelnden Arzt und meinem Betreuer/Bevollmächtigten unter Anhörung der zuvor in Absatz (4) genannten Personen zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

## V.

### Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

[**Alternativ:** Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten errichtet und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person(en) besprochen:

### Bevollmächtigte(r):

(Gibt es nur einen Bevollmächtigten, bitte die Felder in (B) durch Füllstriche entwerthen.)

A		
Name	Vorname	
Straße	PLZ/Ort	
Telefon	Mobil	E-Mail

B		
Name	Vorname	
Straße	PLZ/Ort	
Telefon	Mobil	E-Mail

[**Alternativ:** Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung zur Auswahl des Betreuers erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit dem von mir gewünschten Betreuer besprochen.]

### Betreuer:

Name		
		Vorname
Straße		PLZ/Ort
Telefon	Mobil	E-Mail

### [VI. Interpretationshilfen]

[Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich im Anhang eine persönliche Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen beigelegt.]



## VII. Schlussbemerkungen

- 1 Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- 2 Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- 3 Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- 4 Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.
- 5 Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.
- 6 Bestimmungen in eckigen Klammern [ ], die von mir im obigen Text nicht gestrichen wurden, sollen uneingeschränkt gelten.

## VIII. Information /Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert und beraten lassen durch:

Name	
Straße	PLZ/Ort
Telefon	
Ort, Datum	Unterschrift

## IX. Ärztliche Aufklärung / Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau

wurde von mir am

Ort, Datum

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift des Verfügenden

### Anmerkung

1. Klauseln oder Sätze in [ ] sind optional und können weggelassen werden, ohne die rechtliche Wirksamkeit der Verfügungen zu beeinträchtigen.
2. Einzelne Verfügungen und an den Betreuer erteilte Befugnisse können in beiden Willenserklärungen (Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht(en)) weggelassen werden. In der Patientenverfügung sollte von diesem Wahlrecht aber nur sehr eingeschränkt an den dafür in diesem Muster durch Vorgabe von Alternativen in [ ] gekennzeichneten Passagen Gebrauch gemacht werden, um den Anforderungen des BGH an die ausreichende Bestimmtheit Rechnung zu tragen und keine Zweifel an der Wirksamkeit der Verfügung aufkommen zu lassen.