

# Vorbemerkung

Liebe Patienten,

seinen Willen für eine Zeit nieder zu schreiben, in der die Grenze zwischen Leben und Sterben verwischt, ist sicherlich eine der schwierigsten Aufgaben, vor die man sich stellt. Jedoch ist es die einzige Möglichkeit die eigenen höchstpersönlichen Wünsche und Werte auch für den Zustand der Willenslosigkeit bewahrt zu wissen.

Deshalb habe ich Ihnen nach Sichtung von und Zusammenstellung von den verschiedensten Patiententestamenten **Musterverfügungen** erstellt, in die ich meine Erfahrungen und Kenntnisse aus meiner Zeit als Arzt auf der Intensivstation sowie aus meinem Jurastudium einfließen ließ.

Diese Verfügungen entsprechen meinen ganz persönlichen Vorstellungen. So sind diese Verfügungen auch ausschließlich als Anhalt und Hilfe zu verstehen. Sie können für jeden Menschen völlig anders aussehen. Jedoch sind inhaltliche Punkte vorgegeben, die in jede Patientenverfügung gehören.

Feste Formvorschriften außer die der Schriftform gibt es nicht. Selbst hinsetzen und - handschriftlich - schreiben. Es können auch 20 Seiten werden, sogar in krakeliger Schrift. Hauptsache Sie legen deutlich dar, was sie wirklich wollen, wünschen und sich erhoffen.

Dr.med.Thomas Stolz

## In Kurzform: Welche Punkte Sie regeln sollten

Ist einer Patientenverfügung, bekannt auch als Patiententestament, können Sie klar festlegen, was Sie in in welcher Situation wollen oder was unterbleiben muß

1. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, Ihren Angehörigen, Freunden und vielleicht einem Anwalt oder Notar.
2. Schreiben Sie Ihren Willen per Hand auf.
3. Notarielle Beglaubigung oder Unterschrift von Zeugen unter dieses Schreiben.
4. Unterschreiben Sie dieses Schreiben jährlich einmal und versehen es mit dem Vermerk: "Dieses gilt weiter..." und dem jeweiligen Datum.
5. Hinterlegen Sie eine Kopie Ihrer Dokumente.
6. Bewahren Sie einen Hinweis auf Ihr Patiententestament bei sich auf , etwa in Ihrer Briefftasche.
7. Informieren Sie Angehörige, Hausarzt und Freunde, daß Sie ein Patiententestament verfaßt haben und Vollmachten für Betreuer ausgestellt haben.
8. Bestellen Sie mit einer Vollmacht einen Betreuer und einen ergänzenden Betreuer für den Fall, daß Sie selbst Ihren Willen nicht mehr äußern können.
9. Bestellen Sie mit einer Vorsorgevollmacht einen Bevollmächtigten, der Ihren Willen kennt.

Weitere Informationen finden Sie in den Anmerkungen zu den jetzt folgenden Verfügungen

# Patientenverfügung (-testament) <sup>1,6</sup>

---

Vorname und Name

---

Geburtsdatum und Wohnort

## I. Meine Werte, Wünsche und Hoffnungen <sup>2</sup>

Alles Leben, auch mein 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 sollen der/die benannte Bevollmächtigte, die mich betreuenden Ärzte, Pflegenden und nächste Angehörige meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen.

Sie sollen sich an diesen Werten und Verfügungen orientieren und nicht an dem, 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 würden.

Vor allem wünsche ich, daß natürliche Vorgänge von Sterbeprozessen und unheilbaren, zum Tode führenden Krankheiten im Endstadium akzeptiert und höher gewertet werden als die technischen Möglichkeiten einer zeitlichen Verlängerung meines Lebens.

## II. Verfügungen für medizinische Versorgung und Beistand <sup>3</sup>

**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 erhält.

Ich wünsche auch mit neuen Methoden und Medikamenten behandelt zu werden, die sich noch in der klinischen Erprobung befinden (ja / nein).

Ich akzeptiere auch fremde Gewebe und Organe (ja / nein).

### **2. Wenn ich mich aber**

im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde,

wenn ich geistig sehr verwirrt bin, daß ich nicht mehr weiß, wer ich bin und wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne, oder

wenn ich längere Zeit bewußtlos bin, oder

wenn ich an unerträglichen Schmerzen leide,

dann verlange ich, daß alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern. Sollte eine dieser Situationen eintreten, so bitte ich um mitmenschlichen und pflegerischen Beistand und darum, daß nichts gegen den Lauf der Natur des Sterbeprozesses und das Verlöschen meines Lebens unternommen wird. Gleichzeitig bitte ich aber, alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie auszuschöpfen und dafür zu sorgen, daß ich ohne körperliche und seelische Schmerzen und Leiden bin.

Wenn möglich, möchte ich in einer mir vertrauten Umgebung meine letzten Tage und Stunden verbringen.<sup>1</sup>

**3. Insbesondere treffe ich folgende Verfügungen:<sup>3</sup>****A) Begleitsymptome/Schmerztherapie<sup>3</sup>:**

Ich wünsche eine wirksame Behandlung quälender und unangenehmer Zustände wie Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit und Erbrechen (ja / nein),

(a) auch wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde (ja / nein),

(b) auch wenn starke Betäubungsmittel erforderlich sind, durch die ich, vergleichbar einer Narkose, das Bewußtsein verliere (ja / nein),

(c) auch wenn durch die Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird (ja / nein).<sup>3</sup>

**B) Künstliche Beatmung und Ernährung<sup>3</sup>:**

Ich wünsche, daß künstliche Beatmung und Ernährung begonnen oder fortgesetzt werden und mir Antibiotika bei Begleitinfekten verabreicht werden (ja / nein), auch wenn ich

(a) bei maximaler Schmerztherapie an unerträglichen Schmerzen leide (ja / nein),

(b) mit großer Wahrscheinlichkeit dauerhaft geistig so verwirrt bin, daß ich nicht mehr weiß, wer ich bin und wo ich bin und Freunde und Familie nicht mehr erkenne (ja / nein),

(c) länger als ein halbes Jahr bewußtlos bin (ja / nein).

**C) Wiederbelebung<sup>3</sup>:**

Wenn mein Herz zum Stillstand kommt, dann wünsche ich Maßnahmen zur Wiederbelebung (ja / nein),

(a) auch wenn ich an einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit im Endstadium leide (ja / nein)

(b) auch wenn ich mit großer Wahrscheinlichkeit dauerhaft geistig so sehr verwirrt bin, daß ich nicht mehr weiß, wer ich bin und wo ich bin und Freunde und Familie nicht mehr erkenne (ja / nein)

(c) wenn mit großer Wahrscheinlichkeit dauerhafte Schädigungen des Gehirns, völlige Hilflosigkeit und Unfähigkeit zur Kommunikation zu befürchten sind (ja / nein).

**(D) Sonstige Verfügungen und Hinweise<sup>4</sup>:****E) Verfügungen, die über meinen Tod hinausgehen:**

(a) Ich bin mit einer Obduktion zur Befundklärung einverstanden (ja / nein).

(b) Ich bin mit einer Organentnahme zum Zweck der Transplantation einverstanden / nicht einverstanden / einverstanden mit Ausnahme folgender Organe:

Diese Verfügung gebe ich im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte ab.  
Ich beabsichtige diese Verfügung von Zeit zu Zeit zu überprüfen, und falls sie nicht mehr meinen Wünschen und Werten entspricht abzuändern. Solange ich jedoch keine Änderung vorgenommen habe, ist dieses der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des Verfügenden

Ich/Wir bestätige(n) mit meiner/unsere(r) Unterschrift, daß Herr/Frau \_\_\_\_\_

Diese Patientenverfügung im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte abgegeben hat.

1)

---

Vor- und Nachname des Zeugen

---

Geburtsdatum

---

Wohnort

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des Zeugen

2)

---

Vor- und Nachname des 2. Zeugen

---

Geburtsdatum

---

Wohnort

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des 2. Zeugen

# Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

---

Vorname und Name

---

Geburtsdatum und Wohnort

1. Hiermit bevollmächtige ich gemäß den §§ 1896 II 2, 185, 164ff; 1904 II; 1906 V des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) hiermit als meine(n) gesetzlichen Vertreter

---

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

---

(Anschrift)

---

(Telefon, Handy, Fax; Email)

2. Ich erwarte, dass der/die Bevollmächtigte im Fall, dass ich aufgrund körperlicher oder geistiger Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann, als Bevollmächtigte(r) meine Interessen wahrnimmt und sich an meinen Werten, Wünschen und Verfügungen zu orientieren. Ich entbinde Ärzte gegenüber meinem(r) Bevollmächtigtem(n) von der Schweigepflicht.

3. Diese Vollmacht umfasst Einwilligungen und Verweigerungen medizinischer Untersuchungen und Behandlungen und ärztlicher Eingriffe<sup>5</sup>, sowie Entscheidungen über den Aufenthaltsort und die Unterbringung in einem Alten- oder Pflegeheim und damit verbundene Maßnahmen<sup>5</sup>.

4. Diese Vollmacht gilt auch für meine Vertretung in vermögensrechtlichen Angelegenheiten und schließt beispielsweise die Befugnis ein, über meine Konten zu verfügen, Krankenhaus- und Pflegeheimkosten zu bezahlen, Verträge in meinem Namen abzuschließen und Grundstücksangelegenheiten zu regeln (ja / nein)<sup>7</sup>.

5. Sollte der/die von mir oben benannte Bevollmächtigte nicht in der Lage oder nicht mehr willens sein, die Vollmacht zu übernehmen, so benenne ich in der folgenden Reihenfolge als Bevollmächtigte

1. \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

---

(Anschrift)

---

(Telefon, Handy, Fax; Email)

2. \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Telefon, Handy, Fax; Email)

Der Bevollmächtigte hat das Recht, im Einzelfall Untervollmacht zu erteilen.

6. Wenn es schwierig sein sollte, meine hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen zu verstehen und wenn es deshalb zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Medizinern, Pflegenden, Betreuern oder Familienangehörigen kommt, dann soll die letzte Entscheidung bei dem/der von mir in dieser Vorsorgevollmacht Bevollmächtigten liegen.

7. Sollte diese Vollmacht ganz oder teilweise von einem Gericht als rechtsungültig erklärt werden, so verlange ich, daß das Vormundschaftsgericht die hier von mir benannte(n) Person(en) als meine(n) gesetzliche(n) Vertreter oder Betreuer einsetzt. Ich verlange auch, daß sich das Vormundschaftsgericht und der gesetzliche Vertreter sich bei allen Entscheidungen an meinen Wünschen, Werten und Verfügungen orientieren.

#### 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 Änderung vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.<sup>6</sup>

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

#### Zustimmung der/des Bevollmächtigten

Ich kenne den Inhalt dieser Betreuungsverfügung und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Bevollmächtigten

**Bestätigung durch einen Zeugen <sup>7</sup>**

Ich bestätige, daß \_\_\_\_\_, Verfasser(in) dieser Betreuungsverfügung, diese heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und daß ich an seiner/ihrer Fähigkeit zu einer freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

---

Datum	Unterschrift	Anschrift des Zeugen
-------	--------------	----------------------

**Überprüfung und Bestätigung der Betreuungsverfügung <sup>8</sup>**

1. Datum der Überprüfung \_\_\_\_\_

Änderungen:

---

---

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

1. Datum der Überprüfung \_\_\_\_\_

Änderungen:

---

---

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

Ärzte, Bevollmächtigte und Betreuer müssen sich am Patientenwillen orientieren (Bundesgerichtshof NJW 1995:204ff; Kutzer NStZ 1994:110ff; Uhlenbruck 1996:1583ff; OLG Frankfurt/Main 15.7.98: Az: 20 W 224/98; LGMünchen 18.02.1999: Az: 13 T 478/99); Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DtÄBI 1998, A-2366-2367; Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, DtÄBI 1999, A-2720-2721.

## Anmerkungen:

- 1) Die Patientenverfügung besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil informieren Sie über Ihre allgemeine Einstellung zu Leben und Tod, Werden und Vergehen. Im zweiten Teil äußern Sie sich zu medizinischer Versorgung und Pflege für den Betreuungsfall, insbesondere auch zur Schmerzbehandlung, Wiederbelebung, künstlicher Ernährung und Beatmung sowie der Behandlung chronischer Krankheiten im Endstadium.  
In der Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung bevollmächtigen Sie eine Person Ihres Vertrauens, die Ihre Wünsche und Verfügungen kennt, bestimmten medizinischen Behandlungen zuzustimmen oder solche abzulehnen. Durch beide Verfügungen Die drei Teile binden den Bevollmächtigten an Ihre Erwartungen und Verfügungen und geben ihm Entscheidungsspielraum für sonstige Entscheidungen. Streichen Sie in diesem Formular alle Sätze und Abschnitte, die Sie nicht verstehen oder die Sie zu kompliziert finden; unterschreiben Sie nichts, was Sie nicht verstehen.
- 2) Wenn Sie es für erforderlich halten, sollten Sie handschriftlich weitere Werte, Erwartungen und Forderungen in die Verfügungen einfügen und unterschreiben bzw. auf einem angefügten und ebenfalls unterschriebenen Blatt nennen, die bei Ihrer medizinischen Betreuung und Versorgung handlungsleitend sein sollen.
- 3) Sie sollten diesen Teil Ihrer Patientenverfügung nur ausfüllen, wenn Sie ihn vorher mit einem Arzt Ihres Vertrauens ausführlich diskutiert haben. Wenn Sie sich über den möglichen Nutzen oder Schaden von Festlegungen bei den Einzelbestimmungen im Abschnitt 3 dieses Teils nicht ganz sicher sind, so streichen Sie diesen Abschnitt einfach.
- 4) An dieser Stelle sollten Sie Hinweise und Verfügungen eintragen, die Ihnen sonst noch wichtig sind, beispielsweise bestehende Krankheiten betreffend. Viele Mitbürger haben gelernt, mit einer chronischen Erkrankung zu leben. Sie 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 können davon ausgehen, daß diese auch im Endstadium und bei zusätzlichen Komplikationen wie bisher behandelt wird.  
Wenn Sie davon überzeugt sind, daß eine solche routinemäßige Fortsetzung der Behandlung nicht Ihren Werten, Wünschen und Hoffnungen entspricht, dann sollten Sie hier den Abbruch der Behandlung verfügen.
- 5) Die Vollmacht zu ärztlichen Untersuchungen und Eingriffen umfaßt sowohl die Einwilligung als auch die Ablehnung invasiver Diagnostik, intensivmedizinischer und chirurgischer Behandlung, auch in Fällen, in denen eine Behandlung das Lebensende verzögern würde. Die Vollmacht für die Aufenthaltsbestimmung umfaßt, soweit erforderlich, die Zustimmung zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Bei bestimmten Maßnahmen muß das zuständige Amtsgericht entsprechend § 1904 II, § 1906 V BGB entscheiden.
- 6) Damit im Notfall Existenz und Inhalt der Betreuungsverfügung bekannt sind, geben Sie Kopien an Ihren Bevollmächtigten, an Ärzte und Geistliche Ihres Vertrauens und, sofern Sie betreut wohnen, auch der Leitung des Hauses. Tragen Sie eine Karte mit dem Hinweis auf diese Betreuungsverfügung zusammen mit Ihren Ausweispapieren stets mit sich !
- 7) Die Wirksamkeit einer Betreuungsverfügung hängt nicht von der Unterschrift von Zeugen ab. Sollte aber Ihre Entscheidungsfähigkeit im Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Betreuungsverfügung bestritten werden, ist es besser, daß auch ein unabhängiger Zeuge Ihre Unterschrift und ihre freie Entscheidung bestätigt hat. Dieser Zeuge wäre vorzugsweise ein Arzt, mit dem Sie die medizinischen Einzelheiten Ihrer Verfügung beraten haben, oder ein Notar, aber nicht der Bevollmächtigte. Wenn die Vollmacht auch für Grundstücksgeschäfte gelten soll, ist eine notarielle Beurkundung erforderlich.
- 8) Machen Sie es sich zur Gewohnheit, Ihre Betreuungsverfügung mindestens jährlich zu überprüfen und neu zu unterzeichnen.  
Von jedem neu bestätigten und abermals unterschriebenen Exemplar sollten Sie Ihrem Bevollmächtigten und, sofern Sie betreut wohnen, der Leitung des Hauses eine Kopie geben. Bitte beraten Sie den Inhalt dieser Verfügung ausführlich mit dem von Ihnen Bevollmächtigten.