

Patientenverfügung

1. Personalien

N.N., geb.am , **wohhaft.....**

II. Vorinformation

Nachfolgende Erklärungen gebe ich nicht nur im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und bei voller Entscheidungsfähigkeit ab, sondern nach sorgfältiger Information zugleich in voller Kenntnis von Inhalt und Tragweite meines hier geäußerten Willens:

Das Leben ist für mich von hohem Wert. Es gibt aber Situationen, in denen das Leben nur noch ein Martyrium bzw. eine Folter darstellt und der Tod die ersehnte Erlösung von einem für mich unerträglichen Leiden bedeuten würde. In einem solchen Fall möchte ich selbst **entscheiden** dürfen, ob mein Leben mit den Mitteln der modernen Apparatemedizin künstlich aufrechterhalten und mein Leiden verlängert wird oder ob dem Krankheits- bzw. Sterbevorgang sein natürlicher Verlauf gelassen wird.

Über **Lebenmüssen** und **Sterbendürfen** entscheiden meine **eigenen Wertvorstellungen**, nicht dagegen die der Ärzte, Angehörigen oder sonstiger Personen. Auch ein etwa von mir Bevollmächtigter hat sich bei seinen Entscheidungen, die er für mich in Gesundheitsangelegenheiten trifft, an meinen Wertvorstellungen zu orientieren und nicht daran, was medizinisch und technisch machbar ist.

Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige sowie sonstige mir **nahestehende Personen** sollen sich nicht danach richten, was sie selbst oder andere Menschen in einer solchen Situation wünschen würden, sondern sich ausschließlich an meinen in diesem Patiententestament niedergelegten Willen halten, gleichgültig, ob sie diesen vernünftig und medizinisch vertretbar finden oder nicht.

Ich bitte **natürlichen Vorgängen eines Sterbeprozesses** und unheilbaren zum Tode führenden Erkrankungen absoluten Vorrang einzuräumen gegenüber den technischen Möglichkeiten einer zeitlich begrenzten Lebensverlängerung. Ich schätze die Lebensqualität in jedem Fall höher ein als die Lebensquantität, zumal wenn letztere mit Schmerzen, Qualen oder dauernder Bewusstlosigkeit verbunden ist. Ich möchte nach Möglichkeit meine letzten Wochen, Tage oder Stunden in einer mir vertrauten Umgebung verbringen. Von lebensverlängernden und lebenserhaltenden Maßnahmen bitte ich nicht nur im Endstadium einer tödlich verlaufenden Erkrankung Abstand zu nehmen, sondern auch dann, wenn ich geistig so verwirrt sein sollte, dass ich meine Umgebung nicht mehr erkenne oder wenn ich **längere Zeit ohne Bewusstsein** bin oder an **unerträglichen Schmerzen** leiden sollte, die auch mit den Mitteln moderner Schmerztherapie nicht beseitigt werden können. Ich bin mir bewusst, dass ich bei **Einstellung der künstlichen Ernährung oder der Flüssigkeitszufuhr** verhungere oder verdurste. Diese Folge nehme ich für den Fall längerer Bewusstlosigkeit bzw. „Wachkoma“ ausdrücklich in Kauf.

III. Anweisung an meine Ärzte

1. Ich weiß, dass ich weder meinen Ärzten noch dem Pflegepersonal eine strafbare aktive Tötung zumuten kann, wenn mein Zustand nach allgemeiner Erfahrung die Wiederkehr der zwischenmenschlichen Kommunikation und das Wiedererstarken des Lebenswillens nicht erwarten lässt.

Hat mein Leiden oder haben meine Verletzungen mit infauster (hoffnungsloser) Prognose aber einen **irreversiblen Verlauf** genommen, ich mich also aller Wahrscheinlichkeit nach

unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist oder 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 oder ist mein Zustand derart ist, dass ich kein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung mehr führen kann, wie z. B. bei schweren Hirnschäden oder bei länger andauerndem Wachkoma, so verlange ich den **Verzicht** auf weitere ärztliche **Behandlung, Eingriffe** und **lebenserhaltende Maßnahmen**, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung 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. Ich 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. Dieser Verzicht schließt insbesondere die Durchführung von Wiederbelebensmaßnahmen, Bluttransfusionen und Verabreichung von Blutbestandteilen, künstlicher Ernährung und Beatmung, Dialysen und Gabe von Medikamenten wie Antibiotika ein.

Sollten solche Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein, bestehe ich auf dem **Abbruch** dieser Maßnahmen. Mit einer **Intensivtherapie** bin ich nur einverstanden, wenn diese der **Leidensminderung** dient. Maßnahmen der **Wiederbelebung** verweigere ich auch dann, wenn im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit, bei dauernder Verwirrung oder Desorientiertheit sowie bei voraussichtlich dauerhafter Schädigung des Gehirns mit der Folge einer Hilflosigkeit und Kommunikationsunfähigkeit bei mir ein Herzstillstand oder Bewusstseinsverlust eintritt.

Ich wünsche also, dass 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 wünsche allerdings im Rahmen der medizinischen Möglichkeiten eine fachgerechte Schmerzbehandlung, wobei bewusstseinsverändernde Methoden nur dann anzuwenden sind, wenn andere Therapien nicht mehr ausreichend sind. Insoweit bin ich mir der Möglichkeit eines vorzeitigen Todeseintritts bewusst.

2. Meine behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal bitte ich, ihre Bemühungen auf die **Hilfe beim Sterben**, also auf eine **Linderung von Beschwerden** bei gleichzeitigem **Verzicht auf lebensverlängernde** Maßnahmen zu beschränken. Hierunter verstehe ich nicht nur eine meinen menschlichen Grundbedürfnissen entsprechende ärztliche Betreuung, Unterbringung und Pflege, sondern auch die optimale Behandlung von Schmerz, Atemnot, Depression, Übelkeit und Erbrechen, Angst und Unruhe.

Ich bin mir dabei bewusst, dass bei manchen zum Tode führenden Erkrankungen die notwendige Leidensminderung so stark im Vordergrund stehen kann, dass zugleich die **Möglichkeit** einer **Lebensverkürzung** als ungewollte Nebenwirkung eintritt. Auch diese rechtlich wie theologisch zulässige „indirekte Sterbehilfe“ wird von **mir** in Kauf genommen und soll für Ärzte und Pflegepersonal keine rechtlichen Folgen haben.

3. Ich bin mir darüber im Klaren, dass auch bei einer **Bewusstlosigkeit („Wachkoma“)**, die länger als 6 Monate andauert, die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass ich irgendwann - mit oder ohne zerebrale Dauerschäden- aufwache. Ich möchte aber - nicht zuletzt auch angesichts meines Alters - trotzdem nicht künstlich am Leben gehalten werden, wie z. B. durch eine Magenfistel, Nasensonde oder parenterale Ernährung über die Vene. Ich erwarte, dass meine **Ärzte** in einem solchen Fall auf die **Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen verzichten**, wie z. B. auf die Anwendung von Antibiotika. Dabei bin ich mir bewusst, dass zu den lebenserhaltenden Maßnahmen insbesondere die künstliche Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse gehören. Diese Maßnahmen sollen nur zulässig sein, wenn es zur Leidensminderung, vor allem Schmerzlinderung, unbedingt notwendig ist.

4. Die **Prognose**, ob mein Zustand oder meine Krankheit zum Tode führen und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen oder Qualen bereiten wird, sollte von zwei **Ärzten** getroffen werden.

5. Zur eigenen Absicherung sei meinen Ärzten empfohlen, diese Patientenverfügung **zu den Krankenunterlagen** zu nehmen und im Krankenblatt zu vermerken, dass eine Intensivtherapie, ein Eingriff, eine Behandlung oder Reanimation angesichts des Befundes nur noch einer sinnlosen Sterbensverlängerung gedient hätte. Ärzte, die vorstehenden Anordnungen Folge leisten, handeln im Sinne des geltenden Rechts.

6. Für den Fall des Hirntodes bin ich mit der **Entnahme von Organen** einverstanden. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich sicher abzeichnendem Gehirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür kurzfristig zur Erhaltung der Lebensfunktionen ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden oder aufrecht erhalten bleiben, dann geht meine Bereitschaft zur Organspende bis dahin vor.

7. Befinde ich mich in der oben genannten Situation, ist es mein Wunsch, zu Hause zu sterben und den Beistand eines katholischen Geistlichen zu erhalten.

8. Befinde ich mich in einer Lebenssituation, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt ist, ist mein mutmaßlicher Wille auf der Grundlage dieser Patientenverfügung unter Mitwirkung der von mir hier benannten Bevollmächtigten zu ermitteln.

2. Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass irgendwelche rechtlichen Bedenken hinsichtlich der Verbindlichkeit des Patiententestaments bestehen, ordne ich Folgendes an: Sollte ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können (fehlende Geschäftsfähigkeit) oder in meinen natürlichen Einsichts- und Steuerungsfähigkeiten derart beeinträchtigt sein, dass ich nicht mehr imstande bin, die Tragweite ärztlicher Maßnahmen, Diagnose, Dringlichkeit, Heilungschancen und Risiken einzuschätzen und mein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheits- und Vermögensangelegenheiten wirksam auszuüben, **bevollmächtige** ich

N.N., geb.am , **wohnhaft.....**

mich in allen **Vermögens- und persönlichen Angelegenheiten** zu vertreten und **Entscheidungen** über die Durchführung oder Ablehnung **ärztlicher Behandlungen** und **Eingriffe** für mich und an meiner Stelle zu treffen. Durch diese Vollmacht soll die Anordnung einer Betreuung durch das Vormundschaftsgericht vermieden werden.

Sollte trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich werden, so verlange ich, dass die hier von mir benannte(n) Person(en) rechtlich als Betreuer bestellt wird. Ich verlange, dass Richter, Ärzte, Betreuer und alle, die für mich Verantwortung tragen, sich an meinen Wünschen, Werten und Verfügungen orientieren.

Sollte die von mir vorstehend bezeichnete Person an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein oder eine derartige Verantwortung nicht übernehmen können, so bestimme ich an deren Stelle zum **Ersatzbevollmächtigten**:

N.N., geb.am , **wohnhaft.....**

Die Vollmacht wird mit der Unterzeichnung durch mich wirksam. Der Bevollmächtigte ist aber nur zu meiner Vertretung berechtigt, wenn ich geschäftsunfähig geworden bzw. außerstande bin, mein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten auszuüben. Gegenüber Ärzten und dem Pflegepersonal genügt es, wenn diese meine Entscheidungsunfähigkeit bejahen. Für die Vertretung in Vermögensangelegenheiten muss die Geschäftsunfähigkeit von einem Arzt schriftlich bestätigt werden.

Die von mir benannten Ersatzbevollmächtigten sollen einstimmig entscheiden. In dringenden Fällen und wenn eine der von mir benannten Personen nicht erreichbar ist, kann auch durch eine andere dieser Person eine Entscheidung getroffen werden. Den von mir benannten Personen räume ich das Recht ein, durch einstimmige Entscheidung das Entscheidungsrecht auf eine der genannten Personen alleine zu übertragen.

Die Bevollmächtigten unterliegen nicht den gesetzlichen Beschränkungen eines vom Gericht eingesetzten Betreuers. Eventuelle gerichtliche Genehmigungsvorbehalte sollen für sie nicht gelten. Sind einzelne Rechtsgeschäfte oder Rechtshandlungen bzw. Erklärungen von dieser Vollmacht nicht erfasst, bleibt die Vollmacht im Übrigen bestehen, selbst wenn für die nicht durch Vollmacht gedeckten Handlungen oder Erklärungen ein Betreuer bestellt wird.

Diese **Vollmacht** umfasst insbesondere folgende **Maßnahmen**:

1. Bereich der gesundheitlichen Fürsorge und des Selbstbestimmungsrechts

- **Die Aufenthaltsbestimmung, vor allem** die Entscheidung über die Unterbringung in einem Pflegeheim **oder Hospiz, in einer geschlossenen Anstalt, die** Aufnahme in ein Krankenhaus oder eine ähnliche Einrichtung;

- die Entscheidung über **freiheitsentziehende oder unterbringungsähnliche Maßnahmen**, wie z.B. das Anbringen von Bettgittern, das Fixieren mit einem Gurt oder anderen mechanischen Vorrichtungen sowie die Verabreichung sedierender oder betäubender Medikamente;
- die Entscheidung über die Verabreichung von **Medikamenten**, wie z. B. Zytostatika, die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen und Folgen haben oder haben können;
- die **Zustimmung oder Ablehnung von ärztlichen Untersuchungen, Behandlungen oder Eingriffen**, gleichgültig, ob es sich um lebensgefährliche Maßnahmen handelt oder nicht. Dies gilt auch für Maßnahmen der Intensivtherapie;
- die Entscheidung darüber, ob bei einem voraussichtlich länger andauernden Zustand der **Bewusstlosigkeit** („Wachkoma“) eine **künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr** eingeleitet oder abgebrochen wird;
- die Entscheidung über einen **Behandlungsabbruch** oder die **Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen**, wenn das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat oder ich mich in einem Zustand befinde, in dem ein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung nicht mehr möglich ist. Zu den lebenserhaltenden Maßnahmen gehören insbesondere künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse;
- die Entscheidung darüber, ob nach meinem Tode zu **Transplantationszwecken Organe** entnommen werden dürfen;
- die Kontrolle darüber, ob die Klinik, die Ärzte und das Pflegepersonal mir trotz meiner Bewusstlosigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit eine angemessene ärztliche und pflegerische **Betreuung** zukommen lassen, die zugleich auch eine menschenwürdige Unterbringung umfasst. Die Kontrolle bezieht sich auch auf die **Sterbebegleitung** und die **Leidhilfe**, die Ärzte und Pflegepersonal verpflichtet, Schmerz, Atemnot, unstillbaren Brechreiz, Erstickungsangst oder vergleichbaren schweren Angstzuständen entgegenzuwirken, selbst wenn mit diesen palliativen Maßnahmen das **Risiko** einer **Lebensverkürzung** nicht ausgeschlossen werden kann.

2. Maßnahmen in Vermögensangelegenheiten:

- das Recht, über mir gehörende Vermögensgegenstände, meine Bankkonten und Sparbücher zu verfügen;
- die Befugnis, von über die auf meinen Namen lautenden Konten bei Banken und Sparkassen zu verfügen und insbesondere Geldbeträge abzuheben, um einen Krankenhausaufenthalt oder Aufenthalt in einem Pflegeheim einschließlich der Arztkosten zu bezahlen. Ich weise meine Bank/Sparkasse an, nicht auf einer beglaubigten Vollmacht zu bestehen und den von mir Bevollmächtigten uneingeschränkt Zugang zu meinen Bankschließfächern zu gewähren;
- die Befugnis, **Verträge** oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Alten- oder Pflegeheimen abzuschließen;
- Zahlungen für mich entgegenzunehmen, zu quittieren oder Zahlungen vorzunehmen;
- in meinem Namen **Verbindlichkeiten** einzugehen;
- die Befugnis, für den Fall einer dauernden Unterbringung meine **Wohnung aufzulösen**, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern. Soweit testamentarisch bestimmte Gegenstände meinen Erben vermacht worden sind, sind diese Gegenstände zurückzubehalten, zu verwahren und nach meinem Tode den Erben auszuhändigen;
- mich gegenüber Behörden, Gerichten, Privatkassen und Krankenkassen sowie sonstigen öffentlichen Einrichtungen und gegenüber Privatpersonen außergerichtlich und **gerichtlich zu vertreten** sowie alle Prozesshandlungen für mich vorzunehmen.

Die Bevollmächtigten sind berechtigt, in Vermögensangelegenheiten Untervollmacht zu erteilen. Von den Beschränkungen des § 181 BGB sind sie befreit. Diese Vollmacht bleibt auch über den Tod hinaus wirksam, bis sie von den Erben widerrufen wird.

3. Rechte des Bevollmächtigten

Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, meine Vertreter (Bevollmächtigten) über die Art meiner Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose **aufzuklären**, um die Entscheidung über die Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde hiermit durch meine Unterschrift die zuständigen Ärzte ausdrücklich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Die Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten, meine Krankenunterlagen einzusehen.

4. Unübertragbarkeit der Vollmacht

Die Vollmacht ist nur hinsichtlich der gesundheitlichen Fürsorge und des Selbstbestimmungsrechts nicht auf Dritte übertragbar. Auch kann insoweit eine Untervollmacht nicht erteilt werden.

Selm-Cappenberg, den

Diese Erklärung wurde zur Bekräftigung erneut bestätigt:

Ort Datum Unterschrift