

# PATIENTENVERFÜGUNG UND VOLLMACHT FÜR DIE MEDIZINISCHE BETREUUNG

1a),1),11), Fassung Jan. 2003

Wünsche und Forderungen an Bevollmächtigte und Ärzte. an Familie und Freunde für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit

---

Vorname und Name. Geburtsdatum. Wohnort des Verfassers

## Teil I Meine Werte, Wünsche und Hoffnungen (Werteverfügung)

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 sollen der hier benannte Bevollmächtigte, die mich betreuenden Ärzte, die 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.

## Teil 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, wodurch mir Lebensfreude und Lebensqualität gegeben werden kann.

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, Organe und fremdes Blut

**ja** **nein**

2. Wenn ich mich aber (a) unabwendbar im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit oder im Sterbeprozess befinde; oder

(b) wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne; oder

(c) wenn ich längere Zeit bewusstlos bin und 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.

1a) Erläuterungen und Anmerkungen zu den Fußnoten siehe Beiblatt

3. Insbesondere treffe ich für den Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, den beschriebenen Verlust meiner geistigen Fähigkeiten oder eine langanhaltende Bewusstlosigkeit folgende besondere Verfügungen (2)

**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,

- (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**

**C) Wiederbelebung:** Ich wünsche die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung

- (a) im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit **ja nein**  
(b) wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne **ja nein**  
(c) bei langanhaltender Bewusstlosigkeit **ja nein**

**D) Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr:** Ich wünsche die Unterlassung künstlicher Ernährung durch eine Sonde oder über die Vene, bei fehlendem Durstgefühl auch die Unterlassung künstlicher Flüssigkeitszufuhr, außer wenn diese bei der medikamentösen Behandlung von Schmerzen und Beschwerden hilfreich ist

- (a) im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit **ja nein**  
(b) wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne **ja nein**  
(c) bei langanhaltender Bewusstlosigkeit **ja nein**

**E) Sonstige Verfügungen und Hinweise (3):** Solange keine von mir oder meinem Bevollmächtigten akzeptierte und aktualisierte Medizinische Behandlungsverfügung vorliegt, sollen die in dieser Verfügung festgelegten Forderungen und Wünsche entsprechend in Situationen übertragen werden, die hier nicht angesprochen sind (weiterhin siehe auch Fußnote 4 der Anmerkungen)

### Teil III. Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, (s. Absatz 9)

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 II 2 BGB dem/der

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon, Fax des Bevollmächtigten)

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

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

2.1. \_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Geburtsdatum      Anschrift, Telefon, Fax

2.2. (hilfsweise) \_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Geburtsdatum      Anschrift, Telefon, Fax

3. Ich entbinde Ärzte gegenüber meinem Gesundheitsbevollmächtigten von der Schweigepflicht und erwarte, dass sie meinen Gesundheitsbevollmächtigten 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: (5)

- a) die Einwilligung oder Untersagung zu medizinischen Untersuchungen, Behandlungen und zu ärztlichen Eingriffen einschließlich invasiver Diagnostik, intensivmedizinischer und chirurgischer Behandlung und zwar auch dann, wenn (im Sinne von § 1904 I 1 BGB) nicht ausgeschlossen werden kann, dass ich aufgrund der Maßnahme oder ihrer Unterlassung einen schweren oder länger dauernden Schaden erleide oder versterbe,
- b) die Einwilligung zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen,
- c) die Einwilligung zum Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen,
- d) die Zustimmung zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen z.B. Anbringen von Bettgittern und Verabreichung von Medikamenten zur Ruhigstellung (§1906 IV BGB),
- e) die Einwilligung zu Entscheidungen über den Aufenthaltsort und die Unterbringung in einem Alten- oder Pflegeheim und damit verbundene Maßnahmen; auch die Entscheidung bzw. Einwilligung über eine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§1906 I BGB), solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

6. Diese Vollmacht gilt auch für die rechtliche Besorgung meiner Vermögensangelegenheiten und umfasst die Befugnis, Post- und Behördensachen zu erledigen, für mich über meine Einkünfte, Bankguthaben und Depots zu verfügen, Kranken- und Pflegeheimkosten zu bezahlen und Verträge abzuschließen      **ja    nein**

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

8. Wenn es schwierig sein sollte, meine hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen zu verstehen bzw. anzuwenden und wenn es deshalb zu Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Bevollmächtigten, Familienangehörigen, Medizinern, Pflegenden oder anderen kommt, dann soll die Alleinentscheidung bei meinem Bevollmächtigten liegen.

## 9. BETREUUNGSVERFÜGUNG (6)

Sollte trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich werden, so verlange ich, dass der von mir vorbezeichnete Gesundheitsbevollmächtigte rechtlich als Betreuer bestellt wird (§ 1897 IV BGB). Ich verlange, dass Richter, Ärzte, Betreuer und alle, die für mich Verantwortung tragen, sich an meinen Wünschen, Werten und Verfügungen orientieren.

9a. Ich bitte darum, folgende Personen nicht zum Betreuer zu bestellen (7):

---

### **Bestätigung und Unterschrift des Verfassers**

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. (8)

---

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin / des Verfassers

### **Zustimmung des Bevollmächtigten**

Ich kenne den Gesamtinhalt der vorstehenden Patientenverfügung und bin bereit, im Sinne der Bevollmächtigung tätig zu werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten

### **Bestätigung durch einen Zeugen (9)**

Ich bestätige, dass Herr / Frau \_\_\_\_\_  
(als Verfasser/in dieser Patientenverfügung) diese heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und dass ich an seiner / ihrer freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

---

Ort, Datum

Unterschrift und Anschrift des Zeugen

Überprüfung und Bestätigung der Patientenverfügung (10)

1. Datum der Überprüfung \_\_\_\_\_ Änderungen: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Verfassers

2. Datum der Überprüfung \_\_\_\_\_ Änderungen: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Verfassers

**Anmerkungen zu den Fußnoten aus dem Text der Patientenverfügung:**

1) Diese Patientenverfügung und Vollmacht für die medizinische Betreuung besteht aus drei Teilen:

In Teil I informieren Sie Ihre Ärzte, Bevollmächtigten oder Betreuer über Ihre allgemeine Einstellung zu Leben und Tod, Gesundheit und Krankheit.

In Teil II äußern Sie sich zu medizinischer Versorgung und Pflege für den Betreuungsfall, insbesondere auch zu Schmerzbehandlung, Wiederbelebung, künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sowie der Behandlung chronischer Krankheiten im Endstadium.

In Teil III bevollmächtigen Sie eine Person Ihres Vertrauens, die Ihre Wünsche und Verfügungen kennt, bestimmten medizinischen Behandlungen zuzustimmen oder solche abzulehnen.

Die drei Teile binden den Bevollmächtigten an Ihre Erwartungen und Verfügungen und geben ihm genügend Spielraum für Einzelentscheidungen. Streichen Sie in dem Formular alle Sätze oder Abschnitte, die Sie nicht wünschen, die Sie nicht verstehen oder die Sie zu kompliziert finden; unterschreiben Sie nichts, was Sie nicht verstehen.

2) Sie sollten diesen Teil ausführlich 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.

3) 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 eine aktuelle Medizinische Behandlungsverfügung gemeinsam mit Ihnen oder dem Bevollmächtigten aufstellen. Das kann unerwünschte, aber nicht auszuschließende Komplikationen bei medizinischen Eingriffen oder künftige Komplikationen bei chronischen Erkrankungen betreffen.

4) Sie können hier nach Rücksprache mit Ihrem Arzt auch Verfügungen und Hinweise eintragen, die bestehende Krankheiten betreffen. 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 möchten vorweg persönliche Verfügungen für deren Behandlung im fortgeschrittenen Stadium treffen.

5) In bestimmten Fällen muss das zuständige Vormundschaftsgericht eingeschaltet und um Genehmigung ersucht werden (§§ 1904 II, 1906 V BGB).

6) Für den Fall der Anordnung einer Betreuung durch das Vormundschaftsgericht machen Sie hier bindende Vorschläge hinsichtlich der Person des zu bestellenden Betreuers sowie zu der Art und Weise der Durchführung der Betreuung.

7) Wenn Sie jemanden nicht als Betreuer wünschen, so muss das nicht mit Misstrauen begründet sein, sondern auch, weil Sie diese Person nicht mit dieser Verantwortung belasten möchten.

8) Damit die Patientenverfügung im Notfall bekannt ist, geben Sie Kopien an Ihren Bevollmächtigten, an Ärzte und Geistliche Ihres Vertrauens und, sofern Sie betreut wohnen, auch der Leitung des Hauses. Tragen Sie nach Möglichkeit eine Karte mit dem Hinweis auf diese Patientenverfügung zusammen mit Ihren Ausweispapieren bei sich.

9) Die Wirksamkeit einer Patientenverfügung hängt nicht von der Unterschrift von Zeugen ab. Sollte aber Ihre Entscheidungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Unterzeichnung bestritten werden, ist es wichtig, dass ein unabhängiger Zeuge Ihre Unterschrift und Ihre freie Entscheidung bestätigt hat. Dieser Zeuge wäre vorzugsweise der Arzt, mit dem Sie die medizinischen Einzelheiten Ihrer Verfügung beraten haben oder ein Notar.

10) Machen Sie es sich bitte zur Gewohnheit, Ihre Patientenverfügung nach neuen Erfahrungen im Umgang mit Krankheit und Leiden oder etwa alle drei Jahre zu bestätigen und gegebenenfalls zu ändern. Bitte beraten Sie Änderungen mit Bevollmächtigten und Ärzten und sorgen Sie dafür, dass Bevollmächtigte und Ärzte Kopien von bestätigten und geänderten Verfügungen erhalten, sofern Sie betreut wohnen, auch die Leitung des Hauses.

Nach deutschem Recht und nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer machen Ärzte, Bevollmächtigte und Betreuer sich strafbar, wenn sie sich nicht am Patientenwillen orientieren.

11) Diese Patientenverfügung ist rechtsverbindlich und kann bei Missachtung gerichtlich durchgesetzt werden. (Bundesgerichtshof NJW 1995:204ff; Kutzer NSTZ 1994:110ff; Uhlenbruck NJW 1996:1583ff; OLG Frankfurt NJW 1998:2747; LG München 18.02.1999: Az. 13 T 478/99); vgl. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DtÄBl 1998, A-2366-2367; Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, DtÄBl 1999, A-2720-2721.